

PROJET
RÉGIONAL
DE SANTÉ



SCHÉMA RÉGIONAL DE SANTÉ 2018-2023

DOCUMENT SOUMIS À LA CONSULTATION



SOMMAIRE

| | |
|---|------------|
| Introduction | 4 |
| TITRE I : CONSTRUIRE AVEC LES PROFESSIONNELS ET LES USAGERS, DES PROJETS DE SANTE TERRITORIAUX GRADUES..... | 6 |
| Chapitre 1 - La prévention en santé en amont du système | 7 |
| Chapitre 2. L'appui aux professionnels et les objectifs relatifs aux services de santé de proximité..... | 11 |
| Chapitre 3 - La promotion d'une démocratie sanitaire éclairée et active..... | 27 |
| Chapitre 4 – La mise en œuvre d'une animation territoriale en santé | 34 |
| TITRE II : CONFORTER LA COHERENCE ET LA PERTINENCE DES FILIERES DE SOINS ET D'ACCOMPAGNEMENT MEDICO-SOCIAL..... | 42 |
| Chapitre 1 – L'évolution des filières de soins | |
| 1.1. La médecine..... | 43 |
| 1.2. L'hospitalisation à domicile (HAD)..... | 45 |
| 1.3. Les soins palliatifs | 51 |
| 1.4. La prise en charge de la douleur chronique..... | 55 |
| 1.5. La chirurgie..... | 56 |
| 1.6. La périnatalité (gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale)..... | 68 |
| 1.7. Assistance médicale à la procréation (AMP), activité de diagnostic prénatal (DPN) et génétique..... | 74 |
| 1.8. La médecine d'urgence..... | 78 |
| 1.9. Permanence des soins en établissement de santé (PDES)..... | 86 |
| 1.10. La filière soins critiques (réanimation, soins intensifs, surveillance continue)..... | 90 |
| 1.11. La filière accident vasculaire cérébral (AVC)..... | 93 |
| 1.12. La filière cardiologique et les activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie | 97 |
| 1.13. La filière maladie rénale chronique..... | 104 |
| 1.14. Les soins de suite et de réadaptation (SSR)..... | 111 |
| 1.15. Imagerie médicale..... | 121 |
| 1.16. la biologie médicale..... | 132 |
| 1.17. Soins aux détenus..... | 136 |
| Chapitre 2 : l'évolution des filières d'accompagnement médico-social | 141 |
| 2.1 Le renforcement du tryptique « repérage, diagnostic et interventions précoces » comme facteur d'Inclusion..... | 141 |
| 2.2 Le renforcement de l'offre médico-sociale à travers une organisation graduée et inclusive | 147 |
| 2.3 L'organisation d'une offre spécialisée favorisant la qualité et la sécurité des prises en charge | 153 |
| 2.4 La continuité des parcours de prise en charge à travers l'appréhension et le traitement anticipé des situations individuelles complexes | 159 |
| Chapitre 3 : la prise en charge des maladies et handicaps rares..... | 163 |

TITRE III : ACCOMPAGNER LES PLUS FRAGILES DANS LEURS DÉMARCHES DE SANTÉ, DANS UNE LOGIQUE DE PARCOURS CONTINU ET ADAPTÉ.....167

Chapitre 1 – Le parcours Bien Vieillir169

Chapitre 2 – Le parcours de santé des enfants et des adolescents.....184

Chapitre 3 – Le parcours santé mentale (dont l’addictologie).....189

Chapitre 4 – Le parcours Cancer.....209

Chapitre 5 – Les maladies chroniques et le parcours diabète.....224

TITRE IV : TRANSFORMER NOS ORGANISATIONS PAR LE NUMÉRIQUE ET L’INNOVATION.....233

TITRE V : FAIRE DE LA QUALITÉ DES SOINS ET DE LA RÉPONSE AUX RISQUES ET AUX SITUATIONS EXCEPTIONNELLES L’AFFAIRE DE TOUS.....245

Chapitre 1 – La qualité, la sécurité et la pertinence des soins.....246

Chapitre 2 – L’hémovigilance et la sécurité transfusionnelle.....251

Chapitre 3 – La santé environnementale.....254

Chapitre 4 – La veille et la sécurité sanitaires260

Chapitre 5 – La gestion des situations sanitaires exceptionnelles.....263

INTRODUCTION

Elément central du projet régional de santé défini par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, le schéma régional de santé (SRS) décline, pour les 5 ans à venir, les orientations du cadre d'orientation stratégique 2018-2028 (COS).

Le schéma régional de santé est un document unique se substituant aux trois schémas régionaux du précédent PRS (schéma d'organisation des soins, schéma d'organisation de l'offre médico-sociale et schéma de prévention). Il est cohérent avec la stratégie nationale de santé et son volet spécifique consacré à la Corse ainsi qu'avec les plans nationaux de santé publique.

Il détermine, pour l'ensemble des champs de compétence d'intervention de l'ARS, (prévention et promotion de la santé, soins hospitaliers et ambulatoires, veille et sécurité sanitaire, accompagnement médico-social), des objectifs opérationnels d'amélioration des parcours de santé des usagers, ainsi que des objectifs relatifs à l'évolution de l'offre d'activités et d'équipements de santé.

Son élaboration s'appuie sur un diagnostic des besoins de santé, sociaux et médico-sociaux et des réponses existantes à ces besoins. Il prend en compte le panorama de la santé en Corse et le bilan du PRS 1 réalisés pour l'élaboration du COS, ainsi que les diagnostics élaborés par territoire de démocratie sanitaire et présentés devant chaque conseil territorial de santé. L'élaboration des objectifs du SRS s'est également nourrie de l'analyse des situations de rupture au sein des parcours de santé, en plaçant l'utilisateur au cœur des organisations.

Le schéma régional est le fruit d'une large concertation des acteurs de santé, des usagers et de leurs représentants. Une vingtaine de groupes de travail thématiques ont associé des professionnels et des structures de santé de Corse, des fédérations et unions de professionnels et usagers, des collectivités et des services de l'Etat partenaires de l'ARS, à l'élaboration des objectifs et des actions du SRS.

Les instances de démocratie sanitaire, dans leurs domaines respectifs de compétences, ont étroitement participé à la démarche par le biais de plusieurs présentations et échanges autour des orientations du schéma, à divers stades de son élaboration: réunions du groupe technique de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, de sa commission permanente, des deux conseils territoriaux de santé et des deux commissions de coordination des politiques publiques.

L'Assurance maladie a également contribué aux travaux, s'agissant notamment des domaines privilégiés de sa collaboration avec l'ARS tels que le premier recours, la pertinence des soins, l'imagerie...

La Collectivité de Corse (CdC), dès sa mise en place en janvier 2018, a été associée, tout comme l'avaient été les ex conseils départementaux, à des échanges sur l'ensemble des thématiques du schéma, qu'elles soient de compétence partagée ou non avec l'ARS.

Le schéma régional de santé de Corse 2018-2023 a pour ambition de favoriser la construction avec les professionnels et les usagers, de projets de santé territoriaux gradués, à partir du premier recours (titre I).

Il entend conforter la cohérence et la pertinence qualitative des filières de soins et d'accompagnement médico-social au niveau du territoire corse (titre II). Ce titre comporte les objectifs d'évolution quantitative et qualitative de l'offre de soins et d'équipements matériels lourds et d'évolution de l'offre des établissements et des services médico-sociaux.

Il propose, en complément du programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), des objectifs permettant la mise en œuvre, pour certains publics particulièrement fragiles (personnes âgées, enfants et adolescents, personnes atteintes de cancer, malades chroniques et personnes souffrant de pathologies mentales), un accompagnement global et continu dans leurs parcours de santé (titre III).

L'insularité et la géographie corses donnent toute sa pertinence à une coopération des acteurs de santé et des partenaires institutionnels, afin de permettre à la Corse de devenir un territoire d'innovation en santé dans le numérique et au niveau des organisations (titre IV).

Enfin, parce que sa caractéristique d'île -montagne et les flux de population que connaît la Corse l'exposent particulièrement à la menace des crises sanitaires, le schéma régional de santé, en complément des mesures planifiées par nos partenaires, entend promouvoir chez tous les acteurs et les usagers du système de santé la prévention des risques et les moyens de réponse aux situations exceptionnelles (titre V).

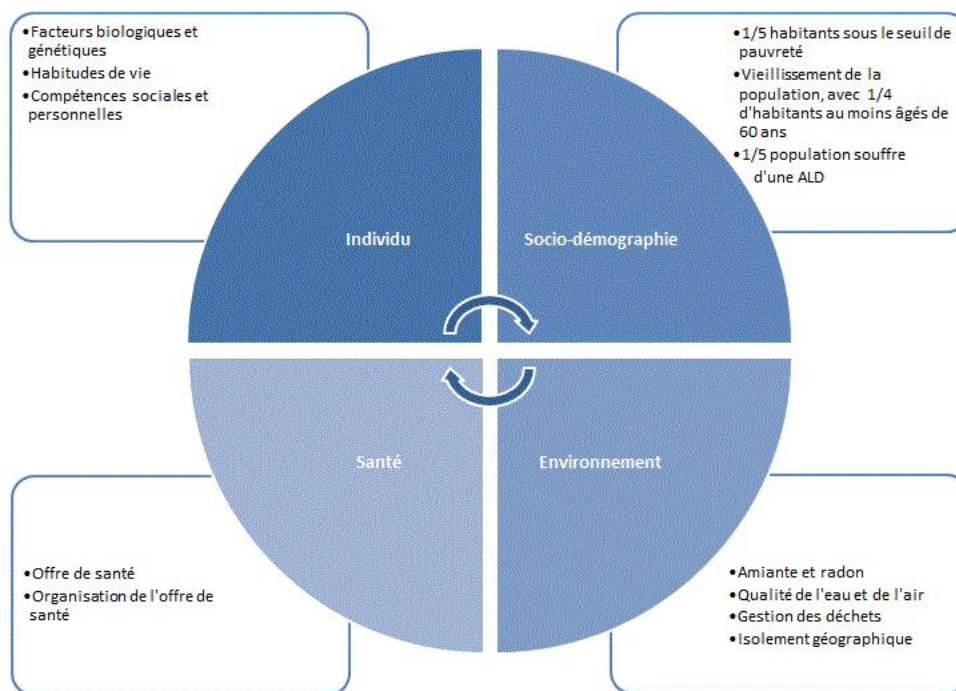
La nécessité de poursuivre les efforts de modernisation des équipements sanitaires et médico-sociaux de l'île a été rappelée par le Président de la République, dans son discours de Bastia du 7 février 2018. Il a annoncé la démarche d'élaboration, en collaboration avec les élus et avec le soutien des services centraux du ministère en charge de la santé, d'un plan de modernisation des infrastructures et des équipements insulaires. Ce plan devra s'établir en cohérence avec les axes de développement du schéma régional de santé.

TITRE I
CONSTRUIRE AVEC LES PROFESSIONNELS ET LES
USAGERS, DES PROJETS DE SANTÉ
TERRITORIAUX GRADUÉS

Chapitre 1 – La prévention en santé en amont du système

Agir ensemble afin de promouvoir des environnements favorables à la santé

Définition du domaine d'intervention



La promotion de la santé renvoie à une approche globale de la santé qui vise le changement des comportements mais aussi des environnements relatifs à la santé, via une gamme de stratégies individuelles et collectives (modes de vie, habitudes de vie) et environnementales (conditions de vie). Cette approche s'appuie sur l'implication de l'ensemble de la population dans le contexte de la vie quotidienne. Elle sollicite la participation des professionnels de soins primaires, l'intersectorialité et la complémentarité des approches en matière de santé, d'action sociale et d'aménagement du territoire.

La promotion de la santé et la prévention constituent le premier axe de la stratégie nationale de santé 2018 – 2022. Les actions de prévention réalisées au sein des territoires devront concerner tous les âges de la vie. L'instauration d'un service sanitaire de trois mois permettra de diffuser des interventions de prévention conduites par des étudiants en santé auprès de la population notamment en milieu scolaire.

Elle cible 5 domaines d'actions :

- l'accès à la santé,
- l'environnement social et physique,
- le renforcement de réseaux sociaux et du soutien social,
- les modes de vie,
- l'information.

De nombreux partenaires sont mobilisés autour de thématiques de santé publique (IVG, réduction du tabagisme, dépistage, santé des populations en situation de précarité, prévention de la personne âgée en perte d'autonomie). Le soutien méthodologique porté par l'instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) appuie les démarches de promotion de la santé illustrées par les contrats locaux de santé.

Toutefois, l'inégale répartition territoriale de l'offre préventive et la coordination partielle des interventions peinent à donner aux stratégies poursuivies leur pleine mesure.

A ces difficultés d'organisation s'ajoutent celles du niveau de ressources identifiées qui peuvent apparaître insuffisantes au regard des enjeux à relever. Le modèle biomédical « soignant – soigné » demeure en effet le modèle dominant et dans ce contexte justifie que soient orientés de manière préférentielle les moyens engagés sur l'offre de soins.

En phase avec la stratégie nationale de santé, il convient de poursuivre trois axes de travail :

- rechercher davantage d'implication des institutions et partenaires,
- nourrir les dynamiques locales,
- diffuser les compétences sur l'ensemble du territoire,

Objectif stratégique N° 1 du COS : appuyer les politiques de santé sur les socles de la prévention et de la promotion de la santé.

Dans le cadre de cet objectif, quatre axes de travail sont privilégiés :

- améliorer la coordination des politiques publiques en prévention et promotion de la santé,
- faciliter la circulation de l'information et l'identification de l'offre de prévention,
- déployer les modalités d'interventions communautaires,
- faciliter l'accessibilité de l'offre en matière de pratiques cliniques de prévention (vaccinations, dépistages, éducation thérapeutique du patient ...).

Objectif opérationnel N°1 : inclure la promotion de la santé dans toutes les politiques publiques.

Pour être efficaces les interventions préventives doivent s'inscrire dans la durée.

Elles reposent sur la mobilisation des institutions en charge des plans d'actions ayant un impact sur la santé et sur le croisement des expertises.

Le recours aux ressources propres de chacune d'entre elles permet en effet, de questionner la santé dans une approche globale pouvant inclure les dimensions relatives à l'aménagement du territoire.

Les actions à mettre en œuvre pour répondre à cet objectif sont :

Action N°1 : favoriser l'intersectorialité et la mise en synergie des ressources par l'animation d'une gouvernance régionale pour apporter une aide à la priorisation et au suivi et promouvoir les coopérations infra régionales.

Action N°2 : mobiliser les ressources de la démocratie en santé à partir de la commission de coordination des politiques publiques en matière de prévention qui s'élargirait aux représentants de la démocratie en santé et des professionnels de santé.

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre de réunions de la CCPP élargie
- ✓ nombre de rencontres, de débats publics organisés

Objectif opérationnel N°2 : établir pour chaque territoire de projets et au plus près des communautés un plan d'actions visant à faciliter les interactions protectrices en santé entre aidants – usagers – professionnels.

Une amélioration de la performance dans la mise en œuvre des interventions est nécessaire dans la mesure où les actions se réalisent encore souvent de manière ponctuelle et partielle dans l'atteinte du public cible. Il convient ainsi de relier aux démarches structurantes portées par les groupements hospitaliers de territoire, la communauté psychiatrique de territoire, les communautés professionnelles territoriales de santé, ... les initiatives proposées par les intervenants du secteur de la prévention. Une meilleure identification de l'offre, des travaux et interventions réalisées constitue une base d'information indispensable en préalable à la réalisation des projets.

Action N°1 : entretenir une communication active auprès des institutionnels, professionnels et usagers du système de santé.

Action N°2 : encourager et formaliser les démarches d'alliances.

L'animation des dispositifs de coordination et des espaces d'actions qui associent professionnels et usagers et institutions (contrat local de santé, conseil local de santé mentale,...) doit être confortée.

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre de publications
- ✓ mise à jour du répertoire des ressources en prévention et promotion de la santé
- ✓ nombre d'échanges et de consultations dématérialisés
- ✓ nombre de réunions des instances CLS et CLSM

Objectif opérationnel N°3 : garantir une déclinaison territoriale infra régionale des réponses de prévention.

Chaque territoire exprime une attente particulière vis-à-vis des mesures de prévention à arrêter selon l'organisation de l'offre disponible et le diagnostic partagé en matière de déterminants et de problèmes de santé. Les alliances ou appuis peuvent être recherchés afin d'assurer une coordination satisfaisante des interventions mais aussi une gestion adaptée des ressources humaines.

Action N°1 : mettre en œuvre de manière adaptée aux publics ciblés, des actions de santé publique visant à réduire les déterminants défavorables à la santé en particulier par :

- l'amélioration de la couverture vaccinale : relayer les différentes campagnes auprès des acteurs concernés (ex. : obligation vaccinale chez les nourrissons, pour les personnes âgées : la grippe et le pneumocoque, l'HPV chez les adolescents et pour la population générale : mise à jour du calendrier vaccinal).
- la réduction du tabagisme et des conduites de consommation à risque (cf. titre III - parcours santé mentale et addictions),
- la réduction des risques infectieux,
- l'accès à la contraception et à l'interruption volontaire de grossesse (cf. titre II – chapitre 1 - volet périnatalité)
- l'accès aux activités physiques régulières ou adaptées,
- le développement d'une alimentation équilibrée.

Action N°2 : promouvoir les interventions en matière de dépistage et de repérage précoce.

Le dépistage est un outil de prévention indispensable. Il permet en effet d'identifier une maladie ou un problème de santé à son stade le plus précoce et de proposer la prise en charge la plus adaptée. Il peut être ciblé sur des pathologies, des facteurs de risques et revêtir un caractère systématique comme le dépistage prénatal. Il convient de promouvoir les interventions en matière de dépistage s'agissant :

- des dépistages des cancers et en particulier les dépistages organisés : sein, colorectal, cancer du col de l'utérus (cf. titre III – parcours cancérologie)
- des troubles neuro développementaux en particulier les troubles du langage et des apprentissages.
- des troubles sensoriels : audition, vue...

Action N°3 : développer les modalités d'intervention qui favorisent l'accroissement de l'autonomie de la personne à tous les âges de la vie.

- Impulser des actions de développement des compétences psychosociales (CPS), et en particulier chez les jeunes.
- Pour les malades chroniques : suivre la mise en place du programme d'actions de la plateforme régionale d'accompagnement des malades chroniques à l'autonomie (PRAMCA) projet expérimental sur 5 ans porté par l'IREPS en partenariat avec les associations de patients et les professionnels en lien avec les maladies chroniques. Ce projet a pour but de proposer des actions de développement des compétences individuelles pour les patients, d'information sur la maladie et les aides sociales pour les patients et les aidants. Des formations peuvent être également organisées et un volet recherche piloté par l'université permettra de réaliser l'évaluation.

Action N°4 : faciliter la mise en place du service sanitaire sur les thématiques ciblées et dans les territoires.

En appui de la mise en place d'une politique de prévention et promotion de la santé, le service sanitaire permettra de diffuser, partout sur le territoire, des interventions de prévention conduites par des étudiants en santé. Cette mesure vient conforter les actions déjà en place sur le territoire.

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombres d'actions conduites par déterminants
- ✓ nombre d'actions de prévention dans le cadre du service sanitaire
- ✓ taux de dépistage
- ✓ nombres et types d'actions conduites par la PRAMCA
- ✓ nombres et types d'actions impulsées dans le cadre du développement des CPS
- ✓ programme d'actions de la plateforme régionale d'accompagnement des malades chroniques à l'autonomie (PRAMCA)

Objectif opérationnel N°4 : développer le transfert de connaissance en promotion de la santé

Afin de répondre à l'évolution des besoins des professionnels de santé liés à l'émergence de situations de complexité croissante, de nouveaux modes de traitement de l'information, les stratégies de formation prennent ici toute leur importance. Elles doivent permettre l'intégration de pratiques qui facilitent la gestion du stress mais aussi l'accompagnement des personnes prises en charge de manière chronique.

Action N°1 : proposer un plan de formation :

- à destination des professionnels en matière de bonnes pratiques adapté aux attentes des territoires infra régionaux,
- à tous les futurs professionnels de santé dans le cadre du service sanitaire sur les enjeux de la prévention primaire et de la promotion de la santé. Cette action devant impacter les pratiques des professionnels de santé.

Action N°2 : Promouvoir les activités de recherche interventionnelle dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé.

Action N°3 : Favoriser la reconnaissance des techniques ayant fait leur preuve en matière de médecine complémentaire (méditation pleine conscience, médecine chinoise, sophrologie, hypnose,...).

Indicateurs de suivi :

- ✓ par territoire de projet, nombres et catégories de professionnels formés.

Chapitre 2 – L'appui aux professionnels et les objectifs relatifs aux services de santé de proximité

Diagnostic

Une démographie médicale stable mais vieillissante

Le nombre de médecins généralistes libéraux en activité en Corse est globalement stable sur la dernière décennie. On constate cependant, depuis quelques années, une progression importante du nombre de médecins âgés. En 2011, on dénombrait 27% de médecins âgés de plus de 60 ans, leur proportion est passée à 41% en 2018.

Par ailleurs, il est fréquent d'observer que les médecins en cessation d'activité dans des micro-régions éloignées des pôles urbains d'Ajaccio et de Bastia sont remplacés, quand ils le sont, par des confrères âgés de plus de cinquante ans.

Leur isolement professionnel, des conditions de vie parfois difficiles, un environnement sanitaire non coordonné, ont conduit certains d'entre eux à renoncer à leur activité au bout de quelques mois d'expérience et ce malgré les aides octroyées par les collectivités locales (mise à disposition d'un cabinet médical, aides financières au logement, prise en charge des frais de déménagement...).

Un autre constat, conséquence des problèmes de démographie médicale, est celui des difficultés rencontrées dans l'organisation de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) dont l'objectif est la prise en charge des patients en dehors des heures d'ouverture des cabinets, les soirs, les week-end et les jours fériés.

Tableau : répartition des professionnels de santé libéraux en activité au 01/01/2016

| Professionnels de santé libéraux ou mixtes installés en Corse au 01/01/2016 | Effectifs | Densité : effectifs pour 100.000 habitants | Densité : France métropolitaine |
|---|-----------|--|---------------------------------|
| Médecins généralistes | 346 | 107 | 104 |
| Chirurgiens-dentistes | 229 | 71 | 57 |
| Sages-femmes | 25 | 7,7 | n.c |
| Infirmiers | 1454 | 449 | 147 |
| Masseurs-kinésithérapeutes | 530 | 164 | 104 |
| Pédicures-podologues | 76 | 23 | 21 |
| Orthophonistes | 82 | 25 | 30 |
| Orthoptistes | 23 | 7,1 | n.c |
| Total Corse | 2765 | | |

Source : ADELI-DREES

Une évolution des mentalités et des aspirations des jeunes médecins

Depuis plusieurs années, les jeunes médecins au moment de leur installation, et souvent après avoir exercé plusieurs mois en tant que médecins remplaçants, choisissent un territoire qui offre un cadre de vie agréable et contribuent par leur présence à l'attractivité du territoire. Ils aspirent à un équilibre entre vie familiale et vie professionnelle en privilégiant un travail en équipe élargie et coordonnée et une diversité du mode d'exercice entre libéral et salarié. Le bilan des dispositifs d'aide à l'installation de ces cinq dernières années, mis en place dans le cadre du Pacte Territoire Santé, a montré que le levier financier n'est pas suffisant pour orienter leur choix d'installation.

Un changement important au niveau de la demande de soins

Les projections démographiques réalisées par l'INSEE soulignent l'évolution de la population et son vieillissement. En effet :

- sur les dix dernières années, le rythme de croissance démographique en Corse, avec 1% en moyenne annuelle, est le plus élevé de toutes les régions (2 fois plus que le niveau national) ;
- le poids des personnes de plus de 75 ans représente environ 10% de la population et devrait atteindre 21% dans les prochaines décennies (versus 16% France entière).

L'augmentation de la demande de soins induite du vieillissement de la population est à prendre en considération ; de nombreuses études ont montré que concernant les plus de 75 ans :

- plus de 80% souffrent au moins d'une pathologie chronique, dont 30% d'une maladie cardio-vasculaire et au moins 50% ont une affection de longue durée (ALD) ;
- sept molécules différentes sont délivrées en moyenne 3 fois/an entraînant des risques de iatrogénie ;
- des hospitalisations plus fréquentes et plus longues liées principalement à la poly-médication, la dénutrition, la dépression et les chutes à domicile.

Un bilan rapide des actions entreprises dans le PRS 1 autour de l'exercice coordonné

Confrontées aux inégalités de répartition de l'offre ambulatoire et aux difficultés d'accès aux soins qui en résultent, les actions du PRS 1 ont permis de faire évoluer partiellement les organisations des professionnels du 1^{er} recours afin de répondre aux évolutions des pratiques souhaitées par une partie des professionnels en exercice.

L'ARS de Corse et ses partenaires institutionnels, accompagnés par les représentants des professionnels de santé (URPS), se sont engagés dans la promotion des projets d'exercice coordonné en soins primaires en Corse notamment à travers la création des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et centres de santé (CS). Ces structures pluri-professionnelles coordonnées organisées, autour d'un projet de santé, portées par au moins deux médecins généralistes et une équipe de professionnels de santé du 1^{er} recours ont fortement contribué à :

- renforcer l'attractivité d'un exercice professionnel dans les territoires ruraux fragiles démographiquement ;
- favoriser la maîtrise de stage et l'accueil d'internes de médecine générale au sein des MSP ;
- améliorer les conditions d'exercice des professionnels de santé ;
- développer la qualité de la prise en charge des patients.

La mise en œuvre de ces organisations coordonnées de l'offre de soins de 1^{er} recours devra être poursuivie afin d'améliorer l'accès aux soins, d'optimiser les parcours de santé de la population et de faciliter les coopérations avec les autres acteurs du système de santé.

Aujourd'hui les conditions d'exercice professionnel sont appelées à s'adapter aux conséquences d'une offre médicale limitée, au vieillissement de la population, à l'augmentation de la prévalence de maladies chroniques, au virage ambulatoire. L'organisation du système de santé au niveau du 1^{er} recours doit se transformer en profondeur pour répondre à un véritable paradoxe : comment permettre l'émergence de pôles nécessitant une forte concentration de moyens humains et techniques hautement spécialisés et favoriser dans le même temps le déploiement des prises en charge au plus près du patient ?

La coordination entre la ville et l'hôpital est rendue difficile par l'absence d'instance de concertation entre les différents professionnels de santé. La médecine de ville et l'hôpital ont rarement des échanges directs et ne partagent que trop peu le co-pilotage de projets sur les territoires. Faciliter le lien ville-hôpital, c'est donc créer les conditions d'un rapprochement entre les acteurs à tous niveaux.

D'un point de vue local, la mise en place de nouveaux outils d'organisation tels que les groupements hospitaliers de territoires (GHT), les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ou les plateformes territoriales d'appui (PTA) sont l'occasion pour chacun d'y interroger et affirmer la place de tous.

Objectif stratégique N° 4 du COS : assurer un accès de proximité à un système de santé gradué et de qualité.

La structuration de l'offre de 1^{er} recours nécessite :

- d'identifier les territoires en difficulté, en mesurant les inadéquations entre l'offre et la demande de soins et faciliter l'accès aux soins ;
- de favoriser et d'accompagner l'émergence d'équipes de soins primaires autour d'un exercice coordonné pour répondre aux besoins des patients ;
- de mettre en œuvre des projets de santé de territoire autour de la coordination des acteurs de santé pour répondre notamment à des enjeux de santé publique (prévention, dépistage, éducation thérapeutique) en y intégrant la notion de parcours de santé ;
- d'informer, d'orienter et d'accompagner sur les bassins-santé les professionnels de santé de proximité confrontés à des prises en charge dites complexes à travers la mise en place de fonctions d'appui ;
- de développer les services numériques, outils nécessaires à la coordination des professionnels de santé dans la structuration du 1^{er} recours ;
- de définir une stratégie régionale de l'e-santé et de mettre en place une gouvernance régionale (GRADEs : groupement régional d'appui au développement de l'e-santé) ;
- de créer un cadre commun permettant aux professionnels de santé d'expérimenter de nouvelles organisations (innovation organisationnelle et technique).

Objectif opérationnel N°1 : favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé

L'article L1434-4 du code de la santé publique prévoit que le directeur général de l'ARS détermine les zones pour lesquelles sont mises en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé.

Le nouveau zonage réglementaire vient remplacer le zonage dit « pluri-professionnel » du précédent projet régional de santé. Des méthodologies de zonage spécifiques, par profession, sont en cours d'élaboration au niveau national. L'ARS de Corse, en concertation avec l'URPS des infirmiers libéraux, a fait remonter au niveau du ministère des solidarités et de la santé les spécificités de la Corse en ce qui concerne le futur zonage infirmiers.

Pour les médecins, ces zonages étaient jusqu'à maintenant plus spécifiquement dédiés à favoriser l'installation des généralistes ; le plan pour l'égal accès aux soins dans les territoires annonce la définition d'un zonage adapté aux autres spécialités afin de favoriser l'articulation entre soins primaires et spécialistes de recours ainsi qu'avec les autres professionnels de santé.

Action N°1 : mettre en œuvre des aides adaptées aux territoires de proximité pour favoriser une meilleure répartition géographique des médecins.

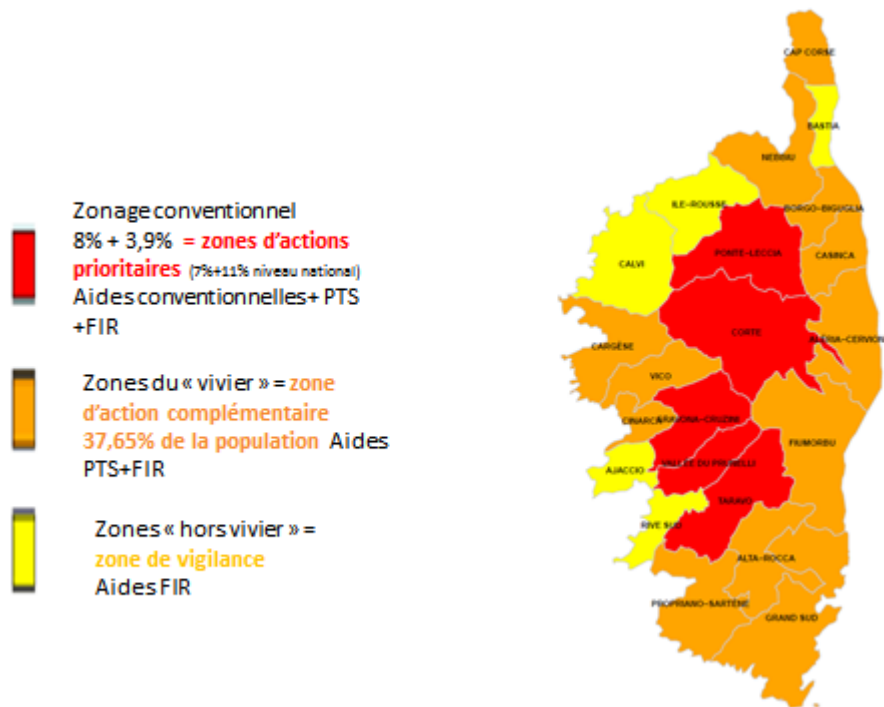
L'indicateur principal retenu est l'Accessibilité Potentielle Localisée (APL). Cet indicateur permet de synthétiser les besoins de soins de la population, la densité médicale et le temps d'accès aux professionnels en prenant en compte le volume d'activité et l'âge des praticiens de la zone, mais aussi des zones environnantes.

La maille géographique retenue est le territoire de vie-santé après argumentation auprès du ministère de la santé. La Corse comporte 22 territoires de vie-santé qui reflètent la structuration de l'offre et de la consommation de soins.

La sélection des zones est réalisée en deux étapes. Une sélection automatique, expression des priorités nationales, est réalisée dans une première phase. Une sélection de zones additionnelles, expression des priorités régionales, est ensuite réalisée après concertation.

Trois niveaux de classification sont retenus pour le zonage :

- les zones « hors vivier » ou « zones de vigilance », pour lesquelles seules les aides du Fonds d'Intervention Régional sont mobilisables,
- les zones du « vivier » ou « zones d'action complémentaires », pour lesquelles les aides relatives au plan pour l'égal accès aux soins dans les territoires et au FIR sont mobilisables,
- les « zones d'actions prioritaires », pour lesquelles les aides conventionnelles, plan d'accès aux soins et FIR sont mobilisables.



Source : ARS de Corse -Données années 2016

Les aides potentielles sur ces zones « fragiles » sont de trois ordres :

- 1- Les aides relatives à la convention médicale entre la CNAMTS et les syndicats de médecins :
 - contrat d'aide à l'installation médecin (CAIM) ;
 - contrat de transition pour les médecins (COTRAM), contrat d'aide aux médecins de plus de 60 ans qui accueillent un successeur ;
 - contrat de stabilisation et de coordination pour les médecins (COSCOM), contrat d'aide aux médecins déjà installés ;
 - contrat de solidarité territoriale médecin (CSTM), contrat d'aide aux médecins qui font des vacations dans les territoires fragiles.
- 2- Les aides de l'Etat portées par l'ARS :
 - par le plan pour l'égal accès aux soins dans les territoires : contrat d'engagement de service public (CESP), praticien territorial de médecine général (PTMG), praticien territorial de médecine ambulatoire (PTMA), praticien territorial de médecine de remplacement (PTMR) ;
 - par le FIR : MSP, télémédecine, permanence des soins ambulatoires (PDSA), maisons médicales de garde (MMG).
- 3- Les mesures complémentaires
 - exonérations fiscales dans le cadre de la PDSA ;
 - cumul emploi-retraite incitatif.

Action N°2 : mettre en œuvre les méthodologies de zonage des autres professionnels de santé et les aides prévues.

Action N°3 : créer un guichet unique d'information, d'orientation et d'accompagnement pour l'exercice des professionnels de santé.

La finalité recherchée est de mettre en œuvre un guichet d'entrée unique pour orienter facilement les professionnels de santé et les étudiants vers les services existants en Corse, qu'ils soient développés par l'ARS, les CPAM, les collectivités territoriales, les universités, les ordres professionnels, l'URSSAF, la direction des finances publiques. L'objectif fonctionnel de cette organisation consiste à accompagner efficacement dans leurs démarches administratives les professionnels de santé depuis leur formation, leur installation, jusqu'à leur cessation d'activité.

Action N° 4 : promouvoir des initiatives pour améliorer la connaissance des conditions d'exercice des professionnels, de l'évolution de leurs métiers, et de la réponse aux besoins de santé de la population afin de proposer des actions mieux ciblées.

Cette action, déployée par le comité régional de l'Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé (ONDPS) vise notamment à apporter de meilleures connaissances au sujet des thématiques suivantes :

- l'offre en présence sur les territoires à travers des approches quantitatives et qualitatives ;
- les déterminants de choix de stage des internes de médecine ainsi que des motifs d'installation des jeunes médecins ;
- les terrains de stage des étudiants en santé pour la réalisation de leur service sanitaire (promotion de la prévention primaire) ;
- une meilleure connaissance des solutions innovantes proposées par les acteurs de terrain afin d'appréhender l'évolution des métiers en santé.

Action N° 5 : soutien à l'accompagnement et au développement des contrats d'aides à l'installation CESP, PTMG, PTMA et PTMR dans les zones prioritaires.

Action N° 6 : développer la coopération institutionnelle et accompagnement des professionnels de santé à travers une convention cadre relative à l'internat et au post internat de médecine en Corse.

La Collectivité de Corse, les facultés de médecine de Marseille, de Nice, l'Université de Corse, l'URPS des médecins libéraux de Corse et l'ARS de Corse ont décidé de s'associer, dans le respect des prérogatives propres à leurs missions, afin de contribuer à l'amélioration et au développement :

- autour de la formation, de l'accueil des internes de médecine générale et des autres spécialités en ambulatoire,
- de l'installation des praticiens en Corse, notamment dans les zones identifiées comme fragiles,
- des modes d'exercice coordonnés et regroupés autour de projet de santé à l'échelle territoriale,
- de la recherche appliquée en soins primaires.

Une convention cadre, relative à l'internat et au post internat de médecine, sera complétée de deux conventions spécifiques, l'une axée sur la formation et la recherche appliquée, l'autre portant sur la démographie médicale et les aides à l'installation. Ces deux conventions spécifiques permettront de préciser les engagements des signataires au regard des actions à déployer en cohérence avec les orientations stratégiques du projet régional de santé.

Indicateurs de suivi :

- ✓ tableau de bord régional de la démographie
- ✓ nombre de contrats conventionnels signés (COTRAM, COSCOM, CSTM, CAIM)
- ✓ nombre de contrats signés (PTMG, PTMR, PTMA)

Objectif opérationnel N°2 : promouvoir et accompagner les équipes de soins primaires (ESP) comme premier niveau de l'exercice pluriprofessionnel.

La loi de modernisation du système de santé de 2016, dans son article 64, a instauré la création des Equipes de Soins Primaires (ESP). Ce nouveau dispositif, qui comprend déjà les maisons de santé ou les centres de santé, permet aux professionnels de santé une structuration plus souple de l'exercice coordonné. Les ESP sont constituées de plusieurs professionnels de santé de 1^{er} recours autour d'un médecin généraliste, qui élaborent ensemble un projet de santé pour leur patientèle.

Les ESP deviennent le premier maillon de la structuration des soins primaires et viennent renforcer le rayonnement des structures d'exercice coordonné déjà installées sur le territoire. Leur mode de fonctionnement, basé sur la présence d'un seul médecin généraliste, paraît être une organisation plus adaptée aux territoires les plus fragiles qui présentent un nombre limité de professionnels de santé installés et parfois même des difficultés d'accès aux soins.

La Corse, île montagne, présente dans certains territoires des temps d'accès aux soins supérieurs à 30 minutes. Le problème d'attractivité ne facilite pas le recrutement de nouveaux médecins (ex : Niolu, Haut-Taravo, Alta-Rocca, Cap Corse). Face à cette désertification médicale dans ces territoires peu peuplés, l'ESP apparaît comme un moyen supplémentaire d'y maintenir une offre de proximité.

Compte tenu de ses caractéristiques (composition, projet de santé et forme juridique choisie par les équipes), les ESP apparaissent comme un levier supplémentaire dans l'organisation des soins de premier recours. Elles pourraient devenir le premier temps dans l'organisation des projets de structures d'exercice coordonné et évoluer ensuite vers des projets de type MSP ou même s'inclure dans des projets de CPTS.

Action N°1 : former les professionnels de santé aux pratiques collectives dans le cadre du programme pacte de soins primaires.

Compte tenu des modifications de pratiques et d'organisations induites par le passage d'un exercice individuel à un exercice coordonné, une convention de partenariat relative au programme d'amélioration du travail en équipe de soins primaires (Pacte Soins Primaires) a été formalisée fin 2017 entre l'ARS et l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP). Le déploiement de cette convention comprend :

- l'organisation de séminaires régionaux autour de trois thématiques clés : l'émergence des pratiques collectives ; la prise en charge autour des parcours de santé ; les usages des services numériques coordonnés ;
- la désignation d'un binôme de professionnels de santé (URPS médecins généralistes et URPS infirmiers) qui aura le rôle de « formateurs relais régionaux ». Ce binôme déclinera le programme de formation national du pacte de soins primaires en Corse, auprès des futurs coordinateurs de regroupement pluriprofessionnels.

Action N°2 : élaborer conjointement avec les URPS une stratégie d'information, d'accompagnement et de communication pour sensibiliser les professionnels de santé aux ESP.

Un premier cycle de formations a été mené en 2017 dans le cadre d'une convention FIR avec l'URPS médecins libéraux pour favoriser la connaissance des dispositifs existants auprès des professionnels de santé. Elle sera complétée par les séminaires régionaux organisés dans le cadre du pacte de soins primaires (cf. action 1).

L'organisation, la structuration et l'accompagnement des équipes seront définis à travers un cahier des charges régional élaboré par l'ARS en concertation avec les URPS. Ce cahier des charges précisera le cadre minimal du projet de santé, autrement dit le socle attendu d'une ESP, à savoir comment les professionnels de santé envisagent :

- les modalités de travail pluri-professionnel envisagées pour leur patientèle : organisation de réunions de concertation, élaboration de protocoles pluri-professionnels,
- les dispositifs d'information sécurisés permettant le partage des données entre les membres de l'équipe et avec les autres acteurs du territoire (établissement de santé, laboratoire de biologie, établissement médico-social...). L'utilisation de la messagerie sécurisée, la lettre de liaison ville-hôpital et le dossier médical partagé (DMP) seront à privilégier.

Enfin, des prestations de service pour aider à l'élaboration des projets de santé des professionnels qui souhaitent se constituer en ESP sont envisagées. La constitution d'une « boîte à outils » reprenant les principaux documents pour les accompagner au démarrage sera élaborée conjointement avec les URPS médecins, URPS infirmiers et URPS pharmaciens. (ex : statuts juridiques type, protocole de soins, trame type d'un projet de santé à adapter en fonction des spécificités et des problématiques des équipes). Ce guide permettra de comprendre rapidement quels sont les nouveaux outils et dispositifs régionaux proposés et les aides qui y sont associées.

Action N°3 : définir une stratégie de co-financement ARS-Collectivité de Corse Etat pour favoriser l'émergence des ESP.

Le plan pour renforcer l'accès territorial aux soins s'appuie sur tous les modes d'exercice coordonné, y compris les ESP pour garantir un égal accès aux soins dans les territoires. Au regard des orientations inscrites dans le volet santé du schéma montagne de la Collectivité de Corse, qui prévoient le déploiement de moyens financiers supplémentaires pour privilégier les soins de proximité.

Une stratégie de co-financement avec l'ensemble des partenaires devra être formalisée. Des financements (ARS, Etat et autres collectivités) pourront leur être alloués, selon des critères d'éligibilité fixés par le cahier des charges. Le dépôt du projet de santé de l'ESP à l'ARS pour validation et la signature d'un contrat avec l'ARS est un préalable, avant l'instruction de l'Instance Régionale de Pilotage (IRP¹) pour la perception de ces aides. Leur engagement à s'inscrire dans une dynamique qui peut les amener à évoluer vers un exercice plus coordonné à moyen terme, comme leur participation à une CPTS, pourra être un atout supplémentaire dans l'allocation de subventions.

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre de projets ESP déposés auprès de la cellule technique de l'IRP
- ✓ nombre d'équipes accompagnées par le FIR ou toute autre source de financement

Objectif opérationnel N°3 : soutenir le développement des maisons de santé pluriprofessionnelles et des centres de santé polyvalents.

Une réelle dynamique s'est opérée en Corse avec la concrétisation et l'ouverture de trois projets de MSP instruits par l'Instance Régionale de Pilotage (IRP) sur la période du PRS1² : la MSP de Calenzana, la MSP de San Nicolao et la MSP multi-sites de Cargèse. Dans le cadre de l'IRP, plusieurs projets sont en cours d'instruction et l'ouverture prochaine de trois autres MSP pourraient intervenir d'ici 2020 :

- la MSP d'Ile-Rousse : avis favorable du comité de sélection en septembre 2017 ;
- la MSP de Sartène : projet de santé validé par l'ARS, plan de financement à l'étude par la cellule technique de l'IRP ;
- la MSP du Fium'orbu : projet de santé en cours d'élaboration dans le cadre du projet territorial de la plaine orientale. L'offre de 1^{er} recours sur ce territoire doit également intégrer une équipe de soins primaires (ESP) dans la zone de Sari-Solenzara et une maison médicale de garde (MMG) à Ghisonaccia afin d'améliorer le dispositif de permanence de soins ambulatoires.

La MSP, dans sa conception et son mode fonctionnement, apparaît comme un outil adapté pour attirer de jeunes médecins qui souhaitent travailler en concertation avec d'autres professionnels de santé. Ainsi, la MSP de San Nicolao a favorisé l'installation d'un jeune médecin ayant bénéficié d'un contrat de praticien territorial de médecine générale. Le rôle d'une MSP peut se développer au-delà des objectifs d'accessibilité et de coordination des soins. Pour exemple, les professionnels exerçant au sein des trois MSP existantes ont développé des actions de santé publique en adéquation avec les besoins de la population comme :

- la mise en œuvre de programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) dont le rayonnement va au-delà des patients de la MSP (ex : programme ETP-diabète à la MSP de Calenzana);
- la participation de plusieurs médecins au dispositif de médecins collaborateurs du SAMU (MCS) dans les MSP de San Nicolao et de Cargèse ;
- le déploiement du programme de télé-dermatologie expérimenté en Corse au sein des trois MSP ;

¹ L'IRP est une instance collégiale qui parmi ses missions, instruit et coordonne les différentes demandes de financement – cf. objectif opérationnel n°8

² Compte tenu de difficultés de fonctionnement, la MSP de l'Alta-Rocca n'est pas comptabilisée dans les structures ouvertes, elle a toutefois obtenu un avis favorable du comité de sélection et les acteurs institutionnels et de terrain sont mobilisés pour trouver une solution.

- la mise en place d'un programme de dépistage de la rétinopathie diabétique grâce à la délégation de tâches auprès d'un orthoptiste.

Le développement de l'ambulatoire est un axe fort des programmes de transformation de notre système de santé. Toutes les disciplines sont concernées (chirurgie ambulatoire, prises en charge de médecine, de soins de suite et de réadaptation, psychiatrie) et requièrent à la fois des compétences professionnelles spécifiques au moment de la prise en charge mais également des organisations optimisées.

La prise en charge du patient devra être pensée de façon globale et cohérente. L'amélioration des interfaces ville-hôpital sera une nécessité pour la structuration du parcours. Les professionnels de santé intervenant dans les MSP, compte tenu de la pluridisciplinarité de ces structures, constituent un atout non négligeable dans le relais des établissements sanitaires après une prise en charge ambulatoire.

Structure sanitaire à part entière, les centres de santé sont un mode d'organisation de prise en charge des patients de proximité. Dans le cadre des réflexions sur les moyens de mise en commun des activités médicales et de coordination des premiers recours aux soins, tout en privilégiant les actions de prévention, les centres de santé ont tout naturellement vocation à se développer. Les structures existantes sont encouragées à tendre vers plus de polyvalence, notamment en intégrant la médecine générale.

Action N°1 : consolider le maillage territorial au niveau des MSP existantes.

Les équipes pluriprofessionnelles de soins primaires, qui ont formalisé un exercice coordonné pluriprofessionnel de type MSP, sont amenées à évaluer et à améliorer leur organisation de façon à avoir un impact bénéfique sur la prise en charge des patients. Pour cela, la matrice de maturité, outil d'auto-évaluation développé par la Haute Autorité de Santé (HAS), permet la mise en œuvre d'une démarche qualité itérative pour une organisation optimale progressive sur plusieurs années. Cette auto-évaluation porte sur quatre composantes de l'organisation³. Au terme de l'analyse, les équipes mettent en place des actions pour améliorer leur organisation.

Une évaluation des maisons de santé menée en 2017, pilotée par l'URPS médecins généralistes sur la base de cet outil, a mis en exergue des besoins différents selon les structures sur la fonction de coordination. Cette étude se poursuit en 2018 sur les modalités à envisager pour développer la fonction de coordination inter-structures. Le but recherché est de pouvoir mutualiser et apporter une assistance administrative et/ou technique et/ou un appui à la coordination interne en fonction des besoins (ex : animation de la coordination, relations avec les partenaires extérieurs, participation à la gestion du système d'information, suivi et gestion l'évolution du projet de santé). Cette nouvelle fonction de coordination mutualisée entre les MSP pourrait être assurée au sein de la fédération régionale des MSP de Corse.

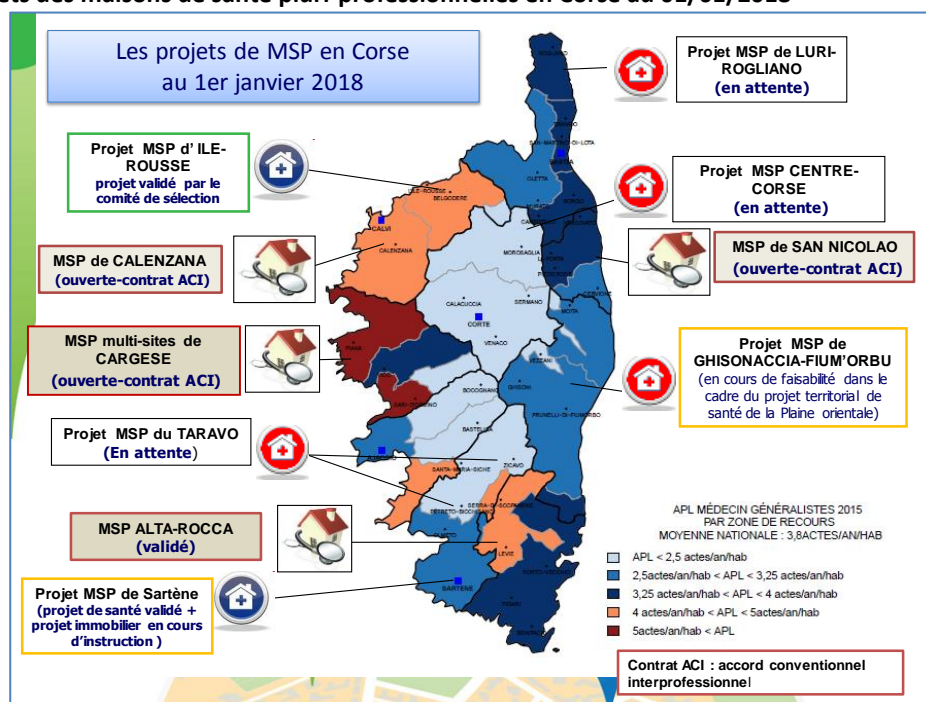
Action N°2 : doubler le nombre de MSP d'ici 2023.

Le plan pour renforcer l'accès territorial aux soins s'est fixé comme objectif de doubler au niveau national le nombre de MSP d'ici 2022. Cet objectif devrait être dépassé en Corse. Ces nouvelles structures pourront bénéficier du retour d'expérience et des dynamiques mutualisées entre les structures installées.

Les modalités d'accompagnement mises en œuvre dans le cadre du PRS1 seront maintenues. Les demandes de financement seront instruites collectivement par l'IRP. Elles porteront sur de l'ingénierie de projet (faisabilité et élaboration du projet de santé sur la base du cahier des charges des MSP) ou sur de l'investissement (ex : construction ou réhabilitation de locaux).

³ Projet de santé et accès aux soins, travail en équipe pluriprofessionnelle, système d'information, implication des patients

Carte des projets des maisons de santé pluri-professionnelles en Corse au 01/01/2018



Source : ARS de Corse-observatoire des MSP

Un accompagnement sera également proposé aux nouvelles structures par l'ARS et l'assurance maladie pour les orienter vers l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) au moment de l'ouverture et leur assurer un financement pérenne.

Action N°3 : s'appuyer sur les projets de santé des MSP afin d'adapter l'offre de soins de proximité.

L'installation d'une MSP sur un territoire de vie peut favoriser la mise en place de cabinets multi-sites dans ses alentours. Ces cabinets constituent alors un moyen supplémentaire pour couvrir les besoins de la population des territoires les plus isolés ou les plus fragiles. Des vacations des médecins participant au projet de santé de la MSP sur d'autres sites géographiques permettent ainsi d'assurer une accessibilité aux soins selon un calendrier de vacations à organiser.

L'accessibilité aux soins de second recours est également une problématique importante en Corse, avec des spécialistes installés majoritairement en centre-ville et en nombre parfois insuffisant. La réalisation de projets collectifs pour assurer une prise en charge de spécialité au plus près des territoires peut être envisagée dans les MSP. L'organisation de ce maillage territorial devra s'inscrire dans un cadre réglementé à l'instar des consultations avancées de spécialités mises en œuvre à la MSP de Cargèse :

- organiser la participation des praticiens hospitaliers à travers une convention cadre avec l'établissement hospitalier de référence (pour la MSP de Cargèse, le centre hospitalier d'Ajaccio) ;
- consulter et demander l'avis du conseil de l'ordre des médecins ;
- permettre aux médecins spécialistes libéraux souhaitant disposer d'un cabinet multi-site dans une MSP d'organiser des consultations selon les dispositions prévues à l'article R. 4127-85 du Code de la santé publique après demande écrite auprès du conseil de l'ordre des médecins.

Compte tenu de ressources médicales en tension, les actes de téléconsultation ou télé-expertise peuvent également être envisagés pour permettre une prise en charge de spécialité au plus près des territoires.

Action N°4 : renforcer l'engagement des équipes de structures d'exercice coordonné dans des actions de prévention de proximité.

Les MSP en fonctionnement ont d'ores et déjà développé dans le cadre de leur projet de santé des actions de santé publique (ex : suivi de la vaccination), de prévention (ex : participation des médecins aux campagnes de dépistage des cancers du sein et du côlon) et d'éducation à la santé (ex : programme ETP diabète à la MSP de Calenzana ou programme ETP prévention des chutes et bien être des personnes âgées à la MSP de Cargèse).

L'ETP au sein des maisons de santé pourra se développer si les professionnels de santé partagent et mutualisent leurs expériences. Cette coordination entre structures pourra être facilitée par la fédération régionale des maisons de santé. Une stratégie de co-financement de ces actions de prévention sera également à rechercher pour en assurer la pérennité. Dans un souci d'efficacité, les programmes ETP maladies cardio-vasculaires, insuffisances respiratoires chroniques graves, diabète, affections psychiques de longue durée, devront s'articuler avec le déploiement de la plateforme régionale d'accompagnement du malade chronique vers l'autonomie (PRAMCA).

Actions N°5 : ancrer les centres de santé dans l'offre de soins primaires en développant des centres de santé polyvalents autour de la médecine générale.

Sur les sept centres de santé recensés, deux sont polyvalents et implantés dans des quartiers difficiles. Les cinq autres sont des centres dentaires répartis de manière homogène sur le territoire. L'accompagnement de ces centres monothématiques pour évoluer vers la polyvalence et compléter l'offre de premier recours sera encouragée.

Action N°6 : favoriser l'adhésion des professionnels de santé aux protocoles de coopération existants.

L'évolution défavorable de la démographie médicale, accentuée par les disparités de répartition territoriale ont mis en lumière la nécessité de développer les coopérations entre les professionnels de santé. Le dispositif de protocoles de coopération permet aux professionnels de santé d'opérer entre eux des transferts d'activités et d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'interventions auprès du patient. Plusieurs protocoles sont en cours d'analyse par l'ARS : le dépistage de la rétinopathie diabétique, la réalisation d'un bilan visuel par un orthoptiste dans le cadre d'un renouvellement des corrections d'optique chez les adultes et le dispositif Asalée. Ce dernier dispositif améliore la prise en charge des malades chroniques par coordination entre médecins généralistes et infirmiers et porte sur :

- le suivi du patient diabétique de type 2 ;
- le suivi du patient à risque cardiovasculaire ;
- le suivi du patient tabagique à risque de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) ;
- la consultation de repérage des troubles cognitifs et la réalisation de tests mémoire pour les personnes âgées.

Action N°7 : étudier la faisabilité de terrains de stage dans les MSP ou centres de santé dans le cadre du service sanitaire.

L'instauration d'un service sanitaire vise à initier les étudiants en santé de santé aux enjeux de la prévention et à permettre la réalisation d'actions concrètes. Il contribuera également à favoriser l'inter professionnalité et l'interdisciplinarité entre les différentes filières de formation.

Ce service devra intervenir dans un cadre offrant des garanties en termes de lieu de stage, d'encadrement voire d'hébergement, avec comme objectif la formation des futurs professionnels de santé. La MSP sera un lieu de stage adapté et pertinent pour le déploiement d'actions de promotion et d'éducation à la santé.

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre de MSP /Nombre de MSP ayant contractualisé à l'ACI
- ✓ nombre de centres de santé polyvalents
- ✓ nombre de protocoles de coopérations autorisés

Objectif opérationnel N°4 : étendre l'exercice pluri-professionnel à l'échelle des territoires par la création de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

L'article 65 de la loi de modernisation de notre système de santé s'attache à répondre aux attentes des professionnels de santé qui souhaitent promouvoir les soins primaires et l'amélioration de la structuration et de la qualité des parcours de santé, par la création de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Fondée sur l'initiative des professionnels, leur constitution vise à développer un mode d'exercice coordonné pluriprofessionnel à l'échelle du territoire selon une organisation singulière, adaptée à la nature du territoire, aux dynamiques professionnelles, aux ressources disponibles et à la politique régionale.

Les CPTS ont deux raisons principales d'être :

- mobiliser l'ensemble des professionnels du 1er recours en associant les acteurs du sanitaire et du médico-social pour mieux organiser collectivement et en synergie les réponses aux besoins de santé dans un territoire de vie ;
- inscrire les pratiques et initiatives dans une logique de projet à responsabilité populationnelle, en recherchant une complémentarité des actions entre les différents acteurs par un réel décloisonnement.

Le but est de garantir une meilleure coordination des professionnels de santé sur un territoire pour concourir à la structuration des parcours de santé, à l'accompagnement des personnes en situation complexe, à l'accès aux soins, à la santé publique (veille sanitaire, prévention, dépistage, éducation à la santé), à la formation, à l'évaluation, à la recherche-action, au développement de nouveaux modes et outils de travail, de formation et de financement.

Quel territoire pertinent pour déployer des CPTS ?

L'échelle territoriale de référence retenue pour la constitution des CPTS est celle des 9 territoires de vie ou de projets de la Collectivité de Corse. Cette échelle est cohérente avec l'organisation territoriale retenue pour la structuration des équipes de coordination de proximité utilisée dans le cadre de l'expérimentation PAERPA et des futures plateformes territoriales d'appui.

La préfiguration d'une CPTS, lancée en 2017 en Balagne, associant les MSP de Calenzana et d'Île-Rousse, le centre hospitalier de Calvi-Balagne ainsi que le réseau de gérontologie Rivage, permet de bénéficier d'un retour d'expérience positif en Corse sur l'intérêt de soutenir le développement de CPTS. Le projet initial, portant sur le parcours de santé de la personne âgée, a très vite évolué avec l'émergence de nouvelles actions prioritaires dans le territoire, telle la fluidification et la sécurisation des échanges via les systèmes d'information (SI), le développement d'actions de prévention et d'éducation thérapeutique, l'amélioration des pratiques professionnelles et le renforcement du lien ville-hôpital.

Cette expérience permet d'approcher de manière concrète l'intérêt des CPTS comme outil de coopération interprofessionnel et infra-territorial.

L'écosystème des CPTS permet la création de projets territoriaux de santé en réponse aux problématiques de santé du territoire et aux besoins d'appui et d'amélioration des pratiques des professionnels concernés.

Action N°1 : repérer les professionnels de santé potentiellement moteurs et les initiatives naissantes, en s'appuyant prioritairement sur les ESP et MSP existantes, pour faire émerger des CPTS sur les 9 territoires de vie ou de projets.

Action N°2 : co-construire une stratégie régionale partagée avec l'ensemble des acteurs institutionnels et professionnels d'accompagnement à la constitution de CPTS, basée sur :

- la mise à disposition de diagnostics territoriaux partagés ;
- l'appui et l'ingénierie à la formalisation du projet ;
- la mise en relation avec les autres acteurs.

Action N°3 : déployer de nouveaux modes d'organisation dans les territoires fondés sur une approche populationnelle, en mobilisant les CPTS comme un levier de structuration de l'offre de proximité via :

- le développement de consultations avancées de spécialité en proximité en particulier sur les territoires les plus fragiles ou les plus éloignés du 2nd recours ;
- la télémédecine pour améliorer l'accès aux soins prioritairement dans les territoires isolés ;

- la création de cabinets multi-sites pour assurer une accessibilité aux soins de 1er recours au plus près des patients ;
- l'organisation de la continuité des soins et la réponse aux demandes de soins non programmées (SNP) ;
- l'adhésion des professionnels de santé aux protocoles de coopération visant des transferts d'actes ou d'activités de soins en cas de pénurie de l'offre (Asalée, dépistage rétinopathie diabétique ...).

Action N°4 : faire des CPTS un levier d'amélioration des pratiques professionnelles et de qualité des soins par :

- le partage de bonnes pratiques et des formations professionnelles communes ;
- la mise en œuvre de protocoles pluriprofessionnels définissant, dans le respect des recommandations de bonnes pratiques et des règles déontologiques, le rôle de chaque professionnel dans le suivi des patients ;
- un ancrage d'actions de santé publique (éducation à la santé, préventions primaire et secondaire et éducation thérapeutique) dans les soins primaires ;
- le recueil des événements indésirables et les retours d'expérience comme par exemple la méthode de la HAS du patient traceur.

Action N° 5 : soutenir l'élaboration de projets de santé de territoire, en développant les coopérations entre les acteurs du 1er recours et 2nd recours du sanitaire et du médico-social et en s'assurant d'une mise en cohérence les différentes démarches de projets territorialisés (GHT), contrats locaux de santé (CLS), conseils locaux de santé mentale (CLSM), projet territorial de santé mentale (PTSM).

Action N° 6 : élaborer, sur la base de projets territoriaux de santé, des contrats territoriaux de santé (CTS) avec les CPTS répondant aux besoins de santé populationnelle, au bénéfice des parcours de santé.

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre de CPTS en projet
- ✓ nombre de CPTS formalisée par un projet de santé validé par l'ARS
- ✓ nombre de CPTS ayant signés un CTS

Objectif opérationnel N°5 : structurer des fonctions d'appui à la coordination des parcours complexes via les PTA, en réponse aux besoins des professionnels.

La loi confère aux équipes de soins primaires un rôle pivot dans l'organisation et la coordination du parcours des patients, y compris dans sa partie médico-sociale.

Le plus souvent, ces professionnels sont en mesure d'assurer eux-mêmes cette fonction, en particulier lorsqu'ils exercent de façon coordonnée (notamment au sein de maisons de santé) et disposent d'outils adaptés (système d'information partagé).

Néanmoins, pour les patients en situation complexe, qui nécessitent l'intervention de nombreux intervenants issus des champs sanitaire, social et médico-social, le médecin traitant et ses partenaires peuvent avoir besoin d'un appui leur permettant de mieux évaluer la situation et de mobiliser l'ensemble des ressources nécessaires, afin de garantir le maintien au domicile du patient, d'anticiper les hospitalisations et d'organiser les sorties dans les meilleures conditions.

Ce besoin d'appui à la coordination est d'autant plus prégnant que l'espérance de vie s'allonge, que l'incidence et la prévalence des maladies chroniques augmentent et engendrent de nouvelles organisations dans la prise en charge des patients dont la prévention et l'accompagnement de la perte d'autonomie. Dans le même temps, le développement des soins en ambulatoire, qui fait écho au souhait des patients de continuer à vivre chez eux quel que soit leur âge, leur pathologie ou leur handicap, complexifie et intensifie le travail des professionnels exerçant en ville.

Pour répondre à ces nouveaux défis, le législateur prévoit la mise en place de « fonctions d'appui » aux professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux pour la coordination des parcours de santé complexes. Ces fonctions d'appui, qui s'adressent à tous les patients, sans critère d'âge, de pathologie ou de handicap, peuvent être organisées sous forme de plateformes territoriales d'appui (PTA).

Outre la prévention des hospitalisations évitables et des ruptures de parcours, l'enjeu des PTA est l'amélioration de l'articulation entre les dispositifs de coordination existants selon un principe de subsidiarité par un accès unique via un numéro dédié. En effet, de nombreux acteurs, réseaux de santé, méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA) et centres locaux d'information et de coordination gérontologiques, (CLIC) assurent déjà des fonctions d'appui aux professionnels de santé.

Mais leurs interventions, pilotées et financées par des institutions diverses, manquent souvent de cohérence et de lisibilité. Il s'agit donc d'aboutir à une organisation territoriale plus claire et plus intégrée, en passant d'une approche par structures (réseaux, MAIA, CLIC) à une approche en termes de missions partagées.

La polyvalence au sein d'une PTA n'est pas un prérequis, mais un objectif-cible. Elle peut être mise en place de façon progressive.

Action N° 1 : co-construire la définition d'une offre de service évolutive de la PTA répondant aux besoins des professionnels de santé en Corse en s'appuyant sur :

- des diagnostics territoriaux partagés ;
- une déclinaison opérationnelle des 3 missions de la PTA (information et orientation des professionnels de santé, appui à la coordination aux parcours complexes, appui aux pratiques professionnelles et aux organisations) ;
- la mise à disposition de services numériques.

Action N°2 : développer une culture commune des fonctions d'appui par une poursuite et une extension du programme de formation de l'EHESP initié auprès des réseaux de santé sur « la structuration des fonctions d'appui en région » en l'étendant à de nouveaux acteurs de la coordination et aux représentants professionnels du 1er recours.

Action N° 3 : identifier les leviers de convergence des différents dispositifs de coordination existants en vue d'une intégration au sein des PTA.

Action N°4 : capitaliser les retours d'expérience du projet PAERPA en évaluant notamment l'impact de l'organisation de fonctions d'appui assurées en proximité par les IDE sur les 4 territoires de vie pour soutenir les professionnels de santé.

Action N°5 : confier aux PTA un rôle d'animation territoriale de proximité afin de soutenir la mise en œuvre de projets territoriaux de santé et fournir un appui pour la coordination des parcours complexes et l'amélioration des pratiques.

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre de structures de coordinations existantes souhaitant intégrer une PTA ;
- ✓ nombre de demandes d'appui des ESP aux IDE de proximité dans le programme PAERPA ;
- ✓ nombre de PTA et composantes mises en place.

Objectif opérationnel N°6 : mettre en œuvre les services numériques au bénéfice de la coordination des professionnels de santé.

Le déploiement de l'e-santé constitue un levier clé d'amélioration de la performance du système de santé et de développement de la coordination des soins dans le cadre des approches parcours.

La définition du panier de e-services interopérables et sécurisés en région s'inscrit dans le cadre des travaux d'élaboration de la stratégie régionale des services numériques d'appui à la coordination en santé (SNACs).

Les SNACs visent à accéder aux ressources du système de santé, à orienter le patient, partager des informations, échanger et collaborer avec les autres intervenants autour du parcours de santé et tendront à concentrer l'ensemble des fonctionnalités.

L'enjeu sera ainsi d'accélérer le déploiement des offres de services et d'assurer un accompagnement à la diffusion des usages.

La réussite du déploiement passe par la qualité de :

- la concertation avec l'ensemble des acteurs professionnels et institutionnels ;

- la mise en place d'une gouvernance à travers le GRADeS ;
- la mise à disposition des outils socles (dossier médical partagé - DMP, messagerie de santé sécurisée - MSS), lettre de liaison, répertoire opérationnel des ressources (ROR), portail professionnel et portail patient) ;
- le développement d'outils spécifiques (coordination parcours, outils orientation, télémédecine).

Le plan pour renforcer l'accès territorial aux soins a retenu la mise en œuvre de la révolution numérique en santé comme un axe prioritaire pour lutter contre les déserts médicaux. La télémédecine s'ouvrant dès 2018 au droit commun abolit les distances. Comme le souligne le volet spécifique de la Corse dans la stratégie nationale de santé, la télémédecine, à travers les outils et les organisations qui en découlent, doit permettre de compenser l'inaccessibilité de certains services de soins.

Action N°1 : accompagner le déploiement de systèmes d'information partagés interopérables labellisés ASIP dans les ESP, MSP et CPTS.

Action N°2 : développer l'implantation et l'utilisation de la MSS, du DMP et de la fiche de liaison « ville-hôpital » (cf. titre IV).

Action N°3 : poursuivre le déploiement de la télémédecine comme outil de développement des différents niveaux d'exercice coordonné (téléconsultation, télé-expertise, télésurveillance). cf. Titre IV.

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre d'ESP disposant d'un logiciel labellisé ASIP V2
- ✓ nombre de professionnels de santé ayant développé une MMS
- ✓ nombre de professionnels de santé ayant développé le DMP
- ✓ nombre d'ESP ayant intégré un dispositif de télémédecine

Objectif opérationnel N°7 : co-construire des projets innovants avec les équipes de soins primaires, en relation avec les institutions de recherche et de formation en santé.

Le système de santé connaît aujourd'hui une mutation importante dans laquelle l'organisation des services de santé ambulatoires est très largement affectée cf. Titre IV. Au-delà de la nécessité de mieux coordonner les professionnels de santé de ville que ce soit à travers la mutation de leur forme d'exercice, l'introduction de dispositifs d'appui à la coordination et de systèmes d'informations partagés, la transformation du système de santé amènera rapidement à questionner le rôle de chaque professionnel.

Concernant la prise en charge des pathologies cardiovasculaires par exemple, face à l'absence d'offre de services de réadaptation cardiaque sur les territoires ruraux, la composition d'équipes territoriales associant des équipes de soins primaires et des équipes hospitalières, pour une prise en charge collective des patients au plus près de leur domicile serait une solution à cette rupture de parcours. Cette transformation organisationnelle induira une recomposition des rôles des professionnels au bénéfice des patients notamment sur le champ des préventions primaire et secondaire des maladies cardiovasculaires.

Toutefois, cette redéfinition des rôles des équipes de soins primaires n'est pas uniforme sur l'ensemble du territoire.

En effet, les contraintes et les problématiques que rencontrent les professionnels de santé sont en partie liées aux spécificités des territoires sur lesquels ils travaillent : dans une zone rurale et éloignée des centres hospitaliers, les patients seront plus rapidement confrontés à un problème d'accessibilité à des soins toujours plus spécialisés.

Ainsi, en dehors des grandes orientations nationales de transformations du système de santé, les acteurs de terrain et notamment les professionnels de santé du premier recours pourraient utiliser l'innovation comme levier pour assurer la bonne prise en charge d'un patient à travers une meilleure coordination ville-hôpital.

L'innovation peut consister en une nouvelle répartition des tâches des professionnels autour d'un parcours de soins. Elle dépasse l'innovation thérapeutique et concerne aussi de nouveaux dispositifs de prise en charge émergeant dans un contexte spécifique et contraint d'un territoire. L'innovation est donc un levier pertinent pour répondre aux problématiques de prise en charge d'un territoire qui n'ont pas trouvé de réponse dans le cadre conventionnel commun.

La Stratégie Nationale de Santé reconnaît la spécificité de la Corse et propose notamment de compenser l'inaccessibilité aux soins par des moyens dédiés à l'innovation et l'expérimentation afin d'assurer une offre de santé graduée et adaptée. Les acteurs en santé ont la possibilité de proposer des projets innovants co-construits entre professionnels de ville et hospitaliers.

La conduite ou la participation à des projets innovants est aussi un moyen d'identifier de nouvelles compétences nécessaires à la bonne prise en charge d'un patient. Ces projets sont alors vecteurs d'une transformation des métiers et des organisations des professionnels de santé renforçant notamment le lien ville-hôpital.

Enfin, cette transformation ne peut se faire sans relation avec les institutions de recherche et de formation des professionnels (maisons de santé universitaires, universités, centres hospitaliers universitaires, écoles paramédicales, grandes écoles ...). Proposer de nouvelles modalités de prise en charge pour garantir une meilleure accessibilité, qualité ou sécurité des services de santé au sein des territoires donnerait une visibilité aux équipes de soins primaires porteuses de projet auprès des centres de recherche universitaires dans le champ de la santé. La reconnaissance par d'autres professionnels de santé et d'autres chercheurs serait bénéfique pour l'attractivité de ces territoires.

L'intégration d'internes de médecine ou d'étudiants paramédicaux à des projets innovants dans le cadre de leur formation en serait facilitée et rendrait attractifs des territoires isolés.

Action N°1 : identifier les opportunités de projets innovants à partir des besoins recensés et partagés par les acteurs de terrain dans le cadre de diagnostics territoriaux.

Action N°2 : accompagner des projets candidats à des programmes de recherche nationaux tels que le programme de recherche sur la performance du système de soins (PREPS), le programme de recherche médico-économique (PRME), le programme de recherche soins infirmiers et paramédicaux (PRIP), ainsi que dans le cadre de l'article 51 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale de 2018 (LFSS).

Une importance particulière sera accordée aux projets :

- structurant le lien ville-hôpital à travers de nouveaux modes d'organisation ;
- favorisant le changement de pratiques des professionnels de santé libéraux vers des coopérations plus approfondies avec les autres acteurs en santé ;
- sensibilisant davantage les professionnels de santé de premier recours au sujet de la prévention.

Action N°3 : proposer des thématiques de recherche aux partenaires universitaires pour alimenter le stock de connaissances nécessaires à la réalisation de projets innovants portés par des professionnels de santé libéraux

Les Maisons de santé Universitaires (MSU) seraient notamment des partenaires privilégiés en tant que centres de référence sur la recherche en soins primaires. Leur émergence sera dans ce cadre une priorité régionale.

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre de projets proposés par les professionnels de santé à la suite de la présentation du diagnostic territorial.
- ✓ nombre de projets présentés dans le cadre d'un programme de recherche ou de l'article 51 de la LFSS 2018.
- ✓ nombre de projets retenus dans ce même cadre et menés à terme.
- ✓ nombre de projets où un partenaire universitaire est associé / nombre de projets total

Objectif opérationnel N°8 : définir les modalités de gouvernance pour porter la structuration territoriale du 1^{er} recours et le développement des coopérations ville-hôpital-médico-social.

La mise en œuvre de la politique régionale de santé est aujourd'hui confrontée aux problématiques de l'aménagement du territoire. Dès lors, des axes de coopération sont à rechercher et à consolider entre l'ensemble des acteurs institutionnels qui y concourent. C'est dans cette optique que l'IRP a été créée fin 2012 avec les services de la Préfecture, de l'ARS et de la Collectivité de Corse. Son rôle est de piloter les programmes stratégiques portant sur l'organisation et l'accès aux soins de premiers recours en cohérence avec le Projet Régional de Santé, les politiques d'aménagement du territoire, de transport, de la santé et du social. Cette instance est coprésidée par le directeur général de l'ARS, le Préfet de Corse et le Président du Conseil Exécutif de Corse.

Quatre objectifs opérationnels prioritaires lui sont assignés :

- développer l'exercice coordonné par la création de MSP ;
- impulser et accompagner des projets territoriaux de santé, associant les élus, les professionnels de santé et les usagers, contribuant aux politiques d'aménagement du territoire, et ce afin d'apporter une réponse coordonnée des politiques publiques (emploi, logement, transports, vie sociale) ;
- favoriser les stages d'internat en médecine générale dans les territoires en difficulté ;
- accompagner le développement de la télémédecine et des systèmes d'informations partagés.

Une cellule technique de pilotage qui comprend des représentants des trois instances (ARS, CdC, Préfecture) a été instaurée. Sur la période couverte par le PRS1, elle s'est essentiellement attachée à proposer aux porteurs de projet de MSP un guichet unique d'instruction. Sa mission a consisté à instruire les demandes déposées selon la phase de maturation du projet (ex : étude de faisabilité, projet d'investissement).

Action N°1 : conforter le rôle de l'IRP.

Aujourd'hui les contextes national et régional impliquent une évolution de l'IRP sur le champ de ses missions et compétences. La reconnaissance de nouvelles formes d'exercice coordonné (ESP, CPTS), la nécessité de développer des fonctions d'appui pour les professionnels de santé (PTA), le déploiement de programmes de télémédecine, la possibilité de développer au niveau des territoires des projets innovants ou bien encore la nécessité de renforcer le lien ville-hôpital dans la structuration des parcours, sont autant d'axes que l'IRP devra investir pour une politique de santé globale et au service des territoires.

Action N°2 : réaliser des diagnostics territoriaux de santé partagés dans le cadre de l'élaboration d'un Contrat Territorial de Santé.

Action N°3 : Accompagner l'élaboration des projets territoriaux de santé.

Action N°4 : intégrer les projets territoriaux de santé à la politique d'aménagement des territoires.

Ces trois actions seront développées dans le chapitre 4 du titre I portant sur l'animation territoriale.

Action N°5 : définir un cadre commun d'accompagnement financier et rechercher des pistes d'efficience (cahier des charges, guide des aides, fonds d'aides mobilisables).

L'instruction des projets territoriaux de santé coordonnés et partagés devra s'effectuer dans le cadre de l'IRP. Selon la nature du projet (ESP, MSP, CPTS, PTA, expérimentation innovante), une politique commune d'accompagnement financier devra être définie au regard des différentes évolutions, institutionnelles ou réglementaires. Une capitalisation autour de la méthode d'instruction des projets de MSP devra être réalisée pour la transposer aux nouveaux projets qui pourraient être portés.

Compte tenu de la multiplicité des projets qui pourraient émerger, il devient indispensable de définir ensemble un cadre commun d'accompagnement financier. Les différentes parties prenantes s'engageront alors dans :

- la mise à jour des outils de cadrage des politiques de santé de proximité (ex : cahier des charges ou guides des ESP, MSP, CPTS ...) ;
- le recours aux diagnostics territoriaux ;
- la prise en compte des guides des aides financières (ex : règlement des aides du schéma montagne).

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre de diagnostics territoriaux réalisés et instruits par l'IRP
- ✓ nombre de projets territoriaux validés par l'IRP

Chapitre 3 - La promotion d'une démocratie sanitaire éclairée et active

La démocratie en santé vise à associer l'ensemble des acteurs de santé pour élaborer et mettre en œuvre la politique de santé, dans un esprit de dialogue afin de développer la concertation et le débat public, d'améliorer la participation des acteurs de santé et de promouvoir les droits individuels et collectifs des usagers.

La démocratie en santé s'appuie sur quatre principes d'actions :

- la promotion des droits des usagers en développant l'information et la formation
- l'organisation de consultations et débats publics
- l'animation territoriale
- l'effectivité du respect des droits des usagers

❖ La promotion des droits des usagers en développant l'information et de la formation

Les rapports entre les usagers et les professionnels de santé doivent s'établir dans une relation partenariale fondée sur le statut des représentants des usagers, sur de l'information et des actions de formation.

Les représentants des usagers (RU) sont des personnes physiques, des membres d'associations agréées en santé, d'associations de personnes malades âgées, retraitées, en situation d'handicap, de consommateurs et d'associations familiales.

Le RU peut notamment siéger dans un établissement de santé au sein de la commission des usagers (CDU), du comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN), du conseil de surveillance des hôpitaux (CS), dans les conseils d'administration des CPAM, au sein de la commission régionale de santé et de l'autonomie (CRSA), de la commission de conciliation et d'indemnisation (CCI) et au sein des conseils de vie sociale (CVS) des établissements et services médico-sociaux (ESMS).

Une charte du parcours de santé a été élaborée par la conférence nationale de santé, soumise à une large concertation et adoptée le 6 juillet 2016. Elle est destinée aux usagers et aux professionnels de santé et énonce les principes et objectifs pouvant s'appliquer à l'ensemble des étapes des parcours de santé. Elle doit pouvoir être affichée et distribuée dans les espaces où se rencontrent les usagers et les professionnels de santé.

Le livret d'accueil est remis à la personne prise en charge ou à son représentant légal lors de l'accueil et comporte les documents comme la charte des droits et libertés des personnes accueillies et le règlement de fonctionnement. Tous les ESMS disposent d'un livret d'accueil.

Les fiches de signalements des événements indésirables (FEI) mises à la disposition des usagers et du personnel de l'établissement, permettent la transmission de tout événement indésirable par l'utilisateur à l'établissement.

Le dossier médical partagé (DMP) est un droit collectif de l'utilisateur. Le décret du 4 juillet 2016 fixe les conditions et les modalités de création et de mise en œuvre du DMP pour les bénéficiaires de l'assurance maladie. Il est un des outils de la démarche partenariale entre les usagers et les professionnels de santé

Scope santé, site de la Haute Autorité de Santé, est accessible à tout public et permet de connaître les services hospitaliers et consulter leur niveau de certification.

L'indicateur national de la satisfaction des patients hospitalisés «I-SATIS» est le premier indicateur de résultat généralisé permettant de mesurer la satisfaction des patients hospitalisés sur différentes composantes de leur prise en charge. Cet indicateur a pour objectif de rendre le patient co-acteur de sa prise en charge en lui donnant la parole sur son ressenti, permettant ainsi aux établissements de santé de mettre en œuvre des actions d'amélioration au plus près de ses attentes.

L'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) met à la disposition des établissements de santé, le logiciel obligatoire «i-satisfaction» pour la sélection des patients appropriés dans l'établissement, ainsi qu'une plateforme dédiée pour la récupération des fichiers de réponses aux questionnaires, l'analyse et le traitement des données. Cette plateforme permet à chaque établissement de santé de disposer de ses résultats par question et par score. Il est à noter que très peu d'établissements utilisent cet outil.

Le respect des droits des usagers est de plus en plus intégré dans les parcours de formation aussi bien des RU que des professionnels de santé, mais reste, aujourd'hui encore, insuffisant. La nécessité d'une approche globale et renforcée s'impose au sein des structures de formation des professionnels de santé.

En application des dispositions de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, les représentants des usagers bénéficient d'une formation de base, généraliste et obligatoire, qui porte sur la mission des usagers, les droits des usagers et l'organisation du système de santé.

Pour s'adapter à chacun des formations à distance sont proposées sur la plateforme « e-learning » de l'union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé (UNAASS).

Divers dispositifs permettent d'accompagner des projets ciblés sur l'usager :

- le «label concours » a été initié dans le cadre du dispositif « 2011 année des patients et de leurs droits » afin de valoriser les expériences exemplaires et les projets innovants menés en région, en matière de promotion des droits des patients ;
- la Fondation des Usagers du Système de Santé, créée en 2014, soutient des projets d'associations d'usagers et d'établissements de santé ou de structures de soins œuvrant pour favoriser l'émergence des transformations de la société vers plus de démocratie sanitaire ;
- l'expérimentation d'actions d'accompagnement à l'autonomie en santé dans un cadre global sanitaire, social et administratif des personnes atteintes d'une maladie chronique, à risque d'une telle maladie ou en situation d'handicap.

❖ L'organisation de consultations et débats publics

Le directeur général de l'ARS consulte les instances de démocratie en santé et différents partenaires, pour recueillir leur avis notamment, sur le découpage territorial suite aux nouveaux territoires en santé - les zones du schéma régional de la santé.

Par ailleurs, dans les années 90 des « états généraux de la santé » ont été organisés afin d'associer l'ensemble des personnes résidant en France aux évolutions du système de santé, au travers des débats publics menés aux échelons national et régional.

Le débat public organisé par la CRSA s'inscrit dans cette démarche. Depuis la création de l'ARS de Corse, trois débats publics se sont tenus sur les thèmes suivants :

- la bientraitance,
- le vivre en bonne santé en Corse,
- la santé et l'insularité.

❖ L'animation territoriale

La démocratie en santé s'appuie aussi sur l'animation territoriale à travers :

- la mise en place d'instances :
 - la conférence régionale de santé et d'autonomie (CRSA) et ses commissions spécialisées
 - deux conseils territoriaux de santé (CTS) de Corse :
 - le CTS du Cismonte regroupant les territoires du Nord et Centre-Est, soit 236 communes et 170 830 habitants,
 - le CTS du Pumonte regroupant les territoires de l'Ouest et du Sud, soit de 124 communes et 145 460 habitants.
- des outils de contractualisation : contrats locaux de santé, conseils locaux de santé mentale (Cf. titre I - chapitre 4 : la mise en œuvre d'une animation territoriale en santé).
- les parcours de santé (Cf. titre III).

Objectif stratégique N° 2 du COS : faire de l'utilisateur un acteur éclairé et actif du système de santé.

Promouvoir les droits des usagers, l'information et la formation, organiser des débats publics et des consultations, promouvoir une animation territoriale au bénéfice des usagers, veiller au respect de l'effectivité des droits des usagers.

Objectif opérationnel N°1 : conforter l'union régionale des associations agréées d'utilisateurs du système de santé (URAASS) de Corse et les instances de démocratie en santé dans leur rôle.

Action N°1 : consolider le partenariat avec l'ARS

Action N°2 : organiser des échanges périodiques sur le suivi des travaux des instances

Action N°3 : renforcer les échanges en termes de veille documentaire et juridique

Action N°4 : assurer un relais de communication sur le site de l'agence

Action N°5 : valoriser les associations d'utilisateurs

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre de réunions de la commission permanente de la CRSA et des bureaux des CTS chaque année,
- ✓ création d'un événement de valorisation des associations d'utilisateurs

Objectif opérationnel N°2 : développer l'information auprès des représentants des usagers, des usagers, et des citoyens.

❖ **L'effectivité du respect des droits des usagers**

En Corse les RU sont aujourd'hui moins d'une centaine siégeant dans les différentes instances et commissions. Ce nombre reste insuffisant si on prend la représentativité effective.

Il y a 24 commissions des usagers (CDU) dans les établissements sanitaires avec un taux de présence de 73% (sur 96 sièges).

Les profils des RU en Corse correspondent à ceux du national avec plus de femmes (54%) que d'hommes (46%). Ils exercent en moyenne plusieurs mandats (en moyenne 3) et sont 75% à avoir une ancienneté de plus de 3 ans. Ils sont issus de tous types d'associations (patients, consommateurs, familles, dispositifs d'accompagnement).

Des RU siègent également dans les Commissions Départementales des Soins Psychiatriques (CDSP), au sein des conseils d'administration des CPAM, dans les commissions de l'activité libérale au sein des centres hospitaliers d'Ajaccio et de Bastia, dans les conseils de surveillance des établissements de santé publics.

L'expression de l'utilisateur va dans le sens de garantir la qualité de l'offre de santé et elle se réalise institutionnellement à travers la CRSA, individuellement à travers les réclamations et plaintes et au sein des établissements.

La commission spécialisée du droit des usagers de la CRSA s'attache à évaluer la façon dont les droits des usagers sont respectés et formule des propositions d'actions afin d'améliorer la connaissance et le respect de ces droits.

Le rapport sur le respect des droits des usagers de la CRSA sur les 3 dernières années met en avant 15 objectifs :

- former les professionnels de santé sur le respect des droits des usagers ;
- rendre effectif le processus d'évaluation sur le respect des droits des usagers ;
- promouvoir la bientraitance ;
- prendre en charge la douleur ;
- encourager les usagers à rédiger des directives anticipées relatives aux conditions de leur fin de vie ;
- permettre l'accès au dossier médical partagé ;
- assurer la scolarisation des enfants en situation d'handicap ;
- assurer la confidentialité des données médicales et l'accès au dossier médical des personnes détenues
- veiller au bon fonctionnement des différentes commissions en santé mentale ;
- assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux ;
- assurer l'accès aux structures de prévention ;
- assurer financièrement l'accès aux soins ;
- réduire les inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale ;
- garantir la participation des RU et autres acteurs dans les CRSA et les CTS
- former les RU

Les plaintes et les réclamations constituent toutes les formulations d'insatisfaction, les remarques, suggestions ou avis émis de façon spontanée, ou non, et ce quel qu'en soit le mode d'expression (écrit/oral) et le mode de recueil.

Dans certains établissements de santé, il incombe au(x) professionnel(s) concerné(s) d'établir un rapport circonstancié transmis par la suite au service en charge du droit des patients ou à la direction de l'établissement.

L'utilisateur reçoit systématiquement et dans les meilleurs délais, un courrier de la direction l'informant de la suite donnée à son expression ou à défaut, les démarches qu'elle a entrepris pour lui.

La commission des usagers dans les établissements sanitaires examine parmi les plaintes et réclamations, celles qui ne présentent pas le caractère d'un recours gracieux ou juridictionnel et veille à ce que toute personne soit informée sur les voies de recours et de conciliation dont elle dispose.

Indépendamment de ces démarches, l'utilisateur peut saisir les instances ordinaires, l'ARS et décider de la saisine du procureur de la République.

L'ARS de Corse a traité en 2016 :

- pour les établissements et services médico-sociaux, 12 réclamations/plaintes écrites,
- pour les établissements de santé, 60 réclamations/plaintes écrites.

La commission de conciliation des indemnités (CCI) est chargée de faciliter le règlement amiable des litiges relatifs aux accidents médicaux, aux affections iatrogènes et aux infections nosocomiales, ainsi que des autres litiges entre usagers et professionnels de santé, établissements de santé et/ou services de santé.

La CCI peut être saisie par toute personne s'estimant victime d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins, ou, le cas échéant, par son représentant légal.

En 2016, 19 dossiers reçus au titre de l'indemnité d'un accident médical 29 experts ont été missionnés dans 15 domaines de compétences médicales

Les personnes qualifiées sont les référents et recours, intervenant sur demande de l'utilisateur en cas de conflit, d'impossibilité de défendre ses droits et intérêts. Dans chaque département une liste est arrêtée par décision conjointe du Préfet, du directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS) et du président du Conseil Départemental.

La démarche qualité des établissements sanitaires et des établissements et services médico-sociaux (ESMS) se décline :

- à travers le projet d'établissement des établissements sanitaires et des ESMS et le règlement de fonctionnement

Ces documents transcrivent les mesures par l'offreur de santé qui garantissent le respect des droits des usagers et sont établis après consultation des RU.

En 2015, 96.5 % des ESMS possèdent un projet d'établissement et 45 % des établissements associent les usagers membres du CVS ou non à la rédaction du projet par le biais de questionnaire et autres formes de participation.

En 2015, 96.5 % des ESMS possèdent un règlement de fonctionnement et 85 % des établissements remettent systématiquement le règlement à la personne accueillie lors de son admission.

- à travers le contrat de séjour, le document individuel de prise en charge (DIPC) et le contrat d'aide et de soutien par le travail

Le DIPC ou le contrat de séjour est le contrat qui formalise l'accompagnement ou la prestation mise en place entre un usager et la structure d'accueil.

- à travers la procédure de certification

L'HAS pilote la procédure de certification qui suit l'évolution des objectifs de qualité et de sécurité à atteindre fixés pour chaque établissement.

La démarche associe les membres de la commission de certification des établissements de santé, comprenant des professionnels de santé et des représentants des usagers.

Le rapport de certification est rendu public sur le site de la HAS et les conclusions doivent être affichées et diffusées par l'établissement.

- à travers les procédures d'évaluation interne et d'évaluation externe des ESMS.

L'évaluation interne est menée par l'établissement et repose sur la mise en œuvre d'une démarche d'amélioration continue de la qualité.

L'évaluation externe est réalisée par un organisme extérieur habilité par l'ANESM (agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services médico-sociaux).

Les deux types d'évaluations sont complémentaires et portent sur les mêmes champs.

L'évaluation interne constitue une démarche participative de l'ensemble de la structure et porte sur les effets produits par les activités (ressources humaines, système d'information...), leur adéquation aux besoins et attentes des personnes accueillies. Les établissements médico-sociaux ont le libre choix des outils pour conduire leur évaluation interne.

Le cadre évaluatif précisé par l'ANESM porte au minimum sur 4 quatre domaines prioritaires :

- la promotion de la qualité de vie, de l'autonomie, de la santé et de la participation sociale;
- la personnalisation de l'accompagnement;
- la garantie des droits et la participation des usagers;
- la protection et la prévention des risques inhérents à la situation de vulnérabilité des usagers.

Les résultats de l'évaluation interne doivent comporter un plan d'actions avec des priorités, en précisant les effets attendus sur les usagers et doivent être transmis à l'autorité ayant délivré l'autorisation selon les délais prévus par le code d'action sociale et des familles.

Action N°1 : mettre en place des campagnes d'information en direction des usagers, des RU, et des professionnels de santé.

- En s'appuyant sur les journées nationales thématiques
- En ciblant des catégories d'établissement ou de professionnels de santé

Action N°2 : créer des supports de communication sur le rôle et les missions des RU en Corse.

- En investissant les nouvelles technologies d'information et de communication et la e-santé

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre de séminaires d'informations organisés chaque année
- ✓ nombre d'évènements de communication chaque année
- ✓ nombre de créations de supports personnalisés réalisés chaque année

Objectif opérationnel N°3 : dynamiser l'action des représentants des usagers.

Action N°1 : accompagner l'implication des RU dans la démarche « qualité »

Action N°2 : faciliter le rôle des associations d'usagers ambassadeurs de l'offre de santé

Action N°3 : mettre à disposition des RU les moyens nécessaires à l'exercice de leurs missions.

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre de RU siégeant dans les instances et participant aux réunions organisées par les établissements, chaque année
- ✓ création de nouvelles associations d'usagers
- ✓ ressources logistiques mises à disposition des RU par les établissements (ordinateur, local, accès à internet...), chaque année.

Objectif opérationnel N°4 : accroître l'effort de formation des RU et les professionnels de santé en matière de démocratie en santé.

Action N°1 : promouvoir les formations auprès des RU et des professionnels de santé,

Action N°2 : faciliter la formation de base des RU, faciliter l'appropriation des professionnels et usagers aux démarches participatives en proximité,

Action N°3 : développer l'accès à l'e-learning, favoriser le développement continu en matière de bien-être.

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre de personnes formées/ nombre de RU issues d'associations agréées chaque année
- ✓ nombre et thèmes des formations réalisées chaque année
- ✓ nombre de projets mis en œuvre dans les établissements de santé

Objectif opérationnel N°5 : accompagner la FOEU (formation spécifique « expression des usagers ») de chaque CTS pour accroître leur capacité d'animation.

Action N°1 : promouvoir les échanges entre les FOEU, les CDU, les CVS sur la qualité des prises en charge,

Action N°2 : organiser des réunions semestrielles de la FOEU pour la valorisation des actions engagées par les RU en établissement de santé,

Action N°3 : faciliter l'identification des freins et des leviers au respect des droits des usagers au niveau infra régional.

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre d'échanges entre les FOEU et les membres des CVS,
- ✓ nombre de propositions d'amélioration et de veille,

Objectif opérationnel N°6 : favoriser l'implication des établissements de santé et des établissements et services médico-sociaux(ESMS) dans le champ de la démocratie en santé.

Action N°1 : organiser des temps d'échanges avec les établissements,

Action N°2 : amplifier la communication « soignant/soigné » sur la thématique « qualité »,

Action N°3 : faire connaître les bonnes pratiques mises en œuvre.

Indicateurs de suivi :

- ✓ au moins 2 rencontres par an avec les établissements
- ✓ nombre d'évènements de communication engagés
- ✓ identification des actions réalisées dans l'évaluation externe des ESMS
- ✓ nombre et thématique des retours d'expérience (RETEX) pour les établissements de santé et ESMS

Objectif opérationnel N°7 : mieux exploiter la concertation civile en tant qu'outil de la démocratie en santé au cœur des territoires.

Action N°1 : mettre à disposition les outils et les méthodes de concertation auprès des professionnels et usagers,

Action N°2 : faciliter la réalisation d'évènements de communication portés par des usagers.

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre de consultations ou sondages sur un ou plusieurs territoires
- ✓ nombre de participants aux manifestations

Objectif opérationnel N°8 : promouvoir l'usage de la « e-santé ».

Action N°1 : accroître les habilités des patients, des aidants et des professionnels pour l'usage des outils numériques,

Action N°2 : faciliter le recours aux innovations.

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre de projets expérimentaux
- ✓ nombre de nouveaux outils exploités
- ✓ nombre de formations développées

Chapitre 4 – La mise en œuvre d’une animation territoriale en santé

La Loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 prévoit le renforcement de l’animation territoriale conduite par les agences régionales de santé (projet régional de santé/ territoires/contrats territoriaux de santé).

Dans ce cadre, il est pertinent de mettre un focus, non seulement sur la manière dont il faut mobiliser les acteurs régionaux et locaux, à partir des incitations nationales, mais aussi sur la façon dont les difficultés et spécificités locales sont prises en compte pour faire exister les politiques de santé publique au niveau opérationnel.

La méthode de mise en œuvre des politiques de santé publique, au niveau régional et territorial, est d’autant plus importante que, dans le cadre de l’évolution institutionnelle vers une Collectivité de Corse (CdC), elle renvoie à des enjeux multiples : une plus grande efficacité (notamment par le biais de la participation des habitants et par la prise en compte des questions de proximité), une amélioration de l’efficacité du système et la possibilité d’améliorer les démarches d’évaluation de l’action (en définissant des priorités d’action et des objectifs à atteindre).

Ainsi, les principes d’action de la Stratégie nationale de santé 2018-2022 renvoient notamment à la nécessité d’une organisation de l’offre de santé autour d’une médecine de parcours dont « l’objectif est d’atteindre par une pratique plus coopérative entre professionnels et une participation plus active des personnes soignées, à une qualité d’ensemble, et dans la durée, de la prise en charge » (Rapport HCAAM -2012).

La Stratégie Nationale de Santé notamment, a prévu des dispositions spécifiques à la Corse, qui sont :

- La préservation de l’offre de 1^{er} recours en milieu rural
- La prise en compte des chronos distances dans la définition du maillage pertinent de l’offre de proximité
- L’autorisation des expérimentations dans les territoires notamment ruraux
- La prise en compte des fluctuations saisonnières

Cette spécificité s’est également traduite par la reconnaissance des caractéristiques d’île montagne dans le cadre de l’article 5 de la loi du 28 décembre 2016, de modernisation de développement et de protection des territoires de montagne.

Afin de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, l’animation territoriale (AT) a pour but d’améliorer les parcours de santé au niveau de chaque territoire :

- en développant les conditions environnementales et sociales favorables à l’état de santé des populations,
- en facilitant l’accès effectif de tous, et notamment des plus démunis, à la santé,

L’ARS a pour rôle de structurer et animer la gouvernance territoriale, dans un objectif d’organisation et de coordination des politiques de santé ;

La dynamique qui doit être impulsée se doit d’être :

- territorialisée et transversale à partir d’une entrée territoriale, un territoire de vie, l’animation territoriale intègre les expertises thématiques et les approches populationnelles en améliorant les parcours, approche favorisant la mise en cohérence des plans d’actions et moyens (PTSM, PTS, CLS, CLSM, contrats de ruralité).
- collaborative et partenariale, avec d’une part, la prise en compte d’une approche intersectorielle de la santé prévention – sanitaire – médico-social et, d’autre part, une implication croissante de la société civile (professionnels, associations, élus et usagers) et des autres institutionnels.

Constat après le PRS1 : points forts points faibles

Contrat local de santé/CLSM

Durant la période du PRS 1, 10 CLS, 3 CLSM à Ajaccio et Bastia et Porto-Vecchio (dont 2 CLS pour les ex communautés de communes d'Ile Rousse et de « cinque pieve ») ont été signés.

La démarche partenariale et les contrats signés se caractérisent ainsi par :

- la mise en place d'une méthode régionale d'élaboration du contrat Local et de suivi des actions opérationnelles
- un réel apport de cette approche dans la co-construction des priorités de santé d'un territoire et d'une meilleure connaissance des acteurs entre eux
- un périmètre territorial : 2 communautés de commune : Ile rousse et Cinque piève di Balagna (aujourd'hui fusionnées) et 9 communes : Calvi, Bastia, Ghisonaccia, Porto Vecchio, Sartène, Ajaccio, Bonifacio, Cargèse et Piana
- une gouvernance reposant sur des instances de concertation interne - COPIL des CLS- ou réglementaire - deux commissions de coordination des politiques publiques – qui n'ont pu développer une action concertée. Plus récemment, les 2 conseils territoriaux de santé mis en place sont les lieux d'expression et de participation des différents acteurs impliqués dans la santé sur les territoires de démocratie sanitaire (TDS)
- des actions retenues privilégiant certaines approches populationnelles (personnes âgées, jeunes) et des interventions relatives aux déterminants de santé (alcools, tabac et conduite à risque)

Une démarche qui se solde également par des constats plus critiques :

- une gouvernance « éparpillée » entre plusieurs instances, sans réelle coordination et partage des informations et procédures ;
- une difficulté parfois à trouver des personnes ressources, « garantes » de la réussite des actions ;
- un financement quasi exclusivement assuré par le fond d'intervention régional (FIR) de la santé au montant limité (certaines actions devenant récurrentes pour répondre à un besoin avéré) ;
- une couverture territoriale partielle (avec des CLS non ou peu actifs).
- une difficulté d'ancrer les CLS dans un contexte d'interventions multiples sur le terrain, par des acteurs institutionnels différents et complémentaires (information des partenaires, mise en cohérence avec les actions de la CdC et de l'Etat et dynamique d'implication des usagers et des URPS) ;

L'Instance Régionale de Pilotage

Dans le cadre de l'organisation de l'accès aux soins du premier recours, une instance régionale de pilotage associant l'ARS, l'Etat et la CdC a été mise en place, afin de développer l'exercice coordonné par la création de maisons et pôles de santé pluri professionnels, d'impulser et accompagner des projets territoriaux de santé, favoriser les stages d'internat en médecine générale dans les territoires en difficulté, accompagner le développement de la télémédecine et des systèmes d'informations partagés. (cf. Titre I. chapitre 2).

Le bilan de cette dynamique partenariale, bien que positif, nécessite néanmoins de potentialiser ces acquis dans une démarche plus transversale.

Cela passe par la mise en œuvre de projets territoriaux de santé efficaces sur la base d'un renforcement des coopérations avec les partenaires institutionnels - CdC et préfecture (contrat de ruralité/ FNADT/ CPER/FEADER..) et Assurance Maladie (zonage pour les ML, développement de la fibre, renforcement des moyens de fonctionnement).

L'Expérimentation PAERPA : population cible : les personnes âgées de + de 75 ans en risque de perte d'autonomie sur le territoire de Haute Corse (cf. parcours bien vieillir)

Le parcours santé des aînés, (PAERPA : Personnes âgées en risque de perte d'autonomie) a été officiellement lancé en Haute- Corse à titre expérimental en 2016, à l'initiative de l'ARS, en lien étroit avec l'ex-conseil départemental de la Haute- Corse, les unions régionales des professionnels de santé, la caisse primaire d'assurance maladie, la Carsat, le centre hospitalier de Bastia et le réseau RIVAGE (réseau interprofessionnel voué à la personne âgée).

Cette démarche territorialisée mobilise tous les acteurs de proximité, qui interviennent dans le parcours de santé de la population cible des personnes âgées, autour de deux marqueurs essentiels :

- améliorer la qualité de vie des personnes âgées et des aidants ;
- adapter les pratiques professionnelles des professionnels intervenant pour une coordination des actions au service d'une réponse adaptée aux besoins identifiés des personnes âgées.

Les axes de la territorialisation

La déclinaison territoriale des politiques publiques s'articule autour de quatre préalables : la définition de l'animation territoriale, les territoires de référence retenus, la mise en évidence des enjeux et la méthodologie.

Essai de définition de l'animation territoriale

La stratégie nationale de santé (SNS) précise que les ARS en lien avec les professionnels, les établissements, les collectivités territoriales et les instances de démocratie sanitaire « ont la responsabilité d'encourager les initiatives locales de coopération, d'accompagner la création d'organisations innovantes et d'offrir aux patients un parcours fluide, optimisant la qualité de prise en charge à chaque étape ».

L'animation territoriale est une dynamique à la fois de mobilisation et d'accompagnement des « forces vives » locales, sur un périmètre géographique pertinent, permettant de croiser les besoins de santé de la population locale et la recherche d'une organisation efficiente des acteurs de santé.

La démarche de co-construction doit s'adapter au terrain selon une méthode ascendante dite « Bottom Up », avec l'émergence de porteurs de projets et la mise en œuvre de projets spécifiques et adaptés aux besoins des acteurs et usagers. Ce travail partagé doit prendre en compte la faisabilité des actions au niveau règlementaire et financier, dans un souci de pragmatisme et d'efficacité.

Les territoires d'action :

- **les territoires de référence relatifs à la répartition des activités de soins, des équipements matériels lourds et à la biologie médicale**

En référence aux articles Art. R. 1434-30 et R. 1434-31 du code de la santé publique (CSP), le directeur général de l'agence régionale de santé arrête d'une part, les zones du schéma régional de santé donnant lieu à la répartition des activités de soins et des équipements matériels lourds (EML) et, d'autre part, les zones du schéma régional de santé définies pour l'application aux laboratoires de biologie médicale des règles de territorialité.

Pour ce faire, il prend en compte pour chaque activité de soins et EML les besoins de la population, l'offre existante et ses adaptations nécessaires ainsi que les évolutions techniques et scientifiques, la démographie des professionnels de santé et leur répartition, la cohérence entre les différentes activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation, enfin les coopérations entre acteurs de santé.

Les zones du schéma régional de santé, définies pour l'application aux laboratoires de biologie médicale Art. R. 1434-31 prennent en compte pour leur part l'accessibilité géographique des patients aux sites des laboratoires de biologie médicale en vue des prélèvements biologiques, la communication des résultats des analyses dans des délais

compatibles avec l'urgence ou les besoins et l'absence de risque d'atteinte à la continuité de l'offre de biologie médicale mentionnée à l'article L. 6222-3 du CSP.

Par arrêté du 22 octobre 2016, l'agence régionale de santé a défini la Corse comme territoire de référence, tant pour la répartition des activités de soins et des EML que pour la répartition des activités de biologie médicale.

- **les territoires de démocratie sanitaire (TDS)**

La loi de modernisation du système de santé a prévu, au sein de chaque région, la mise en place de territoires de démocratie sanitaire. Ces territoires infra régionaux ont deux objets :

- mettre en cohérence les projets ARS et ceux des acteurs de santé et des collectivités territoriales
- prendre en compte l'expression des acteurs et notamment celle des usagers

Ils doivent permettre le décloisonnement des politiques publiques, l'animation des acteurs et favoriser l'appropriation des politiques publiques par tous.

Au niveau de la Corse, deux TDS ont été définis par arrêté du 28 octobre 2016 : le CISMONTE regroupant le nord et le centre est de l'île et le PUMONTE regroupant le sud et l'ouest.

Dans chacun des TDS, un conseil territorial de santé a été installé, ayant pour mission de :

- veiller à conserver la spécificité des dispositifs et des démarches locales de santé,
- participer à la réalisation du diagnostic territorial partagé,
- contribuer à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du Projet Régional de Santé (PRS),
- contribuer au suivi des plateformes territoriales d'appui, contrats locaux de santé,
- donner un avis sur le projet territorial de santé mentale

- **Les territoires de projet de la CdC**

Dans le cadre notamment de ses compétences relatives à l'aménagement du territoire, la collectivité de Corse a souhaité définir des unités territoriales infra régionales d'action en s'appuyant sur les travaux de l'INSEE autour des bassins de vie unifiés.

Cette démarche a conduit à l'identification de neuf territoires de projet support des interventions de cette collectivité, notamment dans le cadre du PADDUC.

- pays bastiais
- pays de Balagne
- centre Corse
- Castagniccia-Mare e Monti
- plaine orientale
- ouest Corse
- pays ajaccien
- Taravo/Valinco/Sartenais
- extrême sud/Alta-Rocca

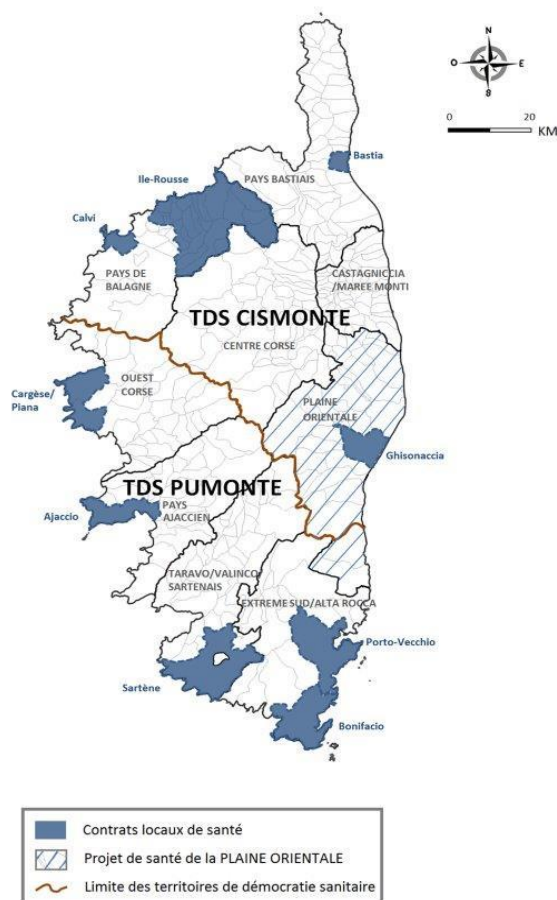
Au sein des deux TDS, une territorialisation plus fine de la mise en œuvre du PRS 2 pourra prendre appui sur le découpage de ces territoires de projets pour mettre en cohérence et favoriser la complémentarité des actions de l'ARS et celle de la collectivité de Corse

Au sein des 9 territoires, une attention particulière sera portée à la notion de « territoire vécu ».

L'impact de la ruralité sur l'organisation de la réponse aux besoins s'entend à la fois sur le maillage des services mais également sur les prises en compte des questions d'égalité d'accès aux soins et aux droits dans une réalité insulaire fortement marquée par les problèmes de mobilité-transports et de précarisation des populations.

Par ailleurs les actions territoriales de l'ARS rechercheront également la cohérence avec les actions des intercommunalités.

Démarches territoriales de santé



Mai 2018

Les enjeux

Cinq enjeux principaux ont pu être recensés :

Deux enjeux organisationnels

La coordination des acteurs de santé. Il s'agit de réunir les volontés, les qualifications et complémentarités autour de projets territoriaux de santé qui favorisent :

- la réalisation des objectifs et plans d'actions, et leurs évaluations dans le cadre de parcours de vie ; la participation des usagers à la définition de réponses adaptées et réalisables, permettant le maintien dans leur cadre de vie, aussi longtemps que possible ;
- la mobilisation des professionnels de santé autour d'un projet de santé dans un cadre formalisé et reconnu ;
- la mise en œuvre d'expérimentations (panier de soins, PAERPA...) au titre de l'article 51 de la LFSS ;

L'organisation de la gouvernance : l'ARS assure la gouvernance de la démarche territorialisée et transversale en santé avec :

- d'une part, un échelon stratégique définissant la stratégie de territorialisation au niveau régional, validant les projets territoriaux de santé (diagnostic et feuilles de route), prenant les décisions de financement, organisant l'expression de la démocratie sanitaire et assurant la réalisation de l'évaluation ;

- d'autre part, un échelon opérationnel au niveau des territoires, qui doit s'engager dans une démarche de co-construction avec les partenaires institutionnels, les professionnels du 1er recours, les usagers et les offreurs de santé, afin de susciter ou d'accompagner les projets de santé et d'assurer par la suite le suivi du déploiement des feuilles de route ;

Trois enjeux de fond :

La promotion de la santé, comme vecteur d'une approche intégrative, globale et coordonnée de la santé, alternative au « tout curatif » notamment en offrant un « panier de services » en matière d'accès aux dépistage, repérage précoce et réduction des risques ;

L'accès à la santé comme un levier important contribuant à la réduction de la précarité : la pauvreté concerne en Corse de plus en plus de personnes (**région métropolitaine avec le taux le plus élevé**). Elle touche particulièrement les personnes âgées, les plus jeunes, la ruralité, les zones à activité saisonnière ; déclarée enjeu prioritaire par la collectivité de Corse, elle génère ou exacerbe, en effet les problématiques de santé, ces dernières pouvant aussi entraîner certains usagers vers la précarité.

Le déplacement reste un enjeu majeur d'accès aux soins dans une île cloisonnée, développer et faire connaître des moyens de transports non médicalisés gratuits ou de faible coût est une priorité de la CdC dans son plan de lutte contre la précarité et la pauvreté.

La méthode

Pour assurer son rôle de pilote de l'animation territoriale en santé, l'ARS doit déployer une mission d'accompagnement pluridisciplinaire, à différents niveaux : dimension politique (démocratie sanitaire et coordination des politiques publiques), expertises technique et financière (conseil accompagnement des porteurs de projet, évaluation).

Cette mission pourrait s'appuyer sur :

- la mise en place d'un cadre formalisé contractuel fixant à la fois les principes généraux et le plan d'actions spécifique du micro-territoire : contrats locaux de santé, contrats territoriaux de santé ;
- le développement de compétences axées sur l'animation territoriale pour assurer l'écoute des usagers et acteurs, pour asseoir un diagnostic validé par tous et arrêter les actions prioritaires (vigilance sur le respect de l'intérêt général dans les échanges et décisions) ;
- la prise en compte du volet des ressources humaines : développement des compétences, besoins en formation ou en ingénierie et mise en relation de ceux-ci avec l'offre existante ou à rechercher ;
- le développement de la communication entre les infra-territoires, le territoire de démocratie sanitaire et le niveau régional
- le déploiement concomitant de l'e-santé, levier d'action essentiel dans la concrétisation des projets de coordination et l'accès à certains services.

Objectif stratégique N°1 du COS : appuyer les politiques de santé sur les socles de la prévention et de la promotion de la santé.

Objectif stratégique N°2 du COS : faire de l'utilisateur un acteur éclairé et actif du système de santé.

Objectif stratégique N°3 du COS : accompagner l'accès à la santé des plus fragiles dans une logique de parcours continu.

Objectif stratégique N°4 du COS : appuyer les politiques de santé sur les socles de la prévention et de la promotion de la santé.

Objectif stratégique N°6 du COS : soutenir l'intégration des pratiques innovantes en santé pour améliorer la qualité, la sécurité et l'accessibilité à la santé.

L'animation territoriale doit contribuer à favoriser l'accès à un système de santé gradué, innovante et de qualité. En s'appuyant sur les socles de la prévention et de la promotion de la santé, elle doit contribuer à faciliter l'accès à la santé des plus fragiles dans une logique de parcours continu et accompagner leur montée en compétence comme acteurs éclairés et actifs du système de santé.

Objectif opérationnel N°1 : améliorer la structuration et la gouvernance de l'animation territoriale.

Pour favoriser la lisibilité de l'organisation et le partage des politiques publiques dans les territoires ; pour développer une action coordonnée avec la collectivité de Corse et l'Etat et porter ensemble des projets territoriaux répondant aux besoins de la population.

Action N°1 : conforter le rôle de l'IRP (cf. titre I- chapitre 2 -objectif opérationnel n° 8 – action n°1)

Action N°2 : réaliser des diagnostics territoriaux, en lien avec la collectivité de Corse et l'Etat.

Ce diagnostic doit être partagé avec l'ensemble des acteurs du territoire, afin d'identifier collectivement les difficultés d'accès aux services de santé et de permettre une réponse coordonnée.

La notion de « panier de services » ou offre de santé socle (intégrant le domaine de la prévention et de la promotion de la santé) et son accessibilité (temps d'accès, transport, mobilité, innovation technologique, accessibilité financière..) sera intégrée systématiquement dans les projets territoriaux de santé déterminés à partir des diagnostics partagés et validés.

Pourquoi réaliser des diagnostics territoriaux à l'échelle des 9 territoires de projet ?

Si l'indicateur synthétique d'accessibilité potentielle localisée (APL) développé par la DREES et l'IRDES permet de cibler la difficulté d'accès au médecin généraliste, en prenant en compte la proximité et la disponibilité des médecins, il ne recense pas les différences d'état de santé de la population au-delà de la structure d'âge ainsi que les différences de niveau socio-économique de la population.

Pour bien agir il est important de bien connaître les caractéristiques propres de chaque territoire de proximité. La prise en compte des spécificités de ces territoires de proximité est gage d'une stratégie plus efficace pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

La réalisation de diagnostics territoriaux, à l'instar de celui réalisé en 2017 sur le territoire de la plaine orientale, doit contribuer à l'élaboration et la signature des contrats territoriaux de santé (CTS).

Action N°3: accompagner l'élaboration des projets territoriaux de santé qui pourront inclure un volet innovation en santé, tel qu'il est prévu dans l'article 51 de la LFSS de 2018 et s'appuieront sur les orientations du volet spécifique à la Corse de la Stratégie Nationale de Santé ainsi que sur les objectifs du plan d'égal accès aux soins.

Action N°4 : veiller, dans le cadre de la démarche d'élaboration des projets territoriaux, à l'interface avec les instances de démocratie sanitaire :

- la CRSA, lieu d'expression et de propositions ouvert à tous les acteurs de la santé ;
- les commissions spécialisées dont les deux commissions de coordination des politiques publiques (CCPP) compétentes dans les champs de la prévention et de la prise en charge et de l'accompagnement médico-social. Les CCPP permettront de faciliter la coordination de l'action des différents partenaires en assurant la recherche de complémentarités et de cofinancement entre les autorités compétentes ;
- les deux conseils territoriaux de santé qui contribuent à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du projet régional de santé, en particulier sur les dispositions concernant l'organisation des parcours de santé.

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre de diagnostics territoriaux réalisés et instruits par l'IRP
- ✓ nombre de projets territoriaux validés par l'IRP

Action N°5 : intégrer les projets territoriaux de santé à la politique d'aménagement des territoires.

Dans le cadre partenarial renforcé à travers l'IRP, la déclinaison régionale du plan pour renforcer l'accès territorial aux soins se doit d'être un programme d'actions partagées entre les composantes de l'IRP. Elle devra notamment s'articuler avec :

- le volet spécifique de la Corse inscrit dans SNS ;
- le Schéma d'Accompagnement, de Développement et de Protection de la Montagne (SADPM) ;
- le Plan d'Aménagement et de Développement Durable de la Corse (PADDUC) ;
- le Schéma Régional de Développement Economique, d'Innovation et d'Internationalisation (SRDEI) ;
- l'élaboration d'un plan de modernisation des infrastructures et des équipements pour garantir l'accès aux soins en Corse ;
- les réflexions engagées dans le cadre des dispositifs de soins de premier recours (CPTS, ESP) et des contrats territoriaux de santé (CTS) ;

- le volet santé des contrats locaux de santé (CLS).

Objectif opérationnel N°2 : animer les réseaux d'acteurs et conduire le changement :

- pour favoriser la mobilisation des professionnels autour d'un projet et l'organisation des parcours coordonnés, prenant en compte les besoins des usagers et les attentes des professionnels ;
- pour prendre en compte les spécificités insulaires, particulièrement la ruralité, l'enclavement, le taux élevé de pauvreté, les difficultés de déplacement, les problématiques démographiques (professionnels) et populationnelles (jeunes, personnes âgées).

Action N°1 : structurer un échelon opérationnel de proximité.

Les délégations territoriales seront associées pleinement dans le déploiement des projets de santé sur les territoires. Cet échelon favorisera la coordination des modalités d'intervention sur les territoires infra régionaux. Il doit prendre en compte tous les secteurs maillant le parcours de santé des individus.

Il assurera l'interface entre l'ARS et ses partenaires (institutionnels, usagers, professionnels..) de terrain.

Action N°2 : développer la fonction de référent/animateur territorial, chargé de coordonner un projet sur un territoire en mobilisant les personnes ressources et les acteurs de santé afin de construire des plans d'actions en proximité.

L'animateur/référent territorial pourra bénéficier d'un appui méthodologique.

Action N°3 : développer les outils de contractualisation coordonnés avec la Collectivité de Corse et les services de l'Etat (gouvernance, priorisation et coordination des actions, plan de financement, évaluation).

L'animation territoriale permet de mettre en œuvre les actions dans les infra-territoires au travers des contrats locaux et /ou des contrats territoriaux de santé.

Action N°4 : cartographier les financements et évaluer les résultats. La distinction entre financements pérennes et financements ponctuels spécifiques permet de finaliser la feuille de route du projet. Elle assure la soutenabilité du projet et permet de réorienter les financements en fonction des besoins, des priorités et du calendrier de réalisation.

Outre l'atteinte des objectifs en terme de fluidité du parcours et de satisfaction des usagers, l'évaluation des résultats portera également sur la relation coût-efficacité de la démarche engagée (rapport entre les personnes concernées –usagers et professionnels et les moyens déployés), dans une optique de modélisation et de répliquabilité du projet.

Indicateurs de suivi :

- ✓ quotité de travail temps/homme sur chaque territoire,
- ✓ nombre de réunions par type et territoire,
- ✓ nombre, type de contrats signés et qualité des signataires,
- ✓ nombre et qualité des acteurs mobilisés,
- ✓ types d'actions et volumes financés par territoire,
- ✓ niveau de satisfaction des usagers (évaluation ; étude d'impact).

TITRE II :
CONFORTER LA COHÉRENCE ET LA PERTINENCE DES
FILIÈRES DE SOINS ET D'ACCOMPAGNEMENT
MEDICO-SOCIAL

Chapitre 1 – L'évolution des filières de soins

1.1. La médecine

Diagnostic

Sources Scan Santé, SAE

408 lits d'hospitalisation complète (327 dans le secteur public et 81 dans le secteur privé) et 39 places d'hospitalisation partielle (12 dans le secteur public et 27 dans le secteur privé) étaient installés en Corse au 31/12/2015 (anomalie des données sur SAE 2016).

53 518 séjours de médecine (hors séances) ont été consommés par les patients de Corse en 2016.

Le taux de recours 2016 standardisé à la médecine en nombre de séjours pour 1000 habitants est de 156,21 pour la Corse, le taux de recours national de 160,72. A contrario, en 2011, ce taux de recours qui était de 162,88 en Corse était plus élevé que le taux de recours national (qui était alors de 151,74).

Le taux de fuite interrégional en médecine est de 15,5% en 2016. Concernant les séjours sans acte classant et sans nuitée le taux de fuite atteint 32,8 %. Ces taux restent relativement stables depuis 2010.

Comme lors du PRS1, ces fuites concernent encore majoritairement la rhumatologie, le système nerveux (hors cathétérisme vasculaire) et l'endocrinologie. En raison du nombre insuffisant de médecins dans les spécialités concernées, l'offre n'a pu se développer.

Constat après le PRS1 (points forts et points faibles) :

- développement de deux types de consultations avancées : des consultations avancées au sein des hôpitaux de proximité par des médecins libéraux ou des médecins hospitaliers (dermatologie, rhumatologie, pneumologie, endocrinologie).

Des consultations avancées réalisées par des médecins du continent au niveau des établissements de santé de Corse (médecine interne, maladies neuro musculaires, rhumatologie) ;

- soutien de l'ARS à l'agrément et au choix des terrains de stage en Corse pour l'accueil d'internes en médecine afin de favoriser les futurs recrutements médicaux : l'ARS de Corse a mis en place depuis 2012 une bourse de stage en établissement de santé en Corse pour les spécialités démographiquement déficitaires. Le montant de cette bourse est de 2000 euros par semestre depuis 2015. Toutefois, la Corse subit les conséquences de l'application du taux d'inadéquation de 7 % mis en place en 2015 (l'ouverture de terrains de stages en surnombre de 7 % par rapport au nombre d'internes au choix incite ces derniers à éviter les terrains de stages les plus éloignés géographiquement des facultés de médecine). Cette situation conduit, malgré l'augmentation du nombre de terrains de stages agréés en Corse, à une difficulté à les pourvoir.

- développement de l'hospitalisation de jour en médecine et réduction des fuites interrégionales : objectif insuffisamment atteint du fait notamment de recrutements médicaux insuffisants
Une grande partie des places d'hospitalisation de jour de l'île sont orientées sur la prise en charge de la pathologie cancéreuse en chimiothérapie. L'offre n'a pu être développée notamment en endocrinologie et rhumatologie (prévalence et incidence des maladies endocriniennes et rhumatologiques élevées) faute de recrutements médicaux.

Point particulier de la plaine orientale :

Ce territoire rural se caractérise par un temps d'accès à la structure hospitalière la plus proche supérieur à une heure. Il présente une démographie médicale légèrement inférieure à la moyenne régionale avec une part importante de médecins de plus de 60 ans.

L'ARS de Corse, en partenariat avec les élus, les professionnels de santé et les usagers a expertisé les besoins en santé de la Plaine Orientale afin de co-construire un projet de santé ayant pour objectif d'apporter une réponse adaptée et pérenne aux besoins de santé de ce territoire.

L'organisation proposée se composera d'une offre de premier recours assortie d'une offre hospitalière de médecine adossée à la structure de soins de suite et de réadaptation autorisée permettant d'éviter des ruptures de parcours de soins et des renoncements aux soins.

Objectif stratégique n°4 du COS : assurer un accès de proximité à un système de santé gradué et de qualité.

Objectif opérationnel N°1 : développement de l'hospitalisation de jour

Action N°1 : accompagnement des établissements de santé pour le développement des plateaux d'hospitalisation de jour

Action N°2 : réduction des fuites évitables : notamment par le développement d'actions en faveur des recrutements médicaux (cf. infra) et par une communication sur l'existant.

Indicateurs de suivi:

- ✓ taux de fuite inter régionaux en médecine
- ✓ nombre de journées d'hospitalisation de jour de médecine produites en Corse

Objectif opérationnel N°2 : amélioration de l'offre de proximité dans le maillage territorial

Action N°1 : implantation d'une autorisation de médecine en hospitalisation complète (5 lits) et en hospitalisation de jour (3 places) adossée à la structure de SSR de Prunelli di Fiumorbu.

Action N°2 : poursuite du développement des consultations avancées par partenariat intra-régional.

Indicateurs de suivi :

- ✓ mise en œuvre effective d'une autorisation d'activité de soins de médecine à Prunelli di Fiumorbu
- ✓ nombre et type de consultations avancées mises en place.

Objectif opérationnel N°3 : poursuite du développement des actions en faveur des recrutements médicaux dans les disciplines démographiquement déficitaires (accueil d'internes en médecine, assistants partagés...).

Action N°1 : poursuite de la mesure visant l'octroi d'une bourse pour les internes de spécialités démographiquement déficitaires.

Action N°2 : financement d'assistants partagés.

Indicateur de suivi :

- ✓ nombre d'internes annuellement accueillis en Corse,
- ✓ nombre d'assistants partagés

Objectif opérationnel N°4 : renforcement du partenariat inter-régional en matière de consultations avancées notamment avec des médecins de la région PACA

Action N°1 : signature de conventions inter établissements.

Indicateur de suivi :

- ✓ nombre et type de consultations avancées mises en place

Objectifs quantifiés (Implantations)

| Activité de soins | Nombre d'implantations existantes PRS1 | Suppression | Création | Nombre d'implantations cibles PRS 2 |
|-------------------|--|-------------|----------|-------------------------------------|
| Médecine | 13 | 1* | 1 | 13 |

*suite à l'installation du nouvel hôpital d'Ajaccio, les implantations relatives à l'activité de médecine du CH d'Ajaccio (site de la Miséricorde et site de l'hôpital Eugénie) seront regroupées sur une même implantation (site du nouvel hôpital)

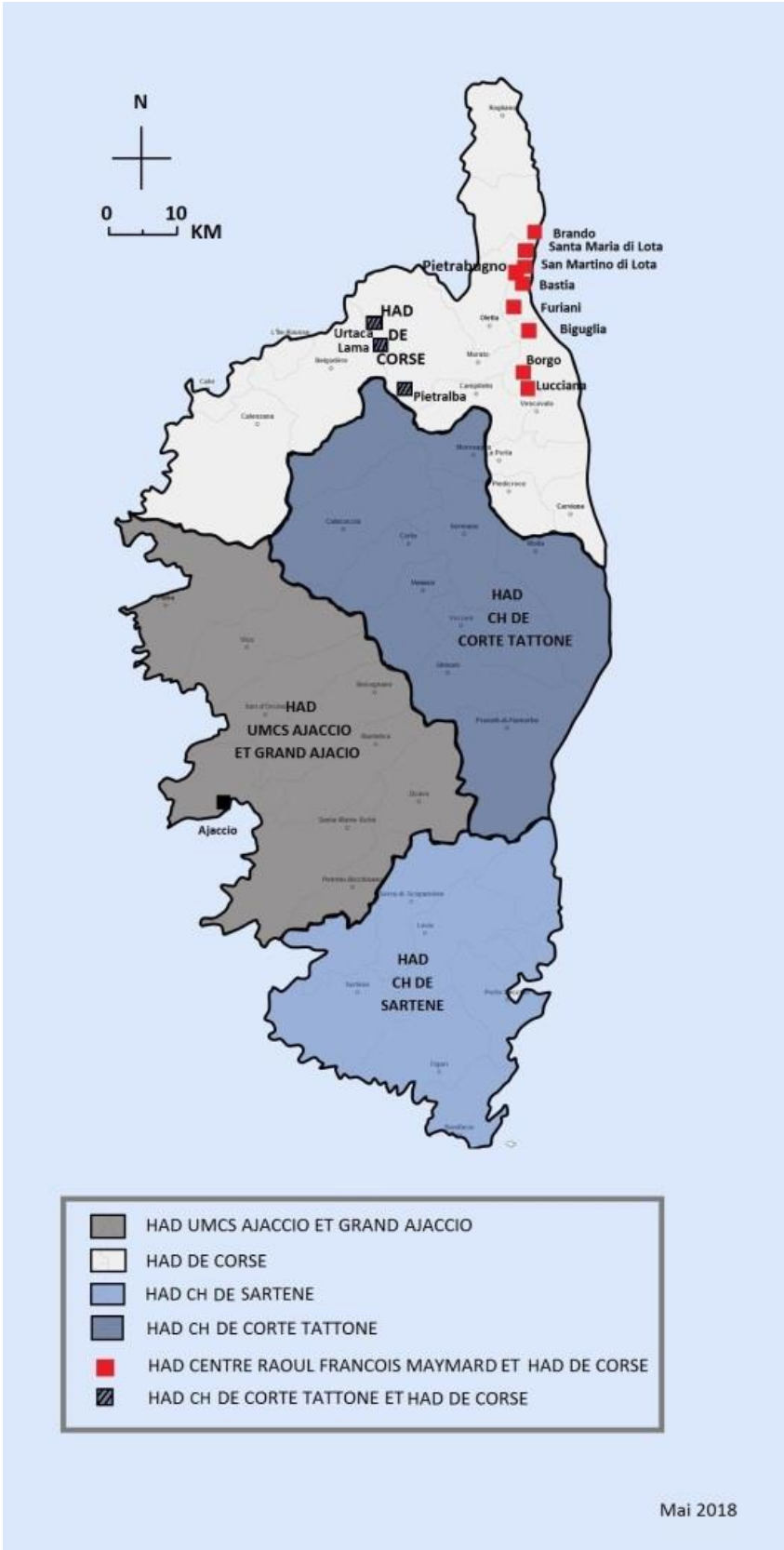
1.2. L'hospitalisation à domicile (HAD)

Diagnostic

En 2018, cinq structures d'HAD sont autorisées en Corse :

- 3 en Haute-Corse :
 - HAD de Corse (structure privée)
 - HAD Centre Raoul François Maynard (structure privée)
 - HAD du centre hospitalier intercommunal de Corte-Tattone (structure publique)
- 2 en Corse-du-Sud :
 - HAD Union des Mutuelles de Corse du Sud (UMCS)
 - HAD du centre hospitalier de Sartène (structure publique)

Carte des aires géographiques autorisées au jour de la publication du PRS2 :



La circulaire du 4 décembre 2013, relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile (HAD), précisait que :

- la recommandation de la circulaire du 31 décembre 2006 sur l'activité minimale (9000 journées/an) paraît insuffisante au vu des exigences et enjeux portés par la présente instruction.
- L'objectif précité de développement de l'activité d'HAD par substitution à l'hospitalisation conventionnelle doit conduire les territoires à se rapprocher d'un taux régional plancher de recours à l'HAD de 30-35 patients par jour pour 100 000 habitants .
- Une attention particulière sera portée au devenir des structures qui, en dépit d'un potentiel significatif, n'ont pu faire progresser le recours à l'HAD sur leur territoire. Sans engagement exprès de développement, elles ne pourront être considérées comme aptes à rendre efficacement le service attendu sur le territoire qui leur est dévolu et il faudra, dès que possible, en tirer les conséquences.
- Il est recommandé, pour des raisons de rationalisation de l'offre, de pallier d'éventuels défauts de couverture en privilégiant les extensions d'autorisation, voire la création de sites déconcentrés par une structure autorisée (antennes), plutôt que par de nouvelles créations.

Données d'activité régionales 2016 (sources e-pmsi ATIH, Scan Santé) :

- 34 436 journées d'HAD ont été produites par les cinq HAD autorisées de Corse (en 2011, 23 434 journées avaient été produites par les trois HAD autorisées).
- le nombre moyen de patients pris en charge par jour pour 100 000 habitants est de 29,1 (France entière 20,2).
- le taux brut de journées d'HAD pour 1000 journées d'hospitalisation complète (MCO + SSR) est de 69,7 (France entière = 46,2).
- la part des admissions en HAD faisant suite à une hospitalisation complète temps plein (MCO + SSR) est de 57,9 % (France entière = 63,1 %).
- la part des séjours en HAD réalisés au profit des résidents d'ESMS est de 4,2 % (France entière = 5,7 %).

Disparités régionales :

- les HAD contribuent de manière très hétérogène à la production de ce nombre de journées régionales : en effet, l'HAD qui a produit le plus de journées en 2016 dépasse les 11 000 journées, celle qui en produit le moins n'atteint pas 1400 journées annuelles. Par ailleurs, concernant les deux villes les plus peuplées de Corse, on constate que le nombre de journées produit sur Ajaccio est nettement moins élevé (presque deux fois moins) que celui produit sur Bastia.
- Enfin, certaines HAD sont plus polyvalentes que d'autres comme l'indiquent les tableaux présentant, par HAD, les trois modes de prise en charge principaux (MPP) les plus fréquents en 2016 :

A titre de comparaison, au niveau national, en 2016, les MPP les plus fréquents (représentant 61,5 % de l'activité nationale HAD) étaient :

- le MPP 09 (pansements complexes/stomies) = 1,363 million de journées (27,9 % des journées produites) ;
- le MPP 04 (soins palliatifs) = 1,199 million de journées (24,5% des journées produites)
- le MPP 14 (nursing lourd) = 446 000 journées (9,1 % des journées produites)

| Centre hospitalier de Sartène | Nb de journées de présence | % cumulatif nb de journées |
|--------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 04 - soins palliatifs | 1392 | 32,9 |
| 07 - prise en charge de la douleur | 1 137 | 59,8 |
| 01 - Assistance respiratoire | 305 | 67,0 |

| Centre hospitalier Intercommunal de Corte-Tattone | Nb de journées de présence | % cumulatif nb de journées |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 09 - pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées) | 401 | 30,3 |
| 15 - éducation du patient et de son entourage | 380 | 59,1 |
| 05 - soins palliatifs | 262 | 78,9 |

| HAD Polyclinique Maymard | Nb de journées de présence | % cumulatif nb de journées |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 04 - soins palliatifs | 5 014 | 47,3 |
| 13 - surveillance post chimiothérapique anticancéreuse | 2 926 | 74,9 |
| 14 - soins de nursing lourds | 1 546 | 89,5 |

| HAD de Corse | Nb de journées de présence | % cumulatif nb de journées |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 14 - soins de nursing lourds | 2 941 | 26,4 |
| 09 - pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées) | 2 928 | 52,8 |
| 13 – surveillance post chimiothérapie anti-cancéreuse | 1001 | 61,8 |

| HAD UMCS | Nb de journées de présence | % cumulatif nb de journées |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 14 - soins de nursing lourds | 1766 | 24,7 |
| 04 - soins palliatifs | 1192 | 41,3 |
| 09 - pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées) | 1 016 | 55,5 |

Constat après le PRS1 (points forts et points faibles) :

- amélioration du maillage régional par l'extension des aires géographiques d'intervention des HAD existantes : toutes les communes de Corse appartiennent désormais à l'aire géographique autorisée d'une HAD. Toutefois les prises en charge restent quantitativement hétérogènes en fonction des HAD et des zones desservies : si d'immenses progrès ont, par exemple, été réalisés dans l'Extrême Sud, sur d'autres zones il demeure difficile de pouvoir bénéficier d'une prise en charge en HAD.
Cette problématique concerne aussi bien certaines zones urbaines que semi rurales ou rurales : par exemple, une partie de la Plaine Orientale dépendant de l'HAD du CH de Corte Tattone, la Balagne du fait de la fermeture de l'antenne de l'HAD de Corse pour difficultés économiques, l'HAD de l'UMCS qui n'intervient qu'à Ajaccio et pas sur l'ensemble de son aire géographique autorisée ;
- amélioration de l'articulation HAD/secteur libéral : variable selon les HAD. Certaines HAD travaillent en parfaite harmonie avec les professionnels de santé libéraux, pour d'autres les relations sont plus complexes ;
- nombre de structure d'HAD élevé par rapport à sa population ; ce qui pose des problèmes de viabilité économique ;
- Insuffisance des temps de coordination médicale pour assurer un développement optimal des structures. De plus, les évolutions réglementaires du nouveau décret portant sur les conditions techniques de fonctionnement en HAD prévoient, tout en maintenant le rôle de référent du médecin traitant, un développement de l'intervention des médecins coordonnateurs d'HAD (notamment possibilité de prescription). Les HAD devront pouvoir recourir à un avis médical H24, sept jours sur sept (en dehors évidemment d'un recours systématique au SAMU).
- Nécessité d'une coordination médicale « forte » afin d'obtenir l'adhésion du secteur libéral (notamment dans un contexte de diminution du nombre de médecins traitants et de difficultés de PDSA sur certaines zones). C'est également ce qui constitue une des spécificités majeures d'une HAD par rapport à d'autres types d'intervenants (prestataires de service...).
- Interventions des HAD en EHPAD (comme au niveau national) encore trop limitées malgré de nombreuses conventions signées entre ces deux types de structures. Persistent une méconnaissance des modalités de financement de l'HAD de la part des EHPAD et parfois des réticences à travailler avec des équipes extérieures. Par ailleurs, les interventions dans les établissements médico-sociaux hors EHPAD sont inexistantes.

Objectif stratégique n° 4 du COS : assurer un accès de proximité à un système de santé gradué et de qualité.

Objectif opérationnel N°1 : améliorer le maillage territorial effectif

En termes d'autorisation, toutes les communes de Corse sont couvertes. Toutefois cela ne se traduit pas automatiquement par une possibilité de prise en charge effective et actuellement une partie des habitants de Corse n'accède pas à l'HAD. Pour remédier à cette situation il conviendra de :

Action N°1 : favoriser les rapprochements d'HAD existantes afin de renforcer leurs possibilités d'intervention et leur viabilité économique et éviter ainsi des ruptures de continuité de prise en charge pour la population.

Le nombre d'implantations ne devra pas augmenter. Au contraire, il conviendrait d'encourager de nouvelles organisations qui regrouperaient les acteurs en s'appuyant notamment sur les travaux des groupements hospitaliers de territoire (GHT).

Indicateur de suivi :

- ✓ nombre d'implantations

Action N°2 : maintenir et de développer la polyvalence des HAD.

Indicateur de suivi :

- ✓ suivi des modes de prise en charge principaux (MPP) et des modes de prise en charge associés (MPA) de chaque HAD.

Action N°3 : mettre en place un comité technique regroupant HAD, URPS, établissements de santé (autres que les HAD), réseaux et ARS. Ce comité sera chargé d'analyser les freins et d'identifier des leviers fédératifs afin de faire des propositions d'amélioration du maillage territorial. Une attention particulière sera portée aux zones non investies à ce jour.

Indicateur de suivi :

- ✓ nombre de réunions et propositions d'amélioration du maillage territorial.

Action N° 4 : favoriser le recours des HAD aux professionnels de santé libéraux qui sont des acteurs incontournables de la prise en charge à domicile. Il conviendra que les HAD et les professionnels de santé attachent une importance toute particulière à la qualité de leurs relations (les HAD devront notamment être vigilantes concernant les délais de paiement de ces professionnels qui devront eux-mêmes veiller à transmettre leurs justificatifs régulièrement).

Indicateur de suivi :

- ✓ suivi de la composition des équipes HAD

Action N°5 : renforcer les temps de coordination médicale aujourd'hui parfois insuffisants

Indicateur de suivi :

- ✓ contrats de travail des médecins coordonnateurs

Objectif opérationnel N°2 : s'assurer de la mise en œuvre des nouvelles conditions de fonctionnement prévues au décret du 5 mai 2017 et notamment :

- la capacité, à tout moment, d'intervention infirmière à domicile et la possibilité de recours à un avis médical, en interne ou en externe,
- la présence d'un assistant social à temps partiel,
- la possibilité de recourir à un psychologue.

Indicateurs de suivi :

- ✓ dossiers de renouvellement d'autorisation, visites de conformité, inspections

Objectif opérationnel N°3 : développer les interventions des HAD dans le secteur médico-social.

NB : la liste limitative des interventions des HAD en EHPAD a été supprimée en 2017.

Action N°1 : inscription du juste recours à l'HAD aux futurs CPOM des établissements et services médico-sociaux (ESMS)

Indicateur de suivi :

- ✓ nombre de CPOM d'ESMS comportant des objectifs de recours à l'HAD

Objectif opérationnel N°4 : favoriser le virage ambulatoire

Action N° 1 : favoriser le virage ambulatoire en développant les prescriptions d'HAD à partir des établissements MCO et SSR.

Indicateur de suivi :

- ✓ nombre de CPOM d'établissements MCO et SSR comportant des objectifs de recours à l'HAD.

Objectifs quantifiés (Implantations)

| Activité de soins | Nombre d'implantations existantes PRS1 | Suppression | Création | Nombre d'implantations cibles PRS 2 |
|-------------------|--|-------------|----------|-------------------------------------|
| HAD | 5 | 0 à 3* | 0 | 5 à 2* |

*en lien avec l'objectif opérationnel N°1 Action N°1.

1.3. Les soins palliatifs

Diagnostic

En 2018, sont autorisés en Corse :

Deux unités de soins palliatifs (USP) :

- ✓ une USP de huit lits au centre hospitalier d'Ajaccio (Corse du Sud)
- ✓ une USP de 12 lits à la clinique de Toga (Haute-Corse)

41 lits identifiés de soins palliatifs (LISP) :

- ✓ Haute-Corse : 16 lits
 - 6 lits au centre hospitalier de Bastia,
 - 6 lits à la clinique La Résidence (Raoul Maynard)
 - 4 lits au centre hospitalier Intercommunal de Corte Tattone
- ✓ Corse du Sud : 25 lits
 - 9 lits au centre hospitalier d'Ajaccio,
 - 8 lits au centre hospitalier de Castelluccio
 - 6 lits à SA Clinique d'Ajaccio
 - 2 lits au centre hospitalier de Sartène

Deux équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) :

- ✓ EMSP de Haute-Corse cogérée par le centre hospitalier de Bastia et la clinique la Résidence (Raoul Maynard)
- ✓ EMSP du centre hospitalier d'Ajaccio

Une équipe pluridisciplinaire de coordination soins palliatifs et douleur (EPCSD) au centre hospitalier de Sartène qui a débuté son activité en septembre 2012.

Un réseau de santé polyvalent (coordonnant notamment la prise en charge des soins palliatifs et de la douleur) est en place dans le Sartenais, l'Alta Rocca et le Valinco (réseau SARV).

Données d'activité régionales soins palliatifs concernant les codages PMSI MCO USP /LISP/hors LISP/ et données déclaratives EMSP/EPCSPD/réseau SARV les interventions à domicile :

En 2016, 1046 séjours de soins palliatifs ont été codés en MCO (dont 395 en USP, 582 en LISP, 69 hors LISP et hors USP) et 265 en HAD (source PMSI ATIH).

Les deux EMSP et l'EPCSPD de Corse sont intervenues, en 2016, auprès de 820 patients différents et ont réalisé 3479 interventions téléphoniques ou physiques.

Le réseau SARV est intervenu auprès de 22 patients au titre des soins palliatifs en 2015.

Les services d'hospitalisation à domicile (HAD) réalisent également une part importante des prises en charge en soins palliatifs : le MPP (Mode de Prise en charge Principal) 04 qui correspond aux soins palliatifs a représenté 24% des journées produites en HAD en 2016 (soit 8274 journées, source PMSI ATIH).

Les interventions à domicile des infirmiers diplômés d'état libéraux (IDEL) pour soins palliatifs sont nombreuses. Elles ont été estimées via les codages NGAP MCI⁴ (mais ce codage concerne aussi les pansements complexes, sont précisés ci-dessous le nombre de MCI avec et le nombre MCI sans AMI4 associé pour améliorer la spécificité).

Dénombrément des cotations MCI réalisées par les IDEL de Corse pour les assurés de Corse ; date de remboursement année 2016, source : SIAM- ERASME Régime Général :

| | MCI sans AMI 4 | MCI avec AMI 4 |
|--------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| CPAM Corse-du-Sud | 53 629 | 31 094 |
| CPAM Haute-Corse | 53 777 | 41 804 |
| Total régional régime général | 107 406 | 72 898 |

Le diplôme universitaire (DU) de soins palliatifs a été mis en place depuis 2012 à l'Université de Corse.

Sur quatre promotions de 2012 à 2016, 46 personnes se sont inscrites, 40 ont été diplômées dont cinq médecins, quatre psychologues et 31 IDE

Constat après le PRS1 (points forts et points faibles) :

- Création d'une USP en Haute Corse
Ouverture d'une USP de 12 lits en Haute-Corse en 2015.
La mise à disposition d'une solution d'hébergement gratuite pour les familles au sein de cette USP est à souligner.
- Intervention des EMSP en EHPAD et au domicile des patients
Les renforts en personnel intervenus entre 2012 et 2016 dans les deux EMSP ont permis d'accroître les interventions à domicile et en EHPAD. Néanmoins, malgré ces renforts, les effectifs des EMSP demeurent encore actuellement en deçà des préconisations de la circulaire du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs ; ce qui limite les possibilités de développement des interventions à domicile et en EHPAD.
- Amélioration des connaissances des soignants concernant la prise en charge palliative pédiatrique : même si ce type de prise en charge concerne moins de dix enfants par an, il convient pour faire face à ces situations particulièrement dramatiques que soient développées des compétences pédiatriques au sein des EMSP corses qui s'appuieraient sur des coopérations avec des structures du continent concernant la formation de leurs personnels.
L'ARS de Corse a financé en 2016 des formations pour les deux EMSP.
- Accueil des étudiants dans les USP et les EMSP
L'USP de Corse du Sud a été agréée au titre du DESC de médecine palliative en 2015 ; l'USP de Haute-Corse a, quant à elle, été agréée en 2016 au titre de médecine générale. USP et EMSP sont également terrains de stages pour les personnels para-médicaux.

⁴ NGAP : nomenclature générale des actes professionnels
MCI : majoration de coordination infirmière

- L'organisation et l'utilisation des LISP
Elle demeure très hétérogène à la fois entre les établissements mais parfois aussi également entre les divers services d'un même établissement du fait d'une organisation mal formalisée dans certains services, parfois aussi d'une absence de référents suffisamment formés aux soins palliatifs et d'une absence de renfort en personnel par rapport à un lit standard. C'est pourquoi à l'avenir l'accent sera plutôt porté sur le renfort des EMSP et des USP.
Toutefois, une attention particulière sera portée aux infra-territoires ne disposant d'aucun LISP (Balagne, Plaine Orientale...).
- Dans une grande partie des établissements de Corse, l'accès aux LISP n'est quasiment jamais direct mais se fait le plus souvent après passage par un service d'accueil des urgences. L'absence de possibilité d'accès au dossier médical du patient la nuit et le week-end est un des freins à l'accueil direct dans ces lits : réticence du personnel des services où sont situés les LISP à recevoir des patients dont ils ne connaissent pas la prise en charge antérieure. Le développement du dossier médical partagé (DMP) devrait permettre de remédier à ce problème.
- Par ailleurs, la dispersion de ces lits dans les différents services d'un même établissement ainsi que leur absence de matérialisation claire ne facilite pas non plus leur utilisation : ainsi on retrouve fréquemment dans certains établissements de l'île la réalisation de soins palliatifs hors des lits identifiés de cet établissement.
- Le codage PMSI des soins palliatifs :
Entre 2012 et 2016, apparaissent de nombreux sous codages des soins palliatifs au niveau du PMSI. C'est pourquoi les données d'activité régionales concernant les soins palliatifs sont à interpréter avec prudence.

Objectif stratégique n°3 du COS : accompagner l'accès à la santé des plus fragiles dans une logique de parcours continu.
Objectif stratégique n°4 du COS : assurer un accès de proximité à un système de santé gradué et de qualité.

Objectif opérationnel N°1 : renforcer les effectifs des USP et EMSP afin d'atteindre, à minima, les effectifs préconisés par la circulaire du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs pour permettre aux USP et EMSP de fonctionner dans de meilleures conditions et pour les EMSP de pouvoir prendre en charge plus de patients notamment au domicile et ce quel que soit le lieu de résidence du patient en Corse.

Action N°1 : s'assurer de l'utilisation optimale des crédits actuellement alloués.

Action N°2 : poursuivre le développement des formations en soins palliatifs.

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre d'ETP de chaque catégorie professionnelle présents au sein des EMSP et USP
- ✓ nombre de professionnels de santé exerçant en Corse titulaires d'une formation diplômante en soins palliatifs

Objectif opérationnel N°2 : étudier la mise en place d'une coordination afin d'organiser et de fluidifier le parcours patient entre secteur libéral, HAD, hospitalisation « classique », établissements sociaux et médico-sociaux.

NB : la coordination devra également concerner les retours des patients depuis le continent vers la Corse.

Action N°1 : la mise en place un groupe de travail pour proposer les modalités de fonctionnement d'une coordination afin d'organiser le parcours patient soins palliatifs entre secteur sanitaire, secteur médico-social et secteur libéral. Les modalités de cette coordination seront définies en partenariat entre l'ARS et les acteurs de terrain via des groupes de travail dédiés.

Indicateurs de suivi :

- ✓ définition des modalités d'organisation de la coordination
- ✓ nombre de suivis de coordination

Objectif opérationnel N°3 : augmenter le nombre de lits de l'USP de Corse du Sud.

Action N°1 : extension de l'actuelle USP du centre hospitalier d'Ajaccio

Cible : 12 lits.

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre effectif de places en USP en Corse du Sud et date effective de mise en œuvre

Objectif opérationnel N°4 : généraliser l'utilisation de la fiche actuellement dénommée « SAMU/PALLIA » afin d'améliorer les parcours de soins des patients en soins palliatifs lors de recours à des services d'urgence (tout en veillant à la sécurisation des échanges : au niveau national préconisation de transmission par messagerie sécurisée en santé ou DMP).

Action N°1 : Généralisation de l'utilisation de la fiche « SAMU /PALLIA » dans l'ensemble de la Corse.

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre de patients pris en charge par EMSP et USP disposant d'une fiche SAMU/PALLIA

Objectif opérationnel N°5 : travailler à l'élaboration d'un protocole relatif aux modalités de retour en Corse des patients en soins palliatifs hospitalisés sur le continent

Ces situations sont peu nombreuses mais peuvent s'avérer très délicates à gérer et inconfortables pour les patients et leurs accompagnants si elles n'ont pas été correctement anticipées.

Action N°1 : mise en place du groupe de travail

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre de patients en soins palliatifs hospitalisés sur le continent dont le retour en Corse a été coordonné
- ✓ délai d'attente entre demande de retour et retour effectif
- ✓ moyen de transport employé

1.4. La prise en charge de la douleur chronique

Constat après le PRS1 (points forts et points faibles) :

- Réalisation d'un maillage de prise en charge de la douleur chronique en créant des consultations d'étude et de traitement de la douleur chronique dans le respect du cahier des charges de l'instruction DGOS du 19 mai 2011 : labellisation d'une structure d'étude et de traitement de la douleur chronique (SDC) de type consultation au centre hospitalier d'Ajaccio en 2013 avec un démarrage effectif d'activité en 2016, année au cours de laquelle, plus de 1000 consultations ont été réalisées par cette SDC. Cette labellisation est le résultat de la réussite du partenariat public/privé ; les coopérations associant interventions de personnels salariés et de libéraux au sein des SDC doivent être encouragées.
- Absence de mise en place de consultations douleur chronique avancées en Haute-Corse : un appel à candidature pour la labellisation d'une structure douleur chronique de type consultations en Haute-Corse a été effectué au dernier trimestre 2016 ; la candidature de la Polyclinique Maynard à Bastia a été retenue mais n'a pu aboutir.
- La nécessité de réaliser les formations diplômantes douleur en dehors de Corse (absence de diplôme universitaire relatif à la douleur chronique à l'Université de Corse) peut constituer un frein à la formation des personnels.

Objectif stratégique N°4 du COS : assurer un accès de proximité à un système de santé gradué et de qualité

Objectif opérationnel N°1 : renforcement du maillage territorial

Action N°1 : mise en place d'une structure « douleur chronique » de type consultations en Haute-Corse.

Indicateurs de suivi :

- ✓ Mise en place effective de la structure

Action N°2 : étudier la faisabilité de déployer les consultations avancées à partir des deux structures labellisées de Corse en Balagne, dans le Cortenais, en Plaine Orientale et dans l'Extrême Sud. Il convient d'envisager des coopérations au sein des établissements de santé, des centres de santé ou maisons de santé pluriprofessionnelles à fréquence régulière en s'appuyant si possible également sur des ressources locales qualifiées en sus des ressources des structures mères.

Indicateurs de suivi :

- ✓ mise en place effective des consultations avancées, fréquence et nombre de consultations, nombre de patients pris en charge

Objectif opérationnel N°2 : prise en charge de la douleur chronique de l'enfant et de l'adolescent.

Action N°1 : réalisation de formations à la prise en charge de l'enfant douloureux chronique à destination des soignants travaillant au sein des consultations d'étude et de traitement de la douleur chronique.

Dans le cadre de la polyvalence prévue pour les SDC de type consultations, ces soignants doivent être en mesure d'assurer les prises en charge « simples » de l'enfant douloureux ainsi que le premier diagnostic dans les situations complexes avant orientation, si besoin, vers une SDC extra régionale spécialisée dans la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent.

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre de professionnels des SDC formés,

- ✓ nombre de formations suivies,
- ✓ nombre d'enfants pris en charge.

Objectif opérationnel N°3 : développement des possibilités de recours à des avis médicaux spécialisés (rhumatologie, psychiatrie, pédiatrie...)

Action N°1 : mise en place de conventions (intra ou extra régionales) ou de procédures, notamment par télémédecine, pour faciliter les recours aux avis spécialisés.

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre de conventions ou procédures mises en place
- ✓ délai moyen d'attente pour un rendez-vous par type de spécialité.

Objectif opérationnel N°4 : mise en place de réunions de concertation pluriprofessionnelles (RCP) pour les cas les plus complexes

Action N°1 : mise en place de RCP régionales ou extra régionales en fonction des cas.

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre de RCP organisées,
- ✓ nombre et types de participants associés.

1.5. La chirurgie

Diagnostic

Concernant l'activité de soins de chirurgie en Corse, l'analyse des données PMSI met en évidence une baisse constante du recours à la chirurgie depuis 2012 avec un taux de recours (standardisé nombre de séjours pour 1000 habitants) passant de 106.33 en 2011/population 2009 à 102.79 en 2015/ population 2013 (taux de recours national 98,68).

On constate qu'un séjour sur deux est réalisé en ambulatoire et le nombre de séjours en hospitalisation complète est en diminution de - 1.9 % à l'identique de la tendance nationale avec toutefois un allongement de ces séjours (+ 0.8% contre -4.2% au niveau national). Les données sont reprises de manière détaillée dans le tableau ci-après :

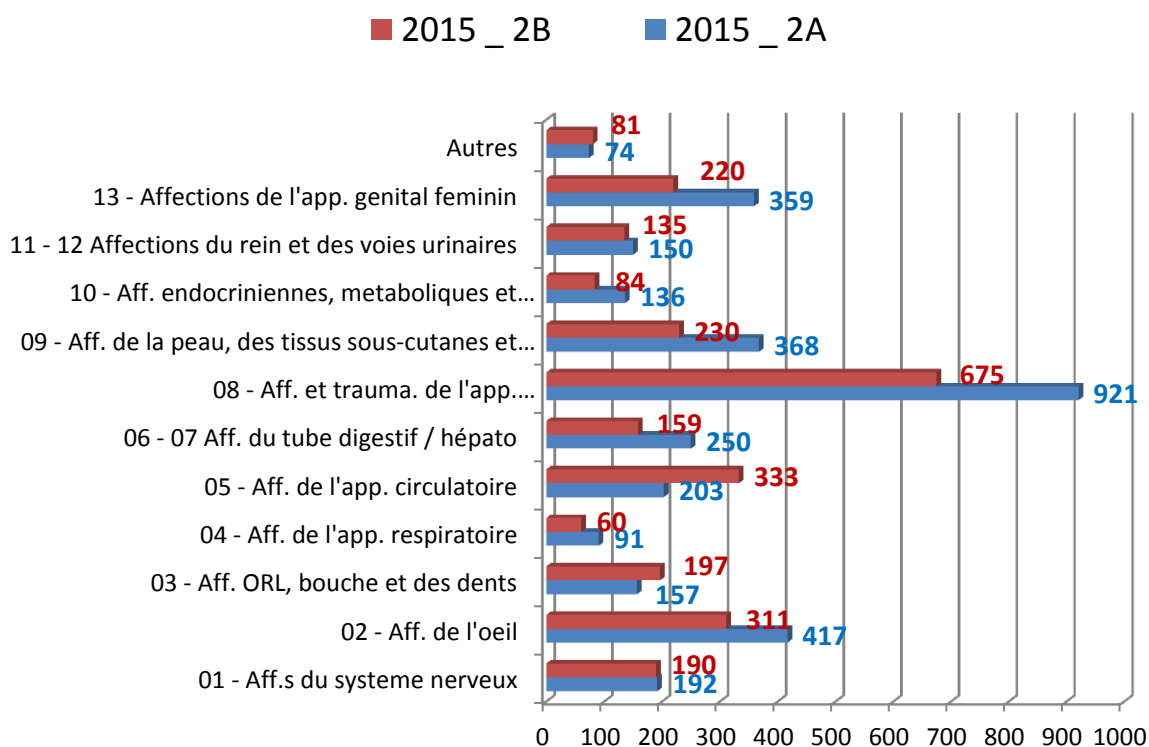
| | Séjours | | | Journées d'hospitalisation | | |
|---|------------------------|---|--------------------------|----------------------------|---|--------------------------|
| | Nombre de séjours 2015 | Evolution nombre de séjours 2014/2015 CORSE | Evolution France entière | Nombre de journées 2015 | Evolution du nombre de journées 2014/2015 CORSE | Evolution France entière |
| <i>Séjours en milliers (hors séances)/ Nombre de journées en milliers</i> | | | | | | |
| Chirurgie ambulatoire | 12 533 | +0,7% | +5,9% | 12 533 | +0,7% | +5,9% |
| Chirurgie non ambulatoire | 12 747 | -1,9% | -3,2% | 82 416 | +0,8% | -4,2% |
| Total chirurgie | 25 280 | -0,7% | +0,9% | 94 949 | +0,7% | -3,1% |

Source : PMSI MCO, fiche régionale Scan santé

Les 5 premières catégories majeures de diagnostic sont représentées par :

- 25 % pour les affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif ;
- 19 % pour les affections de l'œil ;
- 11,8 % pour les affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins ;
- 9,20 % pour les affections du tube digestif ;
- 8,9 % pour les affections du rein et des voies urinaires.

Le taux de fuite régional est stable sur la durée du PRS 1: 17,2% en 2015 contre 17,1% en 2012 avec des taux de fuite différenciés selon le département de résidence du patient ; en 2015 le taux de fuite pour les résidents de Corse-du-Sud était de 20,2% et de 14.5 % pour les résidents de Haute-Corse. Le comparatif des fuites selon les CMD et le lieu de résidence du patient est repris dans le diagramme ci-joint :



Source : PMSI 2015- ARS

- l'unité est le séjour hors région Corse,
- en rouge les séjours des patients résidant en 2B
- en bleu les séjours des patients résidant en 2A
- la ventilation des séjours est réalisée par CMD permettant une approche par spécialité.

Le virage ambulatoire

La Corse a amorcé son changement de paradigme dans le cadre de la chirurgie ambulatoire avec un taux de séjours en ambulatoire de 54,8% pour les données 2015 et 55,9% pour l'année 2016 dépassant les objectifs prévus à la fin du PRS1. Le virage ambulatoire est la conjonction de plusieurs actions : regroupement des plateaux techniques chirurgicaux des établissements privés en Haute-Corse, implication des directions des établissements de santé quel que soit leur statut, contractualisation d'une annexe spécifique à la chirurgie ambulatoire dans les CPOM ARS/établissement de santé, sensibilisation des établissements de santé sur leur potentiel de substitution et leur degré de maturité lors de rencontres au sein des structures en binôme ARS-Assurance Maladie et la diffusion d'un appel à projet régional soutenu financièrement ayant permis l'accompagnement en 2016 de quatre établissements de santé : 2 publics, 2 privés.

La gradation des soins

Concernant la gradation des prises en charge dans une région ne possédant pas de centre hospitalier universitaire, elle a été amorcée dans des disciplines en difficulté. C'est le cas de la chirurgie pédiatrique, notamment en horaire de permanence des soins en établissement de santé (PDSES), et en particulier pour le jeune enfant. Pour cette spécialité deux professionnels de santé ont rejoint les équipes hospitalières, un par département, afin de conforter cette prise en charge au sein des établissements recours pour la pédiatrie.

Les actions qui n'ont pu être mises en œuvre :

- la création du centre spécialisé obésité, coordonnateur de la filière bariatrique ;
- l'analyse des taux de recours atypiques sur le volet chirurgie.

C'est sur ce constat que le volet chirurgie du PRS 2 s'est construit avec une articulation autour de 6 axes :

1er axe : poursuivre le développement de la chirurgie ambulatoire et accompagner les pratiques innovantes pour les établissements de santé les plus avancés et volontaires pour le déploiement de la récupération améliorée après la chirurgie dans une logique de « mieux soigner et moins héberger » ;

2^{ème} axe : maintenir les effectifs ressources humaines et rendre attractif la Corse par la structuration des filières ;

3^{ème} axe : assurer une efficacité des plateaux techniques ;

4^{ème} axe : favoriser le lien avec la ville en développant les outils de communication (MSS, DMP, FL⁵) et avec les structures d'exercice coordonné pour les patients les plus éloignés et en s'appuyant sur la télémédecine et la e-santé y compris dans son volet innovation ;

5^{ème} axe : relayer les actions de communication grand public sur les avantages de la prise en charge ambulatoire afin d'accompagner le changement de paradigme sur l'hébergement en structure de soins ;

6^{ème} axe : disposer de données d'activité y compris pour l'activité réalisée en hors région permettant une vision analytique et prospective pour cette thématique et partagée avec les opérateurs.

Objectif stratégique n°4 du COS : assurer un accès de proximité à un système de santé gradué et de qualité.

Objectif stratégique n°7 du COS : développer une politique de ressources humaines favorisant l'accès à des soins de qualité et à une offre innovante.

Il s'agit d'inscrire l'activité de soins de chirurgie dans une logique de « mieux soigner moins héberger » en sécurisant l'amont et l'aval et en pérennisant les ressources humaines par un renforcement de l'attractivité de certaines filières plus spécialisées.

Objectif opérationnel N°1 : accompagner les transformations organisationnelles et la prise en charge globale favorisant le rétablissement précoce des capacités après la chirurgie.

Le parcours chirurgie peut se décrire selon le processus suivant :

⁵ MSS : messagerie sécurisée en santé, DMP : dossier médical partagé, FL : fiche de liaison



La réduction du temps en service de soins nécessite une coordination des acteurs en amont, pendant et en aval du temps hospitalier (public et privé) et une prise en charge par des équipes constituées a minima de chirurgien, anesthésiste réanimateur et para médicaux (infirmiers et/ou masseurs kinésithérapeutes).

Que ce soit en ambulatoire (entrée sortie le même jour et retour au domicile) ou sur un séjour avec une durée ajustée au strict besoin du patient, la rédaction de chemin clinique permet de sécuriser cette prise en charge et d'engager chaque professionnel de santé dans la lutte contre les facteurs retardant la récupération du patient, ce dernier peut alors devenir acteur de sa prise en charge.

Selon la synthèse du rapport d'orientation de l'HAS de juin 2016 concernant les programmes de récupération améliorée après chirurgie (RAAC), ces transformations organisationnelles s'articulent autour 5 points clés :

- l'information et la formation du patient ;
- l'anticipation de l'organisation des soins et la sortie du patient (situation de vie, interface hôpital-ville-domicile) ;
- minimiser les conséquences du stress chirurgical ;
- contrôler la douleur dans toutes les situations ;
- favoriser et stimuler l'autonomie des patients.

De nombreux outils contribuent à accompagner ce changement de paradigme : les publications de la HAS et de l'ANAP et les programmes PRADO de l'assurance maladie.

Ces transformations organisationnelles ont pour objectif de lutter contre la non pertinence des journées d'hospitalisation. Elles permettent un saut qualitatif dans la prise en charge par le développement des techniques moins invasives, en assurant un environnement plus favorable au retour à domicile (prise en charge de la douleur, limitation des nausées et vomissements post-opératoires) et une fluidité des prises en charge avec des interfaces ville-établissement de santé facilitées par des prises en charge en équipe et l'utilisation des nouvelles technologies de la e-santé (télésurveillance des patients en post opératoire).

Ces transformations organisationnelles devraient conduire à une meilleure satisfaction des usagers.

Pour les patients nécessitant un continuum de prise en charge hospitalière, le dispositif de sorties anticipées par l'HAD permet pour certains actes (hystérectomies, résections rectales, interventions majeures grêle et colon, fractures du fémur chez la personne âgée, chirurgie de la scoliose et prothèse totale de genou) de réduire la durée d'hospitalisation en MCO.

Action N°1 :

- poursuivre l'accompagnement sur les potentiels de substitution de l'hospitalisation complète en ambulatoire conjointement avec l'assurance maladie en intégrant les actes semi programmés et soutenir les établissements les plus innovants en matière d'organisation ;
- prendre en compte la maturité organisationnelle et le taux de chirurgie ambulatoire des établissements de santé pour leur contribution à l'atteinte de la cible régionale.

Action N°2 : favoriser la mise en œuvre des programmes de récupération améliorée après chirurgie par des appels à projet en Corse afin de soutenir les établissements de santé les plus volontaires. Ces appels à projet intégreront la dimension de couverture territoriale et le lien avec la ville et les structures d'exercice coordonné pour les patients les plus éloignés en développant les outils de communications (MSS, DMP, FL) et en s'appuyant sur la télémédecine et la e-santé y compris dans son volet innovation.

Action N°3 : relayer les actions de communication grand public sur les avantages de la prise en charge ambulatoire afin d'accompagner le changement de paradigme sur l'hébergement en structures de soins et permettre au patient de devenir acteur de sa prise en charge par une information préopératoire et en obtenant son adhésion.

Indicateurs de suivi :

- ✓ suivi du taux de chirurgie ambulatoire pour la région et par établissement de santé
- ✓ suivi des établissements de santé engagés dans le RAAC
- ✓ suivi des programmes PRADO
- ✓ nombre de projets accompagnés

Objectif opérationnel N°2 : mettre en œuvre la structuration de certaines filières chirurgicales.

Le schéma régional de santé a pour objectif «d'approfondir, de renforcer et de fluidifier les parcours de santé dans leur ensemble». La structuration des filières doit répondre à trois objectifs : sécuriser certaines prises en charge au regard de recommandations des sociétés savantes, assurer une animation des territoires et rendre plus attractives certaines spécialités pour les usagers contribuant ainsi à une réduction des fuites et pour les nouveaux professionnels de santé en permettant un exercice varié.

Les spécialités nécessitant une approche par filières sont :

- la chirurgie pédiatrique,
- la chirurgie bariatrique,
- la chirurgie de la main notamment en urgence.

➤ **La chirurgie pédiatrique**

La circulaire ministérielle du 28 octobre 2004 relative à l'élaboration des Schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) de l'enfant et adolescent définissait une gradation de prise en charge en chirurgie avec la définition de centres spécialisés ayant une unité de chirurgie pédiatrique et des établissements de proximité.

Les centres spécialisés ayant une unité de chirurgie pédiatrique font appel à des compétences médicales et assurent une permanence des soins. Ces structures comportent une équipe chirurgicale spécialisée et spécifique pouvant prendre en charge les enfants 24 h/24. Les chirurgiens ont une activité chirurgicale pédiatrique exclusive à orientation préférentielle orthopédique ou viscérale (digestif, génito-urinaire). Ils s'engagent à suivre une formation continue dans leur discipline. L'équipe d'anesthésie-réanimation comprend des praticiens ayant une expérience pédiatrique et assurant la prise en charge continue des enfants de moins de 3 ans.

L'activité de chirurgie pédiatrique (patients de 0 à 17 ans), analysée à partir de l'exploitation des bases PMSI entre 2013 et 2016, enregistre une baisse globale, que l'on raisonne en terme de production des établissements (1620 séjours en C en 2013 / 1303 en 2016) ou qu'il s'agisse des fuites sur le continent (383 séjours en C en 2013/ 273 en 2016).

La répartition des activités entre les différentes structures sur la Corse- du-Sud et la Haute-Corse pour les disciplines viscérale et orthopédique est reprise dans les tableaux ci-dessous selon le lieu de résidence du patient.

Résidents de Corse du Sud :

| | 2015 | | | | | 2014 | | | | |
|--------------------------|------|-----|-------------|--------|-------|------|-----|----|--------|-------|
| | CHA | 2A | Haute-Corse | fuites | total | CHA | 2A | 2B | fuites | total |
| Œil | 2 | 8 | 0 | 48 | 58 | 1 | 15 | 1 | 38 | 55 |
| ORL | 68 | 75 | 27 | 26 | 196 | 60 | 80 | 19 | 35 | 194 |
| digestif-génito-urinaire | 55 | 133 | 17 | 22 | 227 | 62 | 106 | 21 | 32 | 221 |

| | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|----|----|----|----|-----|----|----|---|----|-----|
| Affections musculo-squelettiques | 54 | 72 | 8 | 46 | 180 | 53 | 77 | 9 | 52 | 191 |
| autres | 30 | 31 | 16 | 30 | 107 | 20 | 47 | 9 | 44 | 120 |

Source PMSI

CHA : centre hospitalier d'Ajaccio

2A : Clinisud et Polyclinique du Sud de la Corse

Haute-Corse : tous les établissements de santé du département

fuites : prises en charge sur les établissements continentaux en majorité en PACA.

Le détail de l'activité d'orthopédie montre un case mix assez large d'interventions. Le focus âge pour les 0 à 4 ans met en évidence deux séjours pris en charge par les équipes du centre hospitalier d'Ajaccio. Concernant les affections génitales masculines, les séjours pour circoncisions représentent 63 séjours pour les établissements de santé privés de Corse-du-Sud versus 4 pour le secteur public.

Résidents de Haute Corse:

| | 2015 | | | | 2014 | | | |
|----------------------------------|------|-----|--------|-------|------|-----|--------|-------|
| | CHB | 2B | Fuites | total | CHB | 2B | fuites | total |
| Œil | 6 | 21 | 31 | 58 | 5 | 27 | 42 | 74 |
| ORL | 13 | 216 | 34 | 265 | 31 | 231 | 18 | 283 |
| digestif-génito-urinaire | 100 | 168 | 18 | 292 | 93 | 196 | 20 | 315 |
| Affections musculo-squelettiques | 50 | 88 | 33 | 177 | 55 | 109 | 58 | 231 |
| autres | 22 | 115 | 28 | 169 | 27 | 130 | 30 | 194 |

Source PMSI

CHB : centre hospitalier de Bastia

2B : clinique Filippi, polyclinique Maynard, polyclinique de Furiani

Fuites : prises en charge sur les établissements continentaux en majorité en PACA.

Le case mix en digestif et génito-urinaire montre une activité différente entre la structure publique et les structures privées où l'activité est représentée essentiellement par l'appendicectomie (50 séjours) et les circoncisions (52 séjours).

La Corse ne possède pas de centre spécialisé. Or, pendant le PRS 1 des recrutements de chirurgiens pédiatriques sont intervenus au sein des deux centres hospitaliers : un orthopédiste à Ajaccio et un viscéraliste à Bastia complétant l'offre existante (deux praticiens libéraux) et confortant la filière sur les deux services d'accueil des urgences des établissements recours en pédiatrie.

Ces nouveaux professionnels recrutés assurent une activité régionale puisqu'ils réalisent des consultations dans les deux centres hospitaliers ainsi que des actes de chirurgie sur les deux plateaux en fonction des disponibilités (ressources humaines et créneaux de bloc opératoire). Il est à noter que la réalisation des actes chirurgicaux pédiatriques nécessite un environnement anesthésique compatible avec les caractéristiques de l'enfant en s'appuyant sur des recommandations des sociétés savantes.

Dans ce contexte régional et au regard de nouveaux recrutements sur les deux grandes agglomérations, il convient de structurer la filière hors disciplines ORL et ophtalmologie rendant lisible cette dernière en interne et en externe avec un hébergement au sein des services de pédiatrie. Cette structuration permettrait de conforter la prise en charge sur le volet anesthésie et surveillance continue en l'absence de structure pédiatrique en Corse (absence de réanimation et de surveillance continue pédiatriques) pour des patients nécessitant soit un bref séjour soit une stabilisation avant transfert, organisation qui fait défaut aux professionnels insulaires.

Action N° 1 : mettre en place une organisation graduée de l'offre de soins s'articulant autour d'un « centre spécialisé régional » intégré au sein des deux centres hospitaliers, avec une collaboration avec les professionnels privés qui le souhaitent et en partenariat fort avec la région PACA permettant un rayonnement sur l'ensemble du territoire ; la mise en place d'un centre spécialisé n'exclut pas la prise en charge pédiatrique dans les établissements de santé sans unité de pédiatrie et ne disposant pas d'accueil H24 mais ayant des compétences en chirurgie pédiatrique.

Action N°2 : s'assurer de compétences en anesthésie réanimation pour la prise en charge des enfants de moins de 3 ans en lien avec les travaux sur les organisations prévus sur le volet soins critiques (objectif opérationnel 2 / action 1).

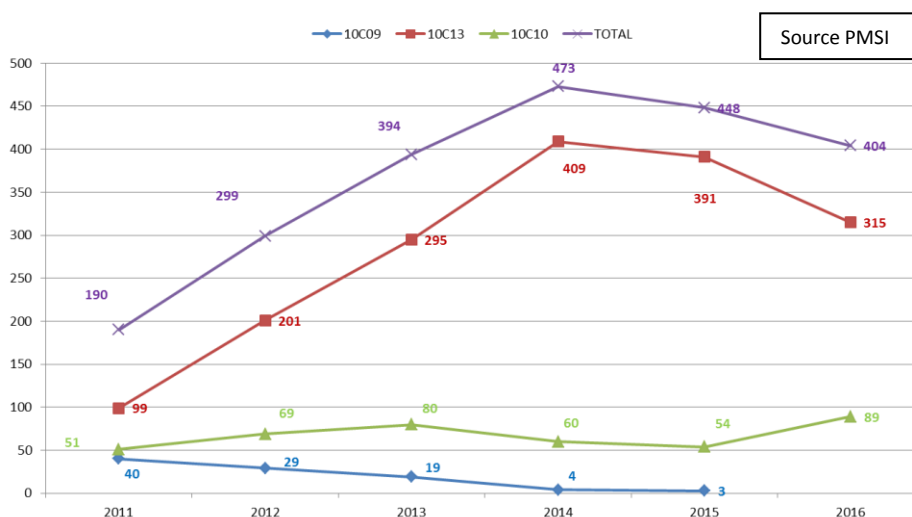
Indicateurs de suivi :

- ✓ mise en place du centre spécialisé chirurgie pédiatrique,
- ✓ suivi de l'activité permanence des soins en établissements de santé (PDES) en chirurgie pédiatrique.
- [La chirurgie bariatrique](#)

Le constat quantitatif :

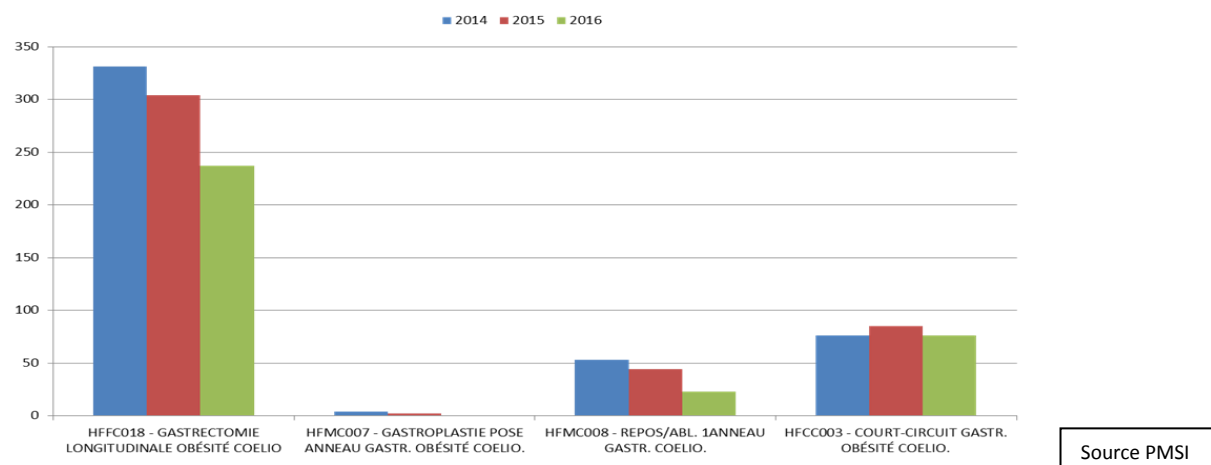
L'exploitation des bases PMSI pour les racines 10C09 (gastroplasties pour obésité), 10C13 (interventions digestives autres que les gastroplasties pour obésité) et 10C10 (autres interventions pour obésité) met en évidence à compter de 2015 une baisse du nombre de séjours dans les racines 10C09 et 10C13 et une augmentation des séjours dans la racine 10C10 qui regroupe les séjours concernant le repositionnement ou l'ablation d'un anneau gastrique.

Le diagramme ci-dessous reprend l'évolution des données depuis 2011 :



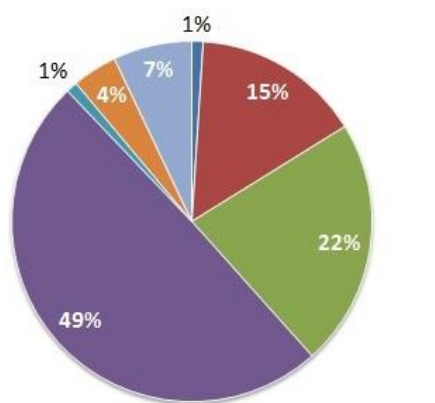
En 2015, le taux de recours standardisé (lissant effet population âge et sexe) pour la chirurgie bariatrique était de 1,22 en Corse pour un taux national à 0,73.

Concernant les actes les plus fréquents en Corse, on peut constater l'évolution suivante :

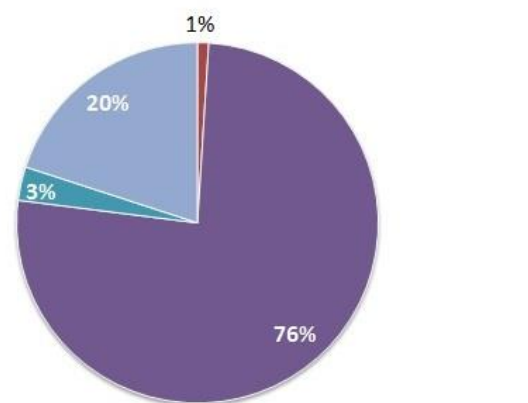


La répartition des deux actes les plus fréquents dans les établissements de santé producteurs est la suivante :

Focus HFFC018 :
gastrectomie longitudinale par cœlioscopie



Focus HFCC003 :
court-circuit gastrique cœlioscopie



- AQUITAINE-LIMOUSIN-POITOU-CHARENTES
- CLINISUD
- ILE-DE-FRANCE
- PACA

- CENTRE HOSPITALIER D'AJACCIO
- POLYCLINIQUE MAYMARD
- LANGUEDOC-ROUSSILLON-MIDI-PYRENEES

L'organisation en Corse :

Le constat sur la filière est le suivant :

- difficultés de collecte des données épidémiologiques en Corse,
- absence de structures de coordination (pas de réseau, pas de Centre Spécialisé Obésité- CSO),

- absence d'animation sur cette filière par l'absence de CSO,
- existence d'un établissement de soins de suite et de réadaptation (SSR) avec mention affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien (à vocation régionale),
- absence de dérogations tarifaires pour les diététiciens et psychologues en l'absence de réseau,
- autorisations des deux programmes d'éducation thérapeutique,
- mise en place des IPAQSS obésité en 2017,
- souhait d'implication par des opérateurs dans le domaine des transports.

Pour mémoire l'instruction ministérielle du 29 juillet 2011 précisait la mise œuvre du plan obésité 2010-2013 par les ARS. L'ambition de ce plan était de donner une lisibilité à l'organisation de l'offre de soins, accessible à tous et cohérente afin de renforcer la qualité et la sécurité des soins. L'organisation d'un recours spécialisé en établissement de santé respectant la logique de gradation des soins était prévue par la reconnaissance de centres spécialisés pour lesquels un cahier des charges a été produit. Les centres spécialisés ont deux missions principales :

- **prendre en charge l'obésité sévère** : les centres spécialisés interviennent pour les situations les plus complexes et les soins spécifiques. Ces centres disposent de l'expertise (nutrition, endocrinologie-métabolisme, psychologie, diététique...) et des équipements adaptés requis ;
- **promouvoir la prise en charge pluridisciplinaire et contribuer à l'organisation de la filière** dans chaque région, rendre l'offre plus lisible pour les patients comme pour les professionnels et faciliter la diffusion des compétences sur le territoire.

Action N° 1 :

- mettre en place en Corse un centre spécialisé obésité (CSO) en concertation avec les acteurs impliqués dans la prise en charge sous l'impulsion de l'ARS (groupe technique ad hoc) en s'appuyant sur des expériences de centres multi-sites sur le territoire national.
- favoriser les nouveaux outils de communication (réunion de concertation pluri-disciplinaire – RCP en visioconférence, informatisation des plans personnalisés de soins - PPS, programmes ETP) facilitant les échanges sur les pratiques professionnelles ainsi que pour la prise en charge des patients.

Action N°2 : intégrer dans les travaux du groupe technique précédemment décrit la réflexion sur la chirurgie du patient obèse en Corse, quel que soit la spécialité.

Indicateur de suivi : opérationnel n°2 -filière bariatrique :

- ✓ mise en place effective du centre CSO ;
- ✓ suivi du nombre de RCP ;
- ✓ suivi du nombre de PPS.

➤ La chirurgie de la main notamment en urgence

Le constat quantitatif :

L'exploitation des bases PMSI a permis de recenser les séjours comportant des actes de chirurgie de la main. La limite de cette exploitation est l'absence de lisibilité sur les actes réalisés en urgence et les actes programmés.

Le constat est le suivant :

- des volumétries très faibles pour certains actes,
- des lieux de prise en charge différents selon les actes : sur l'ensemble des structures autorisées à une activité de soins de chirurgie pour certains actes, sur quelques plateaux techniques pour d'autres actes,

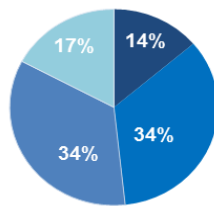
- des interrogations sur la fiabilité de certains codages d'actes : pontages ou sutures d'artères, réimplantations de doigts

Les actes réalisés sur la plupart des plateaux techniques concernent :

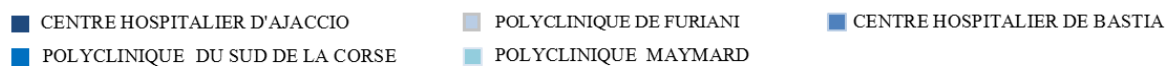
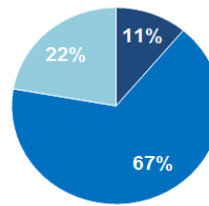
- les fractures avant-bras, ou poignet ou os de la main,
- les réductions de luxations poignet ou doigts,
- les tenosynovectomies des extenseurs au poignet ou réparation de plaie de l'appareil extenseur des doigts,
- les arthrodèses main,
- les pathologies infectieuses avant-bras, ou main, ou doigt,
- les corps étrangers.

Les actes réalisés sur certains plateaux techniques (source PMSI) concernent :

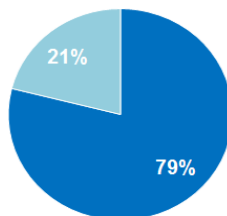
Sutures des nerfs: effectif < à 30 en 2015



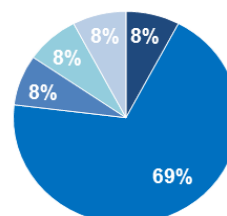
Autogreffes nerfs: effectif < à 10 en 2015



Suture ou réinsertion ligament articulaire: effectif < à 20 en 2015



Suture ou plastie de l'appareil capsulo-ligamentaire de plusieurs articulations métacarpo-phalangiennes effectif < à 14 en 2015



Source PMSI 2015

Action N°1 : assurer pour les urgences un accès vers un centre spécialisé en organisant un appel à projet sur la prise en charge de la main aux horaires PDSSES et en intégrant dans l'appel à projet la reconnaissance de l'établissement par la Fédération Européenne des Services d'Urgences Mains (FESUM). La FESUM a pour mission essentielle d'accréditer des centres capables de prendre en charge n'importe quel traumatisme de la main 24 h/24 et 7 jours/7 par une équipe spécialisée. Les critères d'accréditation concernent la qualification des chirurgiens, leur nombre, la disponibilité des équipes, l'activité minimale, l'environnement paramédical.

Indicateurs objectif opérationnel n°2, chirurgie de la main en urgence

- ✓ suivi de l'activité PDSSES main,
- ✓ suivi des plaintes chirurgie de la main (rapport Commissions Des Usagers et plaintes portées à la connaissance de l'ARS).

Objectif opérationnel N°3 : maintenir les effectifs ressources humaines et rendre attractif la Corse par la structuration des filières.

L'élargissement du champ d'exercice des IBODE est intervenu en référence aux dispositions du décret du 27 janvier 2015 et de l'arrêté du 27 janvier 2017 relatif aux actes et activités et à la formation complémentaire. L'Instruction ministérielle du 27 avril 2017 précise le champ d'exercice des IBODE ainsi que les conditions de mise en place de la VAE pour l'obtention du diplôme d'état d'IBODE. Elle décrit le dispositif de simplification et d'accompagnement des parcours mixtes, la composition et le rôle du jury de VAE ainsi que l'accompagnement des établissements dans le processus de qualification des infirmiers travaillant au bloc opératoire.

L'ensemble des infirmiers entrés en formation depuis mars 2015 a été formé à la réalisation des nouveaux actes et activités. Pour les IBODE en activité avant la parution du décret précité, une formation complémentaire de 49 heures doit être validée avant le 31 décembre 2020 pour exercer ces nouveaux actes et activités. En outre, les référentiels d'activités et de compétences du métier d'IBODE ont été actualisés.

L'arrêté du 19 décembre 2016 prévoit en annexe la liste des écoles d'IBODE compétentes pour accueillir les professionnels ayant validé partiellement le diplôme en VAE. Pour la Corse, l'école la plus proche est l'école régionale d'Infirmiers de bloc opératoire de l'AP-HM.

Un état des lieux réalisé à partir des données des visites de conformité et actualisé lors des dossiers de renouvellement de l'activité de soins de chirurgie fait état d'un pourcentage de 15 % d'IBODE dans l'effectif IDE dans les blocs opératoires de la Corse. Il est donc indispensable de communiquer et suivre la mise en conformité des blocs opératoires des établissements de santé autorisés à cette activité de soins.

Pour les établissements de soins de Corse, l'association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH) a mis en place des actions d'accompagnement des candidats à la VAE, accessibles également aux établissements privés.

Ces actions pourront être renouvelées en tant que de besoin et leur financement est assuré à hauteur de 85% par l'ANFH et 15% par le plan de formation des établissements.

La réforme du 3^e cycle des études médicales mise en place en septembre 2017 s'articule autour d'un parcours progressif structuré en 3 phases :

- la phase socle (phase 1) : acquisition des connaissances de base de la spécialité et des compétences transversales nécessaires à l'exercice de la profession ;
- la phase d'approfondissement (phase 2) : acquisition approfondie des connaissances et des compétences nécessaires à l'exercice de la spécialité ;
- la phase de consolidation (phase 3) consolidation de l'ensemble des compétences professionnelles nécessaires à l'exercice et autonomisation croissante de l'interne.

Les agréments des lieux de stages sont spécifiques à chaque phase et à chaque spécialité et doivent permettre à l'interne d'approcher tous les modes d'exercice et types de structures.

S'agissant de la chirurgie, la nouvelle réforme prévoit une réorganisation des différentes composantes de la discipline chirurgicale avec notamment la suppression de la notion de chirurgie générale et le passage à une filiarisation de la discipline par la création de 13 diplômes d'études spécialisées (DES) qui deviennent l'unique diplôme de spécialité (suppression des diplômes d'études spécialisées complémentaires - DESC).

L'ARS poursuivra ses actions pour promouvoir et développer les terrains de stage en Corse avec pour objectif d'ancrer sur le territoire les futurs praticiens, en particulier dans les disciplines en tension.

En effet, la mise en œuvre de la réforme de l'internat ne doit pas conduire à une application restrictive des critères d'agrément prévus par les maquettes de spécialités de la part de certains coordonnateurs de spécialité, conduisant à une sur-mobilisation des agréments en centres hospitaliers universitaires au détriment des hôpitaux périphériques, déjà pénalisés par ailleurs par la mise en place d'un taux d'inadéquation sur les postes offerts au choix des internes.

Action N°1 : communiquer et suivre la programmation des formations IBODE et l'impact du processus de qualification des personnels et de mise en conformité sur le fonctionnement des blocs opératoires.

Action N°2 : suivre l'évolution de la préparation de la validation des acquis des connaissances pour le diplôme d'IBODE mise en place à l'IFSI d'Ajaccio et prévoir un volet spécifique sur le futur schéma de formation sur la base de l'évaluation des besoins fournie par les établissements.

Action N°3 : maintenir et développer les terrains de stage ainsi que les postes d'assistants partagés en chirurgie.

Indicateurs de suivi :

- ✓ suivi du pourcentage des IBODE dans les blocs opératoires
- ✓ suivi du nombre d'internes et assistants.

Objectif opérationnel N°4 : disposer de données d'activité permettant une vision analytique prospective et partagée avec les opérateurs.

L'insularité, la faible démographie et le relief de la Corse doivent être des leviers pour fédérer les projets et les structurer au mieux pour permettre des filières de chirurgie spécialisée sécurisées, pérennes intégrant l'innovation dans un contexte économique contraint.

Dans ce contexte l'analyse du fonctionnement des plateaux et de leur attractivité doit faire appel à des données fiables et partagées afin d'anticiper au mieux les évolutions nécessaires.

Action N°1 : mettre en place un groupe technique piloté par l'ARS rassemblant l'assurance maladie et l'ensemble des opérateurs autorisés afin d'élaborer une méthodologie pour analyser l'activité de nos plateaux et les fuites hors région et pour permettre une vision prospective sur cette activité de soins.

Ce groupe pourra s'entourer d'expertise si nécessaire. Cette vision partagée de l'évolution de l'activité donnera à la spécialité une dimension structurante régionale.

Objectifs quantifiés (Implantations)

| Activité de soins | Nombre d'implantations existantes PRS1 | Suppression | Création | Nombre d'implantations cibles PRS 2 |
|---------------------------------|--|-------------|----------|-------------------------------------|
| Chirurgie y compris ambulatoire | 7 | 0 à 1* | 0 | 7 à 6* |

* si restructuration des plateaux techniques.

1.6. La périnatalité (gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale)

La périnatalité se définit comme l'ensemble des processus liés à la naissance, depuis la contraception jusqu'aux premiers mois de la vie du nourrisson, en passant par le désir d'enfants, le diagnostic anténatal, la grossesse, l'interruption volontaire de grossesse, l'accouchement et l'allaitement.

L'OMS définit la période périnatale comme la période située entre la 28^{ème} semaine de grossesse (environ 6 mois) et le septième jour de vie après la naissance.

Actuellement le terme périnatalité couvre une période plus large et concerne tous les évènements survenant pendant la grossesse, l'accouchement et la période néonatale.

Le volet PRS périnatalité s'intéresse également à la santé sexuelle de la femme qui a une incidence directe sur sa maternité. A ce titre, l'accès à la contraception et à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) ainsi que la politique de prévention des infections sexuellement transmissibles sont inscrits dans ce volet.

Diagnostic

En Corse, la population des femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) s'établit en 2016 à 60.306 soit 0.42% rapporté à la même population France entière.

Il est à souligner que 30 % des familles monoparentales et 20,5% des enfants entre 0 et 5 ans vivent sous le seuil de pauvreté.

| Taux | Description | France entière | Corse |
|--|---|----------------------|-------|
| Fécondité | Nb naissances vivantes /population femme en âge de procréer | 5,4 | 4,1 |
| Indice conjoncturel fécondité | Somme des taux de fécondité par âge observés pendant l'année | 1,9 enfant par femme | 1,57 |
| Taux de mères âgées de + de 35 ans | | 21,3% | 22,4% |
| Taux de natalité pour 1000 hab | Nb naissances vivantes /population totale | 12,8 | 9,7 |
| Taux de prématurés | Taux de nouveaux-nés dont le poids est inférieur à 1500gr et avant terme (grossesse inf à 32 semaines d'aménorrhées - SA) | 1,30% | 0,4% |
| Taux mortalité infantile pour 1000 naissances | le rapport entre le nombre d'enfants morts avant l'âge d'un an sur le nombre total d'enfants nés vivants | 3,6 | 3 |
| Taux de césariennes programmées | Nb d'accouchements réalisés par césarienne hors urgence/ nb total | 6,3% | 7,4% |

Activité 2016 des établissements de santé autorisés :

| Etablissements | lits | activité | | | césariennes | |
|---------------------------------|-----------|--------------------|------------------|---------------------|---------------|------------------|
| | | Nb d'accouchements | Nb de naissances | dont moins de 37 SA | taux | dont programmées |
| CH Ajaccio | 29 | 1000 | 1026 | 56 | 20,10% | 27,86% |
| Polyclinique du Sud de la Corse | 8 | 208 | 209 | 3 | 25,96% | 44,44% |
| CH Bastia | 36 | 1013 | 1049 | 78 | 17,18% | 27,01% |
| Polyclinique Maymard | 16 | 601 | 603 | 15 | 28,79% | 49,13% |
| TOTAL | 89 | 2822 | 2887 | 152 | 21,32% | 35,22% |

A noter : 5 accouchements (5 naissances) en dehors des maternités dont 2 au centre hospitalier de Calvi-Balagne par voies basses spontanées entre 33 et 36 SA.

La contraception et l'IVG en 2016

La Corse présente un des taux les plus élevés de femmes ayant recours à l'IVG : 17 pour 1000 femmes en âge de procréer (de 15 à 49 ans) versus 14 France entière. De plus, 10 pour 1000 femmes sont des mineures âgées de 15 à 17 ans versus 6,6 France entière.

Un plan régional est défini pour améliorer l'accès à la contraception et à l'IVG sur la base des constats suivants :

- les IVG réalisées en Corse sont à 80% médicamenteuses en 2015.
- environ 90% des IVG sont réalisées en établissements de santé.
- les délais de rendez-vous pour une IVG varient de 1 à 5 jours maximum en établissements de santé, conformément aux préconisations du plan national IVG.
- l'accès à l'IVG est développé sur tout le territoire de la Corse-du-Sud et se structure en Haute-Corse.
- la nécessité d'une formation spécifique des personnels dédiés du secrétariat en établissement de santé.

L'offre en prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) :

L'offre (dépistages – vaccinations) est portée par le Centre Gratuit d'Information de Dépistage et de Diagnostic (CEGIDD) de la CdC en Corse-du-sud et celui du centre hospitalier de Bastia en Haute-Corse.

Des consultations de proximité sont organisées sur Ajaccio, Cargèse, Sartène/Propriano, Bonifacio, Porto Vecchio

Autres acteurs de la prévention VIH VHC :

D'autres acteurs interviennent dans le domaine de la prévention : Association Aiatu Corsu et Corsica Sida.

Le rôle du Comité de Coordination Régional de lutte contre le VIH (COREVIH) PACA Ouest Corse est d'améliorer le lien entre la prévention, le dépistage, le soin, la prise en charge hospitalière et extra-hospitalière, notamment par des actions d'informations et de formations.

Constat après le PRS1 (points forts et points faibles) :

- création en 2015 d'un réseau unique de périnatalité « Méditerranée » regroupant les trois réseaux qui intervenaient en PACA, en Corse et à Monaco. Les quatre maternités de Corse ont adhéré à ce réseau. A noter qu'auparavant les établissements de Haute-Corse et de Corse du Sud n'appartenaient pas aux mêmes réseaux. Cette adhésion à un même réseau permet un développement des coopérations avec, notamment, l'harmonisation de tous les protocoles de prise en charge. Ce réseau assure également des actions de formations et des journées scientifiques (à Corte en juin 2016) ;
- formation des professionnels de santé sur la contraception en Corse du Sud et sur les IVG médicamenteuses en Haute-Corse ;
- travaux de rénovation dans le bloc opératoire d'une des cliniques assurant l'obstétrique améliorant la qualité et la sécurité des soins dans une zone éloignée des établissements de recours ;
- mise en place et généralisation du dépistage de la surdité chez les nouveau-nés ;
- conventions entre maternités de niveaux différents non encore signées ;
- taux de césariennes restant élevé ;
- nécessité de sensibiliser les médecins de Haute-Corse à l'IVG médicamenteuse ;
- harmonisation nécessaire du recueil des données relatives à la surveillance de la grossesse et aux consultations postnatales en lien avec la PMI et l'Assurance Maladie.

Les axes de travail pour le PRS 2 :

- améliorer l'accès à la contraception,
- travailler les filières de prise en charge et les coopérations entre maternités de la région et vers le type 3 hors région,
- maintenir les implantations actuelles pour la périnatalité au regard de la démographie en médecins spécialistes et des actions spécifiques que le PRS développe sur cet axe.

Objectif N°1 du COS : appuyer les politiques de santé sur les socles de la prévention et de la promotion de la santé.

Développer la prévention des grossesses non désirées et la prévention des IST.

Objectif opérationnel N°1 : soutenir le développement du plan régional d'accès à la contraception et à l'IVG :

- améliorer la lisibilité des acteurs en Corse ;
- permettre à chaque femme de maîtriser le moment de son projet de grossesse.
- en lien avec le réseau méditerranéen périnatalité :
 - améliorer l'accès à l'IVG sur tous les territoires,
 - améliorer l'information du public sur la contraception et l'IVG.

Le plan régional est en cours de réalisation avec, en 2016, le financement par l'ARS des actions de sensibilisation (menées par l'Union de Gestion des Réalisations Mutualistes - UGRM de Haute-Corse) autour de la sexualité et de la contraception dans les établissements scolaires sur le grand Bastia. En Corse-du-Sud, ce sont des actions de communication qui ont été réalisées sur les méthodes contraceptives en lien avec l'ex-conseil départemental.

D'autres actions sont prévues :

- formation des secrétariats à l'accueil téléphonique sur l'IVG et la contraception ;
- formation des professionnels de santé à l'IVG médicamenteuse ;
- analyse des données de l'IVG par le statisticien de l'ARS ;
- actions d'information : guides IVG, répertoire des lieux pratiquant l'IVG et consultations contraception en lien avec les actions des contrats locaux de santé ;
- sensibiliser les médecins de Haute Corse afin de développer les IVG médicamenteuses sur ce territoire.

Le Plan santé sexuelle, s'inscrivant dans la **Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030**, est en cours d'élaboration et intégrera les objectifs du plan régional d'accès à la contraception et à l'IVG.

Action N°1 : maintenir et développer des actions et consultations contraception, avec une attention particulière aux 15-18 ans.

Action N°2 : homogénéiser l'offre régionale de prise en charge des IVG et développer les IVG à domicile en Haute-Corse.

Action N°3 : inscrire l'action des sages-femmes dans le suivi gynécologique des femmes (consultation contraception) et permettre sa diffusion en reprenant les outils nationaux existants.

Action N°4 : aborder dès l'entretien prénatal précoce (EPP) le contexte de la grossesse pour anticiper l'après grossesse au niveau contraception. Cette action devra être déployée par l'ensemble des professionnels mettant en œuvre l'EPP, avec l'appui du réseau de périnatalité.

Indicateurs de suivi :

- ✓ taux d'IVG
- ✓ taux d'IVG chez les mineures âgées de 15-17 ans
- ✓ part IVG hospitalière et non hospitalière
- ✓ part des IVG médicamenteuse

Objectif opérationnel N°2 : objectiver et développer la prévention des IST :

Action N°1 : développer la remontée des données sur les IST en Corse.

Action N°2 : mettre à disposition des usagers une offre gratuite de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles en particulier en Haute-Corse.

Action N°3 : améliorer le parcours de santé en matière d'IST dont le VIH et les hépatites virales : prévention, dépistage, prise en charge.

Objectif opérationnel N°3 : améliorer le suivi de sa grossesse et favoriser les actions en faveur de la parentalité.

La grossesse est un moment indiqué pour sensibiliser les futurs parents sur les facteurs pouvant avoir un retentissement défavorable sur la santé de leur bébé. Cette sensibilisation concerne :

- les risques sur le déroulé de la grossesse et la santé du nouveau-né : tabac/alcool/ diabète gestationnel/ les perturbateurs endocriniens.
- l'approche de l'environnement social et familial de la femme à prendre en compte pour repérer précocement les risques psycho-sociaux : dépression ante et post-partum, troubles de l'attachement.

Action N°1 : systématiser la pratique de l'entretien prénatal précoce : information et collecte des données auprès des gynécologues obstétriciens et des sages-femmes et mobilisation du réseau périnatal sur cette pratique (formation, collecte, exploitation des données).

Action N°2 : sensibiliser la femme enceinte aux risques et l'accompagner vers le dispositif de prise en charge ad hoc :

- surveillance des risques addictifs (tabac, alcool, autres substances),
- surveillance de l'alimentation et des troubles nutritionnels (diabète gestationnel, carences,...)
- surveillance des risques HTA,...
- repérage des risques psychologiques pouvant avoir des conséquences sur le lien maternel et/ou paternel

Action N°3 : s'assurer de la mise en œuvre des staffs pluri-professionnels dans chaque maternité pour les grossesses complexes : ces staffs devront associer le secteur social, le secteur libéral et la psychiatrie.

Un accompagnement méthodologique pourra être recherché auprès du réseau de périnatalité.

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre de consultations avancées de gynécologues obstétriciens et de sages-femmes sur le territoire
- ✓ nombre d'entretiens prénataux précoces réalisés

Objectif stratégique N°4 du COS : assurer un accès de proximité à un système de santé gradué et de qualité.

Le maintien de l'accessibilité aux maternités en termes de délais mérite une attention particulière sur le territoire. Compte tenu de l'objectif d'accessibilité, l'activité de la maternité de la polyclinique du sud de la Corse (maternité avec une activité de moins de 300 accouchements), distante de plus de deux heures de route des autres maternités de Corse, est maintenue dans le maillage territorial.

Objectif opérationnel N°1 : poursuivre et accroître le repérage et la prévention des risques autour de l'accouchement.

La grossesse et l'accouchement sont des processus physiologiques et naturels qui nécessitent un accompagnement respectant la sécurité affective (un accompagnement médico-psycho-social du ou des futur(s) parent(s)) et un suivi médical assurant une prise en charge adaptée. Elle mérite de la part des professionnels de santé une écoute et un dialogue particuliers. Le repérage des risques est l'élément fondamental pour les praticiens : les examens de dépistage, la surveillance médicale régulière participent à ce repérage.

Pour la majorité des grossesses, le risque est faible, ce qui implique :

- d'adapter les pratiques médicales et soignantes pour que cet évènement soit respectueux de la physiologie ;
- de privilégier le confort de la femme accouchant et du nouveau-né ;
- et de promouvoir l'allaitement maternel y compris au cours de l'EPP.

Action N°1 : adapter les plateaux techniques et former les professionnels aux bonnes pratiques d'un accouchement à bas risque.

Grâce aux outils définis (protocole d'accouchement physiologique, par exemple), des formations et EPP) mises en œuvre, le réseau impulse un accompagnement à l'évolution des pratiques.

Action N° 2 : mettre en place un groupe technique impliquant les opérateurs (maternités, SAMU, réseau) pour :

- harmoniser les transferts inter région : en 2016, on compte 21 transferts pour pédiatrie dont 11 néonatalogie pour la CH Ajaccio et 20 transferts de néonatalogie pour le CH Bastia ;

- harmoniser et protocoliser les transferts en région : 15 transferts du niveau 1 (polyclinique du Sud de la Corse) vers le niveau 2B (centre hospitalier d'Ajaccio) dont 6 détresses respiratoires et 2 ayant nécessité des transferts vers le niveau 3 (données 2016) ;

- faciliter l'accueil des femmes pour éviter les séparations maman/bébé durant le 1^{er} mois de naissance ;
- finaliser les protocoles de transferts à des fins d'application et d'évaluation.

Action N°3 : conforter le dépistage néonatal (DNN) en lien avec le centre régional de dépistage néonatal (CRDN) en intégrant un temps de coordination sur le territoire corse en lien avec le réseau de périnatalité.

La réalisation du DNN chez tous les nouveau-nés est un objectif essentiel du programme national.

Le DNN a pour objectif la prévention secondaire de maladies à forte morbi-mortalité, dont les manifestations et complications surviennent dès les premiers jours ou les premières semaines de vie et peuvent être prévenues ou minimisées par un traitement adapté s'il est débuté très précocement.

A compter du 1^{er} mars 2018, l'association AREDEMAG qui assurait pour les régions PACA et Corse l'ensemble des dépistages (biologiques et surdité) n'interviendra plus pour le dépistage néonatal. C'est le CRDN PACA Corse, installé à l'APHM qui interviendra. Le temps de coordination spécifique à la Corse intégré au réseau périnatalité permettra une meilleure réactivité de l'ensemble des acteurs sur ce volet dépistage.

Le dépistage de la surdité permanente néonatale (DSPN), n'est pas directement concerné par l'évolution du DNN, mais sera impacté par cette nouvelle organisation du DSPN.

Action N° 4 : questionner l'offre sur :

- l'adaptation des pratiques aux recommandations émises par les sociétés savantes ou la HAS, aux critères d'efficacité énoncés dans le PAPRAPS, dont l'évaluation sera réalisée à l'occasion des renouvellements d'autorisation ;
- la pratique de césariennes en intégrant cette thématique dans le Plan d'Action Pluriannuel Régional d'Amélioration de la Pertinence des Soins (PAPRAPS) et en participant à l'Evaluation des Pratiques Professionnelles animée par le réseau sur cette pratique ;
- la mise en œuvre des évolutions de compétences entre les différents professionnels. Ces évolutions intégreront les volets réglementaires, les protocoles de coopération, les dispositifs de formation continue auprès des médecins généralistes (intégration dans le parcours pour les zones à faible densité de spécialistes) ;
- l'ouverture de plateaux techniques aux sages-femmes libérales, notamment pour les accouchements physiologiques ;
- le déploiement de consultations avancées et de téléconsultations ;
- la faisabilité d'un projet d'un centre périnatal de proximité sur la base du diagnostic territorial de Balagne et en lien avec le projet médical partagé du GHT de Haute Corse ;
- l'opportunité d'un regroupement des maternités sur Bastia, dans un objectif de pérennité et d'efficacité de cette activité de soins.

Action N°5 : généraliser la mise en place d'un entretien post-natal dans le mois suivant l'accouchement, en s'appuyant sur les sages-femmes libérales et en concertation avec les réseaux de PMI, notamment en y associant les puéricultrices.

Action N°6 : favoriser la formation des professionnels de santé en particulier dans le cadre de simulation haute-fidélité et de formation par équipes concernant les hémorragies de la délivrance et la pratique de la réanimation en salles de naissance

Indicateurs de suivi :

- ✓ taux de participation au DNN (nombre de nouveau-nés ayant eu un DNN + nombre de nouveau-nés n'ayant pas eu de DNN par refus parental/nombre d'enfants nés vivants dans le territoire du CRDN)
- ✓ évolution du taux de césariennes.

Objectif opérationnel N°2 : définir une organisation graduée avec le Centre Régional Mort Inattendue du Nourrisson (CRMIN) concernant l'autopsie des nourrissons corses décédés et la fœtopathologie.

Une réflexion est en cours pour rattacher les établissements de Corse à un CRMIN unique. Cette réflexion devra aborder :

- le transport des corps vers les hôpitaux insulaires et vers le CRMIN ainsi que son financement ;
- l'accompagnement des parents et des familles ;
- l'autopsie ou autres techniques ;
- l'apport de la télémédecine ;
- l'analyse et la restitution des résultats en vue d'un projet parental ;
- le retour des corps et son financement.

Indicateurs de suivi :

- ✓ protocole d'organisation entre les maternités et avec le CRMIN mis à jour et évalué chaque année

Gynécologie obstétrique, néonatalogie et réanimation néo-natale

Objectifs quantifiés (Implantations)

| Activité de soins Gynécologie obstétrique, néonatalogie et réanimation néo-natale | Nombre d'implantations existantes PRS1 | Suppression | Création | Nombre d'implantations cibles PRS 2 |
|--|--|-------------|----------|---|
| Maternités Type II B | 2 | 0 | 0 | 2 |
| Maternités Type I | 2 | 0 à 1* | 0 | 2 à 1* |

*Si restructuration (hypothèse de regroupement d'une maternité de type II B et d'une maternité de type I)

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

(Activités cliniques et biologiques d'AMP et activités biologiques de diagnostic prénatal – examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes à des fins médicales)

➤ L'assistance médicale à la procréation (AMP) :

Elle s'adresse à des couples confrontés à une infertilité médicale et à des personnes sur lesquelles pèse une menace pour leur fertilité. Dans le premier cas, il s'agit d'aider les couples à concevoir et dans le deuxième cas, il s'agit de préserver la fertilité de patients exposés par exemple à des traitements médicaux potentiellement stérilisants.

Les activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation mentionnées à l'article R.2142-1 du code de la santé publique (CSP) comprennent :

- les activités cliniques : prélèvement d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation, prélèvement de spermatozoïdes, transfert des embryons en vue de leur implantation, prélèvement d'ovocytes en vue d'un don, mise en œuvre de l'accueil des embryon ;
- les activités biologiques :
 - préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle,
 - activités relatives à la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation comprenant notamment le recueil et la préparation et la conservation du sperme ainsi que la préparation et la conservation des ovocytes.
 - recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don,
 - préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don,
 - conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux en application de l'article L. 2141-11 du CSP,
 - conservation des embryons en vue d'un projet parental,
 - conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci.

➤ Le diagnostic prénatal (DPN) :

Il s'entend au plan pratique de l'ensemble des moyens médicaux mis en œuvre au cours de la grossesse pour « détecter in utéro chez l'embryon ou le fœtus une affection d'une particulière gravité » (article L. 2131-1 du CSP). Ces moyens relèvent de la clinique, de la biologie et de l'imagerie.

Lorsque l'anomalie fœtale détectée est considérée comme ayant une « forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité réputée comme incurable au moment du diagnostic » (art. L. 2231-1 du CSP), les centres pluri-disciplinaires de diagnostic prénatal (CPDPN) ont la charge de l'attester. Ceci rend alors possible, si les parents le souhaitent, l'interruption volontaire de la grossesse pour motif médical (IMG). Dans le cas contraire, les CPDPN ont la charge de contribuer au suivi de la grossesse, à l'accouchement et à la prise en charge du nouveau-né dans les meilleures conditions de soins possibles.

Les CPDPN participent au dispositif d'encadrement des activités de DPN et de diagnostic biologique effectué à partir de cellules prélevées sur l'embryon in vitro (diagnostic préimplantatoire ou DPI).

Concrètement, ils ont pour mission d'aider les équipes médicales et les couples dans l'analyse, la prise de décision et le suivi de la grossesse lorsqu'une malformation ou une anomalie fœtale est détectée ou suspectée et lorsqu'une transmission héréditaire de maladie dans une famille amène à envisager un diagnostic prénatal ou préimplantatoire.

➤ La génétique :

Un examen de génétique postnatal consiste à analyser les caractéristiques génétiques héritées ou acquises à un stade précoce du développement prénatal. Cette analyse a pour objet (article R. 1131-1 du CSP) :

- soit de poser, de confirmer ou d'infirmier le diagnostic d'une maladie à caractère génétique chez une personne ;
- soit de rechercher les caractéristiques d'un ou plusieurs gènes susceptibles d'être à l'origine du développement d'une maladie chez une personne ou les membres de sa famille potentiellement concernés ;
- soit d'adapter la prise en charge médicale d'une personne selon ses caractéristiques génétiques.

Différentes techniques permettent d'analyser ces caractéristiques génétiques :

- si l'anomalie génétique est visible au niveau du chromosome, les techniques utilisées seront le plus souvent des techniques de cytogénétique (caryotype) y compris de cytogénétique moléculaire ;
- si l'anomalie se situe au niveau de la molécule d'ADN, du gène, une technique de génétique moléculaire sera plutôt employée.

Cette frontière autrefois franche entre cytogénétique et génétique moléculaire tend à disparaître avec l'avènement de techniques qui permettent d'appréhender des remaniements chromosomiques au niveau moléculaire (analyse chromosomique par puce à ADN ; techniques de séquençage à haut débit aussi appelées séquençage de nouvelle génération).

L'enjeu national au niveau de cette discipline d'une grande technicité est :

- l'adaptation du suivi du dépistage de la trisomie 21 à la mise en place de la technique de dépistage à partir du séquençage de l'ADN foetal libre circulant dans le sang maternel,
- l'encadrement des pratiques et évaluation de l'activité des laboratoires de DPN compte-tenu du développement des nouvelles techniques,
- l'encadrement des pratiques et évaluation de l'activité des laboratoires de génétique compte-tenu du développement des nouvelles techniques.

Diagnostic

➤ L'Assistance Médicale à la Procréation (AMP) :

- il n'y a pas de centre clinico-biologique d'assistance à la procréation, la prise en charge se fait essentiellement en région PACA ,
- un laboratoire autorisé : en Haute-Corse, une structure et deux médecins biologistes sont autorisés à pratiquer une activité biologique d'AMP sur les activités de préparation et de conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle,
- l'activité prévisible : file active de 200 couples (ratio ABM 0.4 % des femmes en âge de procréer, soit pour 51 000 femmes résidant en Corse : 204 femmes),
- le nombre de tentatives par nombre de femmes en âge de procréer dans l'île (pour 10000) 21,15 en Corse versus 45,15 France entière (données 2014),
- la polyclinique Maynard travaille avec les équipes de Marseille et le laboratoire Vialle : suivi des stimulations, des grossesses.

➤ Le Diagnostic Pré Natal (DPN) :

Aucun CPDPN n'est autorisé en Corse.

Si l'on se réfère aux données 2015 de l'agence de biomédecine, le nombre de femmes résidant en Corse dont le dossier a été examiné par un CPDPN (quelle que soit la situation géographique du CPDPN) était de 65.

En considérant le nombre de naissances domiciliées en Corse (2 866), le taux de recours à un CPDPN est de 2,3% versus 4,0% au niveau national.

Les femmes domiciliées en Corse et dont le dossier a été examiné par un CPDPN ont eu recours majoritairement au CPDPN de la région PACA (93,9%).

➤ **La génétique :**

1) Les aspects cliniques.

Des consultations avancées de génétique (hors cancer) sont mises en place au centre hospitalier de Bastia et assurées par des équipes du centre hospitalier universitaire de Marseille.

Le centre de référence régional PACA des maladies rares neuromusculaires effectue des consultations multidisciplinaires au centre hospitalier de Bastia (enfants, adultes) et au centre hospitalier d'Ajaccio (adultes).

2) Les aspects biologiques.

Aucun praticien ou laboratoire de biologie médicale n'est agréé en Corse pour les examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou l'identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales. Le recours à ces examens est effectué sur le continent et notamment en région PACA.

Les laboratoires autorisés pour cette pratique en région PACA représentent 7,1 % de l'offre France entière.

L'activité déclarée de ces laboratoires représente :

- 3,3 % des caryotypes français et 4,2 % des examens de génétique moléculaire.
- 5 % des examens réalisés par puces (analyses pangénomiques) et rendus au prescripteur.

Cette région offre 56 diagnostics qui ne sont proposés par aucun autre laboratoire sur le territoire national. En 2016, la technique de NGS a été utilisée au moins une fois par 5 laboratoires de PACA.

Comme le souligne l'agence de biomédecine, la génétique postnatale concerne le plus souvent des maladies rares pour lesquelles l'offre de soins s'analyse plutôt au niveau national qu'au niveau régional.

Seule une organisation en réseau au minimum national permet de centraliser les cas et peut garantir une expertise suffisante des laboratoires. L'agence de biomédecine a recueilli la liste des pathologies étudiées par chaque laboratoire de génétique moléculaire (y compris pharmacogénétique) et de CGH array⁶.

Objectif stratégique N°4 du COS : assurer un accès de proximité à un système de santé gradué et de qualité.

Objectif opérationnel N°1 : améliorer l'accès aux techniques d'assistance médicale à la procréation.

Il s'agit de permettre l'accès aux techniques d'AMP, intégrant la préservation de la fertilité en lien avec le plan cancer.

L'absence de centre clinico-biologique nécessite pour les couples des déplacements sur le continent. La création d'une offre locale répond à l'objectif 4 du contrat d'objectif et de performance de l'agence de bio médecine qui promeut un accès équitable à des soins de qualité dans le domaine de l'AMP et du diagnostic génétique. Cela doit permettre une meilleure efficacité de la prise en charge de l'infertilité, une amélioration du confort des patients en réduisant les déplacements et une offre plus accessible financièrement.

Action N°1 : mettre en place une activité d'AMP à vocation régionale. Cette activité doit se faire en utilisant l'ensemble des ressources médico-biologiques insulaires ayant les compétences spécifiques et dans un esprit de parcours permettant d'organiser les prises en charge de proximité et en centre dans un cadre coopératif entre les structures existantes.

Une vigilance sera portée sur la viabilité économique du projet.

Action N°2 : le déploiement de cette activité devra intégrer la mise en place de réunions de concertations pluri-professionnelles garantissant l'harmonisation des pratiques et des décisions (avec l'aide d'un outil informatique type dossier communiquant).

Indicateurs de suivi :

- ✓ ouverture d'un centre
- ✓ suivi de l'activité

⁶ Technique de cytogénétique sur puce

Objectif opérationnel N°2 : assurer un accès de proximité en matière de diagnostic prénatal et de génétique.

Le taux de recours au DPN est faible pour les femmes corses ; ce constat peut être le reflet d'un non besoin mais il peut aussi traduire une information insuffisante, une absence de repérage. Le taux de nouveau-nés morts nés est à ce titre assez élevé (0,5 pour 1000 nouveau-nés en 2016) même si aucune comparaison nationale n'est possible en l'absence de données.

En matière de génétique, l'enjeu pour les personnes et les familles résidant en Corse, potentiellement concernées par une maladie d'origine génétique, est celui de l'accessibilité à l'information et au diagnostic, puis de la prise en charge et du suivi de cette maladie

Action N°1 : maintenir la participation, au moyen des visio-conférences, des médecins des centres hospitaliers d'Ajaccio et de Bastia aux staffs des CPDPN de Marseille et de Nice.

Action N° 2 : informer le public sur les maladies génétiques et les structures de recours autorisées dans ce domaine.

Action N° 3 : informer les professionnels de santé, cliniciens et biologistes, sur les dispositions législatives et réglementaires relatives aux examens des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales (examens concernés et bonnes pratiques en matière de prescriptions) et sur les structures de recours autorisées.

Action N° 4 : assurer un accompagnement de proximité des personnes et familles en lien étroit avec les centres autorisés pour les activités et maladies concernées à partir des consultations avancées mises en place aux centres hospitaliers d'Ajaccio et de Bastia.

Indicateurs de suivi :

- ✓ taux d'interruptions médicales de grossesse
- ✓ file active de chaque consultation avancée

Objectifs quantifiés (Implantations)

Activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités de diagnostic prénatal

| Activité de soins | Nombre d'implantations existantes PRS1 | Suppression | Création | Nombre d'implantations cibles PRS 2 |
|---------------------------|--|-------------|----------|-------------------------------------|
| Activités cliniques AMP | 0 | 0 | 0 à 1* | 0 à 1* |
| Activités biologiques AMP | 1** | 0 | 0 à 1*** | 1 à 2 |
| Diagnostic prénatal | 0 | 0 | 0 | 0 |

*Prélèvement d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation -prélèvement de spermatozoïdes - transfert des embryons en vue de leur implantation,

**Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle,

***Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle - activités relatives à la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation, comprenant notamment : le recueil, la préparation et la conservation du sperme ; la préparation et la conservation des ovocytes - conservation des embryons en vue d'un projet parental ou en application du 2° du II de l'article L.2141-4.

Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales

| Activité de soins | Nombre d'implantations existantes PRS1 | Suppression | Création | Nombre d'implantations cibles PRS 2 |
|---|--|-------------|----------|-------------------------------------|
| Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales | 0 | 0 | 0 | 0 |

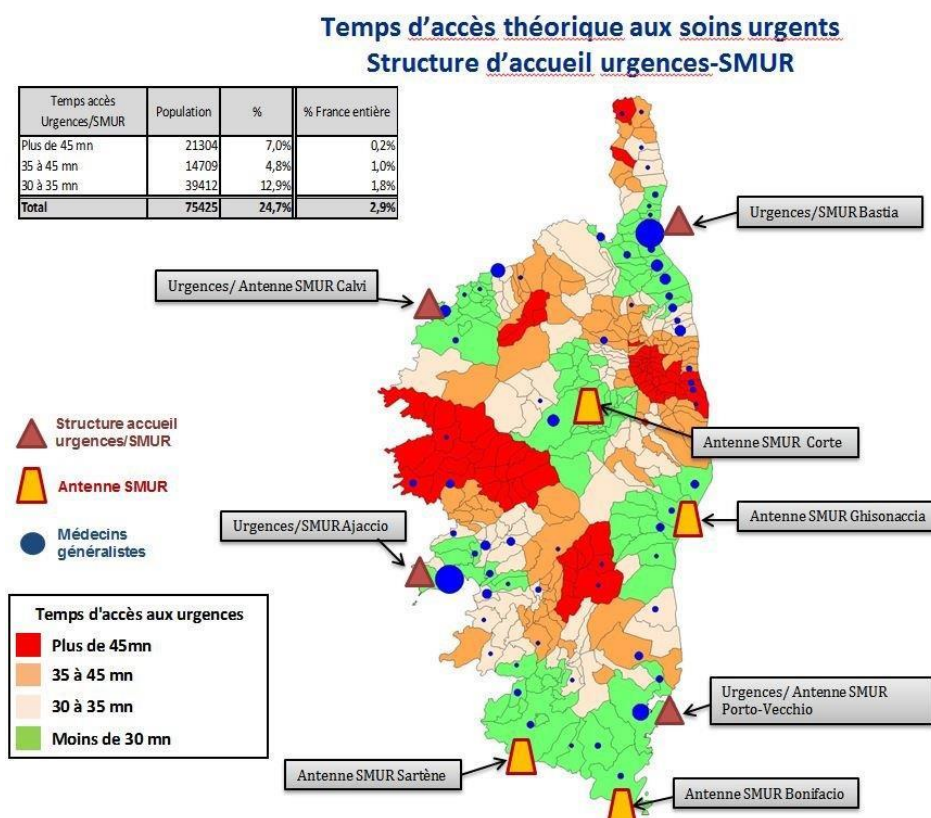
1.8. La médecine d'urgence

Diagnostic

La filière urgences se structure autour de 2 SAMU, 4 SAU et 2 SMUR et 6 antennes SMUR. 2 avions situés à Ajaccio et à Bastia prennent en charge les évacuations sanitaires.

La Corse, avec 26,5% de la population située à plus de 30 minutes d'une structure d'urgence, est la région présentant les plus fortes difficultés d'accessibilité aux soins urgents.

La carte qui suit présente la répartition géographique des accueils des urgences et des SMUR. Les temps d'accès théoriques aux structures d'urgences communales sont également représentés. Ils positionnent géographiquement les structures d'urgence et permettent de mettre en évidence les difficultés d'accès aux soins urgents. Les données cartographiques et le tableau de données sont issus des travaux menés en concertations avec les SAMU de Corse-du-Sud et de Haute-Corse.



Données hospitalières 2016 (source SAE)

En 2016, il y a eu au total 96 687 passages au total dans les 4 structures d'accueil des urgences de Corse. 8545 passages ont concerné des patients de plus de 80 ans et 16 149 passages des patients de moins de 18 ans. 7311 séjours ont été réalisés en UHCD dont 2680 séjours de 0 jour.

142 612 appels ont été décrochés par les deux SAMU de Corse. Il y a eu 94134 dossiers de régulation médicale dont 18 170 effectués par des médecins libéraux. Il est à noter que persistent des modalités de recueil disparates concernant le décompte des appels au SAMU entre la Haute-Corse et la Corse-du-Sud.

Les SMUR de Bastia et d'Ajaccio et les six antennes SMUR ont réalisé au total 12 256 sorties ainsi réparties :

- 7533 sorties primaires terrestres,
- 2478 sorties secondaires terrestres,
- 1011 sorties aériennes primaires
- 1234 sorties aériennes secondaires

522 Evasan ont été réalisées en 2016.

Constat après le PRS1 (points forts et points faibles) :

- Optimisation de l'organisation, du fonctionnement et de la qualité de l'activité des structures d'urgence et des SMUR :
 - mise en place dans chacun des quatre accueils des urgences de Corse de l'infirmier d'accueil et d'orientation ;
 - achèvement de la mise aux normes des équipages SMUR avec persistance du problème de l'absence de la deuxième ligne SMUR terrestre H24 à l'année au SMUR de Bastia (une seule ligne en période hivernale selon les horaires) ;
 - réduction de l'intérim médical avec la publication de postes prioritaires d'urgentistes pour les tours de recrutement ;
 - mise en place d'un pôle territorial des urgences au sein du GHT de Haute-Corse afin d'optimiser les coopérations.
- Amélioration de la coordination des prises en charges entre la permanence des soins ambulatoires (PDSA) et les structures autorisées pour la prise en charge des urgences :
 - développement de façon concertée et adaptée des organisations alternatives de prise en charge dans le premier recours par territoire de PDSA (MMG, points fixes de gardes....) en articulation avec les structures d'urgences et les structures d'accueil non programmé ;
 - l'adossement des points fixes de gardes à des structures de soins (MSP, centres hospitaliers, services d'urgence) pourrait être développé afin d'optimiser les organisations et renforcer la coopération entre professionnels.
 - mise en place de plusieurs structures de type maison médicale de garde (MMG) :
 - Extrême Sud : une MMG sur Porto-Vecchio complétée par deux points de garde l'été. Un de ces deux points de garde a été adossé les deux premières années au centre hospitalier de Bonifacio.
 - Sartenais-Valinco : une MMG adossée au centre hospitalier de Sartène.
 - En plaine Orientale, un projet à Ghisonaccia est en cours de finalisation.
 - Mise en place du dispositif de médecins correspondants du SAMU (MCS) sur la base d'une démarche volontaire, dans des zones éloignées d'un SMUR ou d'un service d'urgence et difficiles d'accès, dans un cadre juridique adapté pour garantir une réponse de proximité dans les 30 minutes précédant l'arrivée du SMUR déclenché.

Deux territoires ont été identifiés en 2012 comme prioritaires (territoires à plus de 30 minutes) pour bénéficier de l'implantation de MCS :

- Cargèse-Piana : dispositif mis en place depuis Octobre 2015 (77 interventions en 2016) / Ota-Porto : dispositif mis en place depuis Octobre 2015 (15 intervention en 2016)
 - Costa Verde : dispositif mis en place depuis Juillet 2016 (259 interventions de Décembre 2016 à Novembre 2017). Sur ce territoire, un dispositif complémentaire de véhicule léger infirmier (VLI) en appui au MCS a été mis en place en collaboration avec les services incendie et de secours de Haute Corse.
- D'autres projets sont actuellement à l'étude en Haute Corse et en Corse du Sud.

Organisation de la coordination des deux SAMU

La convention cadre, visant à promouvoir et développer des actions de coopération et de collaboration entre le centre hospitalier de Bastia et le centre hospitalier d'Ajaccio afin d'améliorer l'organisation de l'offre de soins sur le territoire de santé de Corse en matière d'aide médicale urgente, est signée mais, dans les faits, elle demeure peu utilisée.

La convention entre le SAMU2A et le SAMU2B vise, dans le cadre de leurs missions opérationnelles, à optimiser l'organisation de l'offre de soins en améliorant l'efficacité des centres 15, en consolidant le maillage des SMUR et en coordonnant les intervenants.

En prévision d'une éventuelle perte de capacités opérationnelles de l'une des structures ou de la survenue d'un phénomène critique de débordement d'appels, leur organisation doit également permettre un appui réciproque pouvant se traduire notamment par la reprise de tout ou partie de l'activité de régulation de l'autre SAMU-Centre 15. A cette fin, des sujétions techniques devront être étudiées de même que l'harmonisation des protocoles de prise en charge des appels.

Sécurisation du parcours de santé des personnes âgées dans le cadre de l'organisation de la filière gériatrique en favorisant l'accès direct aux structures de soins de suite et de réadaptation et court séjour gériatrique, pour offrir au patient concerné des soins adaptés à son état de santé dans les meilleurs délais et dans les meilleures conditions possibles. L'admission dans un service d'urgence doit se recentrer sur la prise en charge de l'urgence vitale. A l'issue du PRS 1, la filière gériatrique nécessite d'être consolidée, la fiche de liaison SAMU est absente et les personnes âgées sont toujours fréquemment hospitalisées via les urgences.

Construction du réseau territorial des urgences :

Ce réseau doit être conforté et s'étendre, sous l'égide d'un coordonnateur, à d'autres établissements et professionnels de santé.

La convention constitutive du réseau des urgences a été signée par les structures autorisées pour la prise en charge des urgences en 2012 mais dans les faits a une utilité limitée et il n'y pas de coordonnateur du réseau territorial des urgences.

Ce réseau a également vocation à étudier les dysfonctionnements liés aux prises en charge urgentes.

Mise en place du répertoire opérationnel des ressources (ROR):

Le ROR est un enjeu majeur car c'est un outil de description de l'offre de santé destiné à tous les professionnels concernés par l'orientation des patients et qui s'appuie sur un outil informatique.

Il vise à décrire des ressources disponibles dans chaque établissement de santé et doit s'étendre à l'ensemble de l'offre de soins extrahospitalière.

Il propose une information exhaustive sur l'offre de santé régionale et extrarégionale, sans cloisonnement entre la ville et l'hôpital, sur les champs du sanitaire et à terme sur le champ du médico-social.

Le ROR permet aux acteurs de l'offre de soins de rechercher des informations pour faciliter l'orientation des patients dans leurs parcours de soins et permet également à l'ARS de piloter et de suivre l'offre de soins.

Le volet ROR est inscrit dans le cadre de l'objectif 6 du COS visant à faire émerger le numérique et les projets innovants.

Les coopérations avec les différents acteurs :

Les SDIS : ils apportent un appui logistique au fonctionnement de l'aide médicale urgente formalisé par des conventions SAMU-SDIS. Le maillage des centres d'incendie et de secours favorise cet appui logistique.

Une articulation entre les SAMU et les Centres Opérationnels Départementaux d'Incendie et de Secours (CODIS) est également formalisée par convention. Des infirmiers « protocolés » viennent appuyer le dispositif de secours à la personne coordonnée avec l'aide médicale urgente.

Le service de santé des armées (SSA) : Il est déployé en Corse par ses antennes médicales de Solenzara, Calvi, Ajaccio et Borgo .Des échanges civilo-militaires sont engagés à travers des activités d'enseignement , visant le partage de connaissances médicales transposables au milieu civil, la permanence des soins d'urgence (services hospitaliers et extrahospitaliers) et la gestion de situations sanitaires exceptionnelles .

Les établissements de santé assurant un accueil médical non programmé (AMNP) :

Trois établissements de santé en Corse assurent une mission de prise en charge des soins non programmés : le centre hospitalier intercommunal de Corte-Tattone et les centres hospitaliers (ex hôpitaux locaux) de Bonifacio et Sartène. Ces établissements ne sont pas détenteurs d'une autorisation d'activité de soins de médecine d'urgence de type structure des urgences telle que prévue par l'article R.6123-1 al.3 du code la santé publique.

Afin de répondre au mieux aux besoins de santé de la population et de pallier la baisse de la démographie médicale libérale, l'ARS de Corse a acté la participation des trois établissements précédemment mentionnés à la prise en charge des soins non programmés qui dispensent ainsi des soins immédiats aux patients qui se présentent de façon inopinée même en dehors des heures de consultations. La prise en charge sur place de ces patients ne doit cependant pas dépasser le cadre de ce que pourrait effectuer ou prescrire un médecin généraliste libéral (sutures et immobilisations simples comprises).

La prise en charge des soins non programmés ne doit en aucun cas être assimilée à un accueil en structure des urgences telle que prévue par de l'article R.6123-1 al.3 du code la santé publique. Dès que l'état clinique du patient requiert un niveau de soins ou de surveillance supérieur à ce qui pourrait être effectué au sein d'un cabinet de médecine générale, le patient doit être aussitôt transféré par tout moyen approprié vers un établissement autorisé à l'activité de soins de médecine d'urgence. En cas de régulation préalable par le SAMU-Centre 15, ce dernier est garant de l'orientation du patient.

Par ailleurs, en vertu de l'article R.6123-25 du code de la santé publique, seuls les établissements de santé autorisés à exercer une activité de soins de médecine d'urgence de type structure des urgences peuvent porter à la connaissance du public le fait qu'ils accueillent les urgences et afficher un panneau «urgences».

Compte tenu du fort accroissement de l'AMNP du centre hospitalier intercommunal de Corte-Tattone, de l'absence d'effectivité de la PDSA, de la faible démographie médicale et des contraintes spécifiques du Centre Corse, des dispositifs expérimentaux de renfort estival ont été mis en place et une évolution de cet AMNP a été étudiée.

Optimisation de la qualité de la décision en matière de régulation libérale.

L'HAS a rédigé dans le cadre des recommandations de bonnes pratiques les modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale.

Les objectifs de ces recommandations sont :

- améliorer la qualité et la sécurité de la réponse apportée aux patients ;
- constituer un support pour la formation continue des professionnels et l'évaluation de leurs pratiques ;
- favoriser l'harmonisation des pratiques entre professionnels et sur l'ensemble du territoire.

L'organisation de la régulation devra être conforme à ces recommandations.

Garantie du rôle pivot de la régulation médicale en améliorant l'organisation mixte hospitalière et libérale.

Il faut poursuivre le développement des coopérations entre les centres 15 et les associations de régulation libérale afin de renforcer l'efficacité en apportant une réponse spécifique et adaptée à la nature de chaque appel ; cette régulation libérale des appels de permanence des soins permet d'éviter des recours inappropriés aux services d'accueil des urgences et contribue à la diminution d'activité à la fois des effecteurs hospitaliers et libéraux.

Il convient également d'améliorer encore la lisibilité du dispositif de régulation libérale vis-à-vis des usagers du système de santé, en particulier quand cette régulation libérale dispose d'un numéro de téléphone spécifique distinct du « 15 ».

La régulation médicale a été placée dès la rédaction du cahier des charges de la PDSA au centre du dispositif. Une régulation libérale est en place sur les deux départements.

Afin d'augmenter l'efficacité de la régulation, la Corse a été choisie comme région pilote pour la mise en place du numéro unique 116-117.

Garantie du rôle pivot de la régulation médicale pour l'orientation des patients.

Les services d'aide médicale urgente doivent s'assurer de la disponibilité des moyens d'hospitalisation publics ou privés adaptés à l'état du patient et dans le respect du libre choix.

Modernisation des SAMU et sécurisation réciproque des régulations 2A/2B (débordement d'appels, pannes, absentéisme.

- ANTARES, (Adaptation Nationale des Transmissions Aux Risques Et aux Secours) :

ANTARES est le réseau numérique des services publics qui concourent aux missions de sécurité civile.

Ce réseau intègre plus largement une infrastructure nationale regroupant d'autres réseaux dans le cadre des opérations de sécurité civile (sécurité civile, gendarmerie, police, armée...) qui est l'Infrastructure Nationale Partageable des Transmissions (INPT). Ce réseau de télécommunications permet une interopérabilité entre les différentes unités.

Le déploiement des établissements sièges de SAMU sur le système de radiocommunication ANTARES a comme objectif le rapprochement avec les réseaux de communication radioélectriques et des systèmes d'information avec le SDIS.

Dès 2012, les SAMU 2A et 2B ont déployé le dispositif ANTARES avec les équipements suivants :

- des terminaux de téléphonie mobile embarquée pour tous les véhicules ;
- des terminaux fixes de radiocommunication dans les locaux du SAMU.

Des évolutions du dispositif seront apportées dans le cadre du PRS2.

- Interfaces logicielles SAMU/SDIS :

à ce jour, tous les échanges avec le SDIS se font par fax. Il n'y a pas d'interfaçage logiciel entre le système d'informations (SI) du SDIS et celui du SAMU.

L'échange des informations dès la prise en charge du patient entre le logiciel métier du SDIS et celui du SAMU sera une priorité dans le cadre du PRS2 et sera facilité par le déploiement du SI SAMU national.

- SAMU 2A

Le logiciel de régulation médicale est SAMUSCRIPT de SCRIPTAL qui est un logiciel vieillissant ne répondant plus aux attentes opérationnelles des professionnels de santé.

Le Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRRRA) a été raccordé en Décembre 2017 à la PFLAU (Plateforme de localisation des appels d'urgence) qui remplacera l'annuaire inversé.

- SAMU 2B

Le logiciel de régulation médicale, APPLISAMU, nécessite une évolution technique importante pour le lien 15/18, les statistiques et la sécurisation.

Le CRRRA a été raccordé au mois de Janvier 2018 à la PFLAU.

Le SAMU 2B a entrepris des démarches de sécurisation importantes dans le cadre de la téléphonie :

- évolution et sécurisation de l'autocommutateur avec la mise en place d'une nouvelle version et la mise en œuvre de cartes redondantes,
- renouvellement de l'enregistreur,
- dissociation des lignes téléphoniques propres au SAMU de celles du centre hospitalier de Bastia.

Objectif stratégique n°3 du COS : accompagner l'accès à la santé des plus fragiles dans une logique de parcours continu.

Objectif opérationnel N°1 : mieux organiser les parcours de soins notamment à travers les projets médicaux des GHT afin que les urgences ne constituent plus la porte d'entrée obligatoire et systématique notamment pour les patients âgés et les patients en soins palliatifs.

Action N°1 : consolider le rôle du SAMU en tant que régulateur pour une orientation rapide vers le plateau technique le plus adapté pour garantir l'efficacité des revascularisations dans le cadre des accidents vasculaires cérébraux et des syndromes coronariens Aigus (SCA) ST + (cf. volets AVC et cardiologie).

Action N°2 : dans le cadre de la coopération renforcée entre le médico-social et le sanitaire :

- améliorer l'échange d'informations par la mise en place de documents de liaison (DLU/fiche de liaison d'urgence HAS et l'intégrer dans le DMP),
- favoriser les échanges de pratiques entre les professionnels sanitaires et médico-sociaux (revue de mortalité de morbidité (RMM), Centre d'enseignement des soins d'urgence (CESU),...).

Action N°3 : mise en place d'une structure de coordination en soins palliatifs, mise en place de la fiche « SAMU-PALLIA » (cf volet soins palliatifs).

Action N°4 : favoriser les passages directs unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD)/HAD quand cela est possible.

Objectif stratégique n°4 du COS : assurer un accès de proximité à un système de santé gradué et de qualité.

Objectif stratégique n°7 du COS : développer une politique de ressources humaines favorisant l'accès à des soins de qualité et à une offre innovante.

Objectif opérationnel N°2 : conforter et optimiser le maillage des structures mobiles d'urgence.

Action N°1 : assurer l'effectivité H24, 365 jours par an de la deuxième ligne SMUR de Bastia.

Action N°2 : décliner un plan d'actions pour pérenniser les postes d'urgentistes (recrutement, renforcement de l'attractivité, conditions de travail,...).

Action N°3 : évaluer l'articulation de l'organisation et du fonctionnement des SAU et des SMUR sur l'ensemble du territoire.

Action N°4 : développer le dispositif des médecins correspondants du SAMU.

Objectif opérationnel N°3 : prendre appui sur les travaux et réflexions réalisés au niveau national pour l'évolution des différentes formes d'accueil médical non programmé en région tout en les adaptant aux spécificités de la Corse reconnues dans la SNS.

Action N°1 : mise en place d'un groupe de travail sur les AMNP dans le cadre des travaux entrepris au niveau national sur les accueils et consultations non programmés.

Objectif opérationnel N°4 : permettre l'évolution de l'AMNP du centre hospitalier intercommunal de Corte-Tattone vers une structure plus adaptée aux besoins du territoire.

Action N°1 : mettre en place un dispositif innovant s'intégrant dans un maillage territorial des urgences optimisées dans une région dont les spécificités ont été reconnues dans le volet spécifique à la Corse de la SNS.

Ce projet devra être porté par le pôle territorial des urgences de la GHT de Haute Corse afin de garantir la soutenabilité en termes de ressources humaines, de viabilité économique et d'expertise. La réglementation actuelle ne permettant pas cette possibilité, cette organisation innovante pourra être encouragée et accompagnée par le dispositif de l'article 51 mis en place par la LFSS de 2018 qui permet des dérogations à certaines dispositions des codes de santé publique et de la sécurité sociale dans le cadre notamment des groupements.

Objectif opérationnel N°5 : consolider la mise en œuvre la circulaire du 5 juin 2015 (harmonisation du schéma départemental de l'analyse et de couverture du risque (SDACR) avec le SRS).

Ce travail, qui a démarré en mai 2016 sur le département de la Haute-Corse sur la base des attendus de la circulaire du 5 juin 2015, a débouché sur une cartographie croisée des moyens médicaux et paramédicaux du SDIS et des moyens mis au service de l'aide médicale urgente (SMUR, MCS, transports sanitaires privés). Sur la question notamment des moyens médicaux, il a pu être observé une concordance entre les zones à faible densité médicale et les zones ne disposant pas de médecins sapeurs-pompiers volontaires.

Action N°1 : achever le travail de renouvellement des différentes conventions SAMU/SDIS.

Action N°2 : mieux intégrer les médecins sapeurs-pompiers et les infirmiers sapeurs-pompiers au dispositif de l'AMU (Aide Médicale Urgente).

Action N°3 : élargir les destinations possibles d'évacuation des patients pris en charge par les sapeurs-pompiers et ne nécessitant pas un transfert dans un service d'urgences.

Action N°4 : développer, si nécessaire, l'appui adapté du SDIS au dispositif de MCS (ex : véhicule léger d'infirmier de Cervione).

Objectif opérationnel N°6 : élaboration des conventions SAMU/Transporteurs sanitaires (TS) et harmonisation de la déclinaison des référentiels SAMU/SDIS et SAMU/TS dans les conventions départementales.

Action N°1 : achever le travail de concertation afin d'élaborer la convention SAMU-TS, afin de formaliser l'ensemble des coopérations entre les structures d'urgence et les TS (garde ambulancière, transport inter-hospitalier, appui logistique,...).

Action N°2 : mise en place d'une étude d'approche de besoins sur les transports sanitaires terrestres afin d'apprécier la mise en œuvre de dispositifs tels les coordonnateurs ambulanciers ou l'extension éventuelle, à titre expérimental, de la période de garde ambulancière sur certains territoires.

Un groupe de travail sur la répartition des autorisations des mises en service sur le territoire a été mis en place afin de mettre en adéquation les besoins et l'offre de transports.

Objectif stratégique n°6 du COS : soutenir l'intégration des pratiques innovantes en santé pour améliorer la qualité, la sécurité et l'accessibilité à la santé.

Objectif opérationnel N°7 : mise en œuvre d'ANTARES.

Action N°1 : acquisition et mise en œuvre de la solution de routage d'appel GENESYS sur les 2 SAMU afin de bénéficier d'une plateforme de gestion des appels et d'une file d'attente des appels.

Action N°2 : mise en réseau des autocommutateurs d'Ajaccio et de Bastia permettant de router, en cas de panne majeure de l'autocommutateur ou de coupures des lignes opérationnelles et de secours, d'un site à l'autre (convention de coopération et d'organisation à mettre en place entre les 2 SAMU).

Action N°3 : acquisition d'un module de gestion de débordement des appels, d'un module de statistiques et d'un terminal de gestion des voies radio.

Action N°4 : acquisition d'interfaces permettant les échanges entre les logiciels de gestion du SAMU et le logiciel utilisé par le SDIS permettant l'échange de données dès la prise en charge du patient.

Objectif opérationnel N°8 : mettre en place l'outil SI SAMU.

Le SI SAMU sera déployé sur les 2 SAMU en vague 2, sur la période début 2022 à mi 2023.

Ce programme permet la modernisation des SAMU-Centres 15 en s'adaptant à la fois aux organisations métier de tous les utilisateurs (médecine d'urgence, médecine libérale...) et aux relations fonctionnelles avec leurs partenaires.

C'est un programme innovant à vocation nationale dont les objectifs sont :

- disposer d'outils performants pour sécuriser la prise en charge du patient ;
- outiller les projets de coopération et d'entraide entre les SAMU Centres 15 ;
- superviser et piloter l'activité de régulation médicale et détecter les situations de dysfonctionnement (pannes ou autres) ;
- disposer de statistiques consolidées concernant l'activité de régulation médicale.

Action N°1 : intégration en avance de phase du portail SI SAMU permettant la collaboration, le partage d'informations et de documents utiles.

Ce module pourra être déployé en amont de la date de démarrage régional. Les outils permettront la gestion opérationnelle des patients et des ressources sanitaires mobilisées notamment en situation de crise.

Indicateur de suivi :

- ✓ déploiement d'un espace collaboratif
- ✓ déploiement d'un portail de gestion de crise

Action N°2 : déploiement de la solution complète du SI SAMU.

Indicateur de suivi :

- ✓ déploiement des versions V1R1, V1R2 et V1R3

Objectifs quantifiés (Implantations)

| Activité de soins : médecine d'urgence | Nombre d'implantations existantes PRS1 | Suppression | Création | Nombre d'implantations cibles PRS 2 |
|--|--|-------------|----------|-------------------------------------|
| SAMU | 2 | 0 | 0 | 2 |
| Structures des urgences | 4 | 0 | 0 | 4* |
| SMUR | 2 | 0 | 0 | 2 |
| Antennes SMUR | 6 | 0 | 0 | 6 |

*intégrant le dispositif innovant

1.9. Permanence des soins en établissement de santé (PDSSES)

Diagnostic

La permanence des soins en établissement de santé (PDSSES) se définit comme l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients dans une structure de soins nécessitant des soins urgents la nuit (à partir de 20h et jusqu'à 8 heures), le week-end (à partir du samedi midi) et les jours fériés. L'objectif de cette organisation est de garantir un accès permanent aux soins à l'échelle du territoire de santé en lien avec le réseau des urgences.

Elle se distingue de :

- la continuité de soins qui est une mission réglementaire qui incombe à tous les établissements de santé contrairement à la PDSSES pour laquelle l'établissement doit être expressément désigné par le directeur général de l'ARS ;
- des activités non programmées de jour ;
- de la permanence de soins ambulatoires.

La PDSSES concerne le seul champ des activités de court séjour : médecine, chirurgie et obstétrique (MCO).

Par conséquent, les ex hôpitaux locaux, les structures de soins de suite et de réadaptation, les unités de soins de longue durée, les activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et les activités de diagnostic prénatal, l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou d'identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales et psychiatrie (en dehors des structures de médecine d'urgence) ne relèvent pas du dispositif de PDSSES.

Elle couvre :

- des spécialités réglementées : réanimation, périnatalité, néonatalogie, chirurgie cardiaque, cardiologie interventionnelle, unité de soins intensifs cardiologiques, neurochirurgie, neuroradiologie interventionnelle, plateaux techniques spécialisés ;
- d'autres spécialités médicales (neurologie, gastroentérologie, pneumologie, hématologie clinique) et chirurgicales (vasculaire, thoracique, viscérale et digestive, orthopédique et traumatologique, infantile, ophtalmologie, ORL et urologie) qui peuvent nécessiter l'organisation d'une PDSSES éventuellement mutualisée.

Les activités de soins relevant de la continuité des soins ne sont pas inscrites dans le schéma cible et sont :

- la médecine polyvalente,
- la médecine interne,
- la gériatrie,
- l'endocrinologie,
- l'infectiologie,
- la dermatologie,
- la rhumatologie,
- la pneumologie,
- la chirurgie plastique,
- l'insuffisance rénale chronique.

La permanence des soins qui est inscrite dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) de l'établissement peut prendre la forme :

- d'une garde sur place (GSP) qui demande la présence continue d'un médecin dans l'enceinte de l'établissement ;
- d'une astreinte opérationnelle (AO) à domicile caractérisée par des appels réguliers, impliquant l'obligation pour le praticien de rester à la disposition de l'établissement à son domicile ou en un lieu voisin pendant toute la durée de l'astreinte et de répondre à tout appel.

Une enveloppe financière pour cette mission est mise en place sur le Fonds d'Intervention Régional (FIR).

Les modalités de financement sont différentes en fonction des établissements concernés publics ou privés.

- pour les établissements publics, une dotation annuelle est allouée aux deux centres hospitaliers calculée à partir du schéma cible et en fonction du nombre de déplacement envisagé pour les astreintes opérationnelles ;

- pour les établissements privés, les modalités d'allocations sont définies par l'arrêté du 18 juin 2013 qui définit les montants et conditions de versement de l'indemnité forfaitaire aux médecins libéraux participant à la mission de permanence des soins en établissements de santé.

Le volet sur la PDSSES évalue les besoins de la population, fixe des objectifs en nombre d'implantations par spécialité médicale et par modalités d'organisation, est opposable aux établissements de santé et aux autres titulaires d'autorisations d'activités de soins et d'équipements matériels lourds ainsi qu'aux établissements qui sollicitent de telles autorisations et peut être révisé chaque année en cas d'évolution des besoins ou de l'offre de soins. Si le directeur général de l'ARS estime que cette mission n'est pas assurée dans les conditions prévues, il ouvre une procédure d'appel à candidature.

Dans ce contexte, une évaluation du schéma cible a été amorcée par l'ARS qui devait permettre pour chaque ligne de PDSSES d'avoir un bilan quantitatif et qualitatif. Un seul établissement a répondu de manière exhaustive à cette évaluation. Par ailleurs, des appels à projets concernant les lignes d'ORL et d'ophtalmologie pour la Haute-Corse se sont avérés infructueux.

Constat après le PRS1 (points forts et points faibles) :

- L'astreinte opérationnelle prévue dans le schéma cible du PRS1 en pédiatrie a été transformée en garde sur place pour les deux établissements concernés (centres hospitaliers d'Ajaccio et de Bastia) afin d'être en conformité avec la réglementation.
- La ligne de PDSSES d'urologie de la polyclinique de Furiani a pu être favorablement évaluée car l'établissement a complété de manière exhaustive l'évaluation. De fait, une ligne complémentaire de PDSSES d'anesthésie non prévue à l'actuel schéma cible a été accordée et doit être actée dans le futur schéma cible.
- Plusieurs lignes d'astreintes ne sont pas encore opérationnelles :
 - Unité neuro-vasculaires (UNV) sur le centre hospitalier de Bastia, les difficultés de recrutement des neurologues ne permettent pas la reconnaissance d'une UNV.
 - ORL et ophtalmologie sur la Haute-Corse par manque d'opérateurs dans le secteur public. La majorité des médecins de ces spécialités exerce dans le secteur privé et ne souhaite pas participer à la PDSSES ; les appels à projets réalisés pour pourvoir ces lignes de PDSSES se sont avérés infructueux ;
 - la chirurgie de la main (pas d'appel à candidature mis en place sur le PRS 1).
- Une astreinte opérationnelle de gynéco-obstétrique est mise en œuvre à la polyclinique du Sud de la Corse.
- Certains établissements de santé privés ont mis en place des astreintes dans certaines activités de soins (urologie, orthopédie, chirurgie viscérale...) hors schéma cible.

Sur ce constat, les axes de travail pour le PRS 2 sont :

Axe N°1 : assurer un accès aux soins de spécialités nécessaires à la prise en charge aux urgences quel que soit l'horaire d'arrivée aux urgences.

Axe N°2 : être en capacité d'évaluer cette activité afin d'en assurer son efficience.

Objectif stratégique n°4 du COS : assurer un accès de proximité à un système de santé gradué et de qualité.

Objectif opérationnel N°1 : consolider le premier schéma cible.

Un certain nombre d'astreintes n'a pu être mises en œuvre faute de ressources humaines soit par absence de recrutement soit par non-participation des professionnels de santé libéraux à cette activité : neurologie, ORL et ophtalmologie.

La priorisation de certaines spécialités en Corse doit permettre de répondre à certains besoins. L'implication des professionnels de santé libéraux constitue pour des spécialités où l'offre est présente dans le secteur privé un levier d'autant que le législateur a prévu de nombreux dispositifs pour permettre la complémentarité public-privé.

De plus certains recrutements récents vont permettre la consolidation de filière médico-chirurgicale telle que la pneumologie.

Action N°1 :

- maintenir l'activité telle que déployée dans le premier schéma cible et pourvoir les disciplines vacantes,
- s'appuyer sur la téléconsultation et la télé expertise pour consolider les organisations.

Objectif opérationnel N°2 : satisfaire les nouveaux besoins en lien avec le PRS.

Le PRS prévoit un certain nombre d'évolutions de plateaux techniques :

- la chirurgie de la main : assurer pour les urgences un accès vers un centre spécialisé en organisant un appel à candidatures sur la prise en charge de la main aux horaires PDESES et en y intégrant la reconnaissance de l'établissement par la Fédération Européenne des Services d'Urgences Mains (FESUM).
- pédiatrique : mise en place d'une organisation graduée de l'offre de soins s'articulant autour d'un centre spécialisé régional intégré au sein des deux centres hospitaliers recours, avec une collaboration avec les professionnels privés qui le souhaitent et en partenariat fort avec la région PACA permettant un rayonnement sur l'ensemble du territoire.

Action N°1 : mettre en place et déployer les nouvelles lignes inscrites dans le PRS 2 en procédant à l'ouverture des appels à candidatures.

Objectif opérationnel N°3 : permettre une lisibilité de cette activité.

Une évaluation a été mise en œuvre en 2016-2017 par l'ARS, un seul établissement de santé a été en capacité de faire part de son activité de manière exhaustive. Sur ce constat, il convient de mettre en place un groupe technique afin de pouvoir automatiser ces données à partir des systèmes d'informations. Le défaut d'évaluation rend peu crédible la demande de financement supplémentaire dans un contexte contraint.

Action N°1 : se donner les moyens d'évaluer de manière qualitative et quantitative cette activité par la mise en place d'indicateurs automatisés à partir des systèmes d'information. Un groupe technique constitué des directions, des services d'urgences et des directeurs des services informatiques sera constitué sous le pilotage de l'ARS.

Action N°2 :

- s'interroger sur la nécessité d'une ligne d'astreinte opérationnelle en hépato-gastro entérologie (HGE) et pédiatrie sur le site de la polyclinique du Sud de la Corse à partir d'une évaluation sur 1 an des besoins pour ces spécialités aux horaires de PDESES.
- questionner :
 - l'offre en fonction des évaluations et notamment en nuit profonde en lien avec les SAMU,
 - les coopérations publiques et privées,
 - la place de la téléconsultation et de la télé expertise en appui des organisations.

Indicateur de suivi :

- ✓ Mise en place d'indicateurs automatisés permettant un suivi exhaustif de cette activité.

Le schéma cible :

| Activités | | Schéma cible PRS 1 | Schéma cible PRS 2 |
|-----------------------------------|----------------------------------|-------------------------|----------------------------------|
| <u>Activités réglementées</u> | réanimation | 2 sites GSP | 2 sites GSP |
| | USIC | 2 sites GSP | 2 sites GSP |
| | Gynécologie Obstétrique | 1 site GSP - 2 sites AO | 2 sites GSP - 1 site AO |
| | anesthésie | 2 sites GSP - 1 site AO | 2 sites GSP - 2 sites AO |
| | Néonatalogie/pédiatrie | 2 sites AO | 2 sites GSP – 1 site AO** |
| | UNV | 2 sites AO | 2 sites AO |
| | cardiologie interventionnelle | 2 sites AO | 2 sites AO |
| <u>activités non réglementées</u> | vasculaire et thoracique | 2 sites AO | 0 |
| | Chirurgie thoracique | | 1 site AO régional |
| | Chirurgie vasculaire | | 1 à 2 sites AO selon recrutement |
| | Chirurgie Viscérale et digestive | 3 sites AO | 3 sites AO |
| | orthopédie -traumatologie | 3 sites AO | 3 sites AO |
| | neurochirurgie | 1 site AO | 1 site AO régional |
| | ophtalmologie | 2 sites AO | 2 sites AO |
| | urologie | 2 sites AO | 2 sites AO |
| | médecine hyperbare | 1 site AO | 1 site AO régional |
| | gastro entérologie | 2 sites AO | 2 à 3 sites AO** |
| | pneumologie | 1 site AO | 2 sites AO |
| | chirurgie de la main | 1 site AO | 1 site AO régional |
| | ORL | 2 sites AO | 2 sites AO |
| | chirurgie pédiatrique* | | 2 sites AO |
| | anesthésie pédiatrique* | | 2 sites AO |
| | Imagerie en coupe | | 1 site AO régional |

*En lien avec le volet chirurgie centre spécialisé pédiatrie

**En fonction de l'évaluation prévue à l'action 4

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

Diagnostic

| Données 2016 | lits | Capacitaire 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

Constat après le PRS1 (points forts et points faibles) :

Certaines actions prévues pendant le PRS 1 n'ont pu s'opérer telles que :

- l'évaluation des conventions des établissements de santé utilisateurs des services de réanimation des établissements recours ;
- l'installation de l'unité de prise en charge des états neuro végétatifs ou pauci relationnels en Haute-Corse ;
- la mise en place d'un DIU (diplôme interuniversitaire pour les personnels de réanimation).

Au regard des forces et faiblesses de la filière actuelle, les travaux du PRS 2 ont été conduits autour de trois axes :

- 1er axe : assurer aux deux structures recours de Corse, portées par les centres hospitaliers d'Ajaccio et de Bastia, la capacité à prendre en charge les patients de leur territoire, dans un contexte de vieillissement de la population et d'efficience, en optimisant les lits de ces unités et en améliorant la gestion de leur aval.
- 2ème axe : œuvrer pour une gradation de la filière au niveau régional et inter-régional pour pallier l'absence de structures locales compte tenu de files actives trop faibles ou de l'absence des plateaux techniques hyper spécialisées en reproduisant le modèle ECMO.
- 3ème axe : améliorer la qualité et la sécurité des soins par le maintien des compétences médicales et paramédicales, la lutte contre les infections nosocomiales et le déploiement des systèmes d'information.

Objectif stratégique n°4 du COS : assurer un accès de proximité à un système de santé gradué et de qualité.
Objectif stratégique n°7 du COS : développer une politique de ressources humaines favorisant l'accès à des soins de qualité et à une offre innovante.

Ces objectifs visent à répondre par une filière graduée à toutes les situations, soit in situ soit en collaboration étroite avec les centres référents de la région PACA, en optimisant les outils de télémédecine, en confortant les ressources humaines et en assurant une prise en charge de qualité en adéquation avec l'évolution des techniques.

Objectif opérationnel N°1 : permettre aux deux structures recours de réanimation d'être en capacité de prendre en charge les patients de leur territoire.

Action N°1 :

- assurer un capacitaire en lits de réanimation et de surveillance continue 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, de faciliter l'accès à certaines spécialités type neuro chirurgie et éviter les prises en charge « foraines » à l'origine de tensions au sein des services hors structure spécialisée ;
- mettre en place une unité de soins de réadaptation post réanimation permettant aux patients lourds issus d'une prise en charge en réanimation (patients souffrant d'affections graves du système nerveux (cérébro ou médullo lésés sévères), insuffisants respiratoires sévères dépendant d'une assistance respiratoire et patients souffrant de graves déconditionnements physiques (respiratoires ou musculaires), de bénéficier d'un aval transitoire après la phase critique nécessitant des soins ne permettant pas le passage immédiat en soins de suite et de réadaptation (SSR) ou à domicile. Ce maillon entre les soins critiques et les SSR requiert les compétences des réanimateurs au regard de l'instabilité médicale et de la dépendance pour certaines fonctions vitales et des MPR (médecine physique et de réadaptation) pour la prise en charge en réadaptation. Il peut être un sas pour les malades en état pauci-relationnel ou les patients EVC (états végétatifs chroniques). Des critères d'admission seront mis en œuvre et l'aval sera envisagé afin d'éviter des séjours trop longs

Cette unité aura une vocation régionale et devra être intégrée au sein d'un établissement qui dispose d'une autorisation d'activité de soins de réanimation.

Une vigilance sera portée sur la viabilité économique du projet.

Action N°2 : optimiser l'utilisation des lits de surveillance continue, premier aval de la réanimation avant le transfert vers les services de médecine, chirurgie ou soins de suite et réadaptation.

Action N°3 : faciliter l'aval des patients en état végétatif chronique ou pauci relationnel en installant l'unité ad hoc en Haute-Corse et en s'adaptant au besoin en Corse-du-Sud.

Action N°4 : poursuivre les orientations par entrée directe au service de réanimation en lien avec le SAMU – SMUR en s'appuyant sur le déploiement du ROR.

Action N°5 : utiliser le ROR pour la gestion des lits de soins critiques dans le cadre de la préparation des plans urgences et de leur opérationnalité.

Indicateurs de suivi :

- ✓ taux d'occupation de structures de réanimation
- ✓ ROR hôpital en tension SC

Objectif opérationnel N°2 : poursuivre les actions de graduation de la filière au niveau régional et inter-régional permettant de répondre aux situations relevant de structures inexistantes en Corse.

Action N°1 : poursuivre les travaux sur les organisations :

- en inter-régions : pour la discipline pédiatrique, compte tenu de l'absence de structure de réanimation pédiatrique et de surveillance continue, profitant de l'expertise et du partage d'expérience des centres experts de la région PACA et en s'appuyant sur les outils de télé-expertise comme cela a été mis en œuvre pour l'ECMO ;
- en Corse :
 - par le partage d'expériences et d'outils entre les structures régionales et au cours d'une rencontre annuelle ;
 - avec l'unité de soins intensifs polyvalents de la polyclinique du Sud de la Corse afin de faciliter la prise en charge de patients par le centre recours du centre hospitalier d'Ajaccio.

Action N°2 : mettre en œuvre l'évaluation des conventions inter-structures insulaires afin de pouvoir les réviser dans un but d'amélioration de la prise en charge.

Action N°3 : faciliter l'informatisation homogène des services de soins critiques (Réanimation – USI – SC – SSPI) au sein des établissements de santé publics ayant un dossier patient informatisé (DPI) commun afin de simplifier les prises en charge et les coopérations avec un objectif d'anticipation face aux situations de crises sanitaires. La même démarche pourra être entreprise au sein de chaque établissement de santé privé.

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre de conventions
- ✓ nombre de comptes-rendus de réunions

Objectif opérationnel N°3: la qualité des soins par le maintien des compétences soit par la formation initiale et/ou continue ou par le partage d'expertise.

Action N°1 : veiller à l'attractivité des structures pour les personnels médicaux en maintenant les terrains de stage de spécialité, en favorisant les postes d'assistants partagés et en intégrant les mesures prévues au plan d'attractivité des carrières hospitalières.

Action N°2 : œuvrer pour la mise en place d'un diplôme inter-universitaire (DIU) de soins infirmiers en soins critiques en concertation avec la collectivité de Corse, l'université de Corse et les responsables d'enseignement des facultés de médecine. Cet accès à la formation pourrait intégrer plusieurs modules et utiliser les nouveaux outils technologiques (e-learning, salle de cours virtuelles, simulation haute-fidélité...) facilitant ainsi la participation d'un plus grand nombre d'intervenants prenant en charge les soins critiques. Cette action contribuerait aussi à réduire le turn-over des équipes.

Action N°3 : poursuivre la collaboration avec l'UFIR (Unité fonctionnelle d'infectiologie régionale) dans le cadre de la bonne prescription des antibiotiques.

Indicateur de suivi :

- ✓ turn-over des personnels de soins critiques (médicaux et paramédicaux)

Objectifs quantifiés (Implantations)

| Activité de soins | Nombre d'implantations existantes PRS1 | Suppression | Création | Nombre d'implantations cibles PRS 2 |
|-----------------------------|--|-------------|----------|-------------------------------------|
| Réanimation modalité Adulte | 2 | 0 | 0 | 2 |

Les soins intensifs et la surveillance continue font l'objet d'une reconnaissance contractuelle.

1.11. La filière accident vasculaire cérébral (AVC)

Constat après le PRS1 (points forts et points faibles) :

Les accidents vasculaires cérébraux, quel que soit leur étiologie, représentent 530 patients en Corse en 2015. La filière mise en place dans chaque département est dépendante des ressources humaines pour la spécialité de neurologie :

- une unité neuro vasculaire (UNV) a vu le jour fin 2014 au centre hospitalier d'Ajaccio ; cette unité prend en charge la grande majorité des AVC et des AIT (accidents ischémiques transitoires) du département de Corse-du-Sud. L'unité a mis en œuvre 18 thrombolyse pour l'année 2016 ce qui représente 8.5% des traitements des accidents ischémiques. L'aval de la structure est le plus souvent le domicile. Lorsque les soins de suites et de réadaptation (SSR) sont sollicités, les séjours sont réalisés dans les SSR mentions neurologiques du département de Corse-du-Sud, les flux intra régionaux et interrégionaux restent à la marge. La fluidité de la filière est assurée par un partenariat entre les structures de MCO et de SSR et une visite des spécialistes de médecine physique et réadaptation (MPR) au sein de l'UNV et des consultations de neurologie au sein des SSR. La modalité de prise en charge en HAD est utilisée. Les consultations post AVC ont été organisées en 2016. La consultation pluri-professionnelle a été déployée depuis mars 2017.
- le centre hospitalier de Bastia n'a pu installer son unité neuro-vasculaire compte tenu de difficultés de recrutement de neurologue. Il a organisé sa filière aigüe au sein du service des urgences. L'alerte thrombolyse, lorsqu'elle est déclenchée, permet d'avoir une imagerie par IRM et un avis de neurologue par télé-expertise avec recours aux neurologues de l'UNV du centre hospitalier universitaire de Nice permettant une thrombolyse si l'état du patient le nécessite. La montée en charge du dispositif a été progressive. L'aval de la phase aigüe est réalisé au sein de trois unités : le service de médecine polyvalente, le court séjour gériatrique ainsi que le service de neurochirurgie. Le mode de sortie après un AVC est le plus souvent le domicile. Lorsqu'une hospitalisation en SSR est nécessaire, elle est réalisée au sein du centre hospitalier de Bastia dans le service de SSR « mention neurologique ». Les flux intra-régionaux sont plus importants compte tenu d'une capacité en lits et places plus réduite en SSR sur le département de Haute-Corse. Il n'y a pas de consultation post AVC, seul le médecin de rééducation fonctionnelle consulte certains patients après un séjour en SSR. La fluidité de la filière est assurée par des consultations du spécialiste en MPR pendant le séjour en médecine, le retour à domicile est facilité par des « week-end tests » avant la sortie définitive de l'unité de SSR. Le retour à domicile avec une prise en charge en HAD est peu pratiqué.

Une seule campagne grand public d'information et de sensibilisation aux signes de l'AVC a été réalisée en 2016.

Les actions qui n'ont pu être mises en œuvre :

- le maillage territorial notamment pour les sites autorisés à l'activité de médecine d'urgence et possédant un plateau d'imagerie ;
- les actions de formation des professionnels de santé y compris pour les signes AVC chez l'enfant ;
- les liens à organiser avec les EHPAD par le déploiement des fiches de liaison urgences ;
- un seul programme d'éducation thérapeutique avec une autorisation en 2014 mais une mise en œuvre effective en 2016.

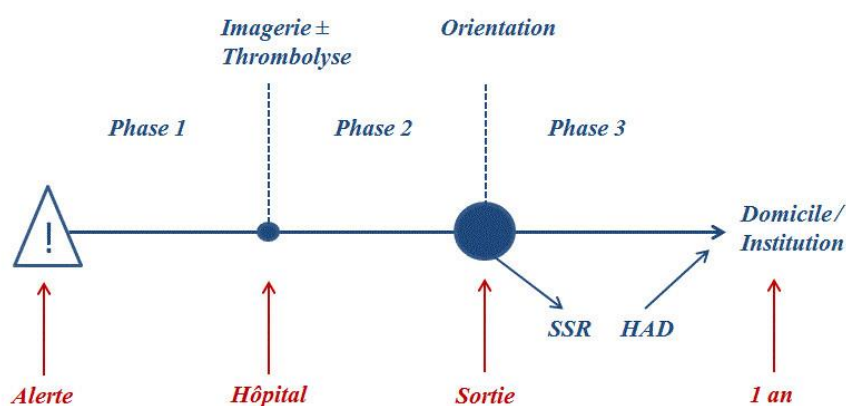
C'est sur ce constat que le volet AVC du PRS 2 s'est construit avec une articulation autour de 3 axes.

- 1^{er} axe : agir sur les délais de prise en charge par l'information et la sensibilisation des usagers et par des formations des professionnels de santé.
- 2^{ème} axe : poursuivre l'organisation de la filière en prenant appui sur les établissements de santé disposant d'une UNV.
- 3^{ème} axe : faciliter et sécuriser les retours à domicile post séjours hospitaliers ou post SSR.

Objectif stratégique n°4 du COS : assurer un accès de proximité à un système de santé gradué et de qualité.

Il s'agit de prendre en charge les patients dans des délais compatibles avec les traitements permettant une revascularisation, réduire les séquelles en rendant le patient acteur de sa prise en charge et garantir une prise en charge adaptée quel que soit le lieu de vie dans le cadre d'un parcours.

Le parcours AVC- AIT peut se décrire selon le processus suivant :



4 objectifs opérationnels découlent de ce processus selon la phase de prise en charge :

- en amont de l'hospitalisation
- pendant l'hospitalisation
- lors de la sortie du séjour MCO
- au domicile

Objectif opérationnel N°1 : en amont de l'hospitalisation, alerter au plus tôt afin de pouvoir garantir les possibilités de revascularisation aux patients présentant un AVC et d'éviter une récurrence aux patients présentant un AIT.

Les délais permettant une revascularisation sont aujourd'hui de 4H30 pour une thrombolyse et 6H pour une thrombectomie. Ce temps correspond au délai entre les premiers signes présentés par le patient et la mise en œuvre des traitements de revascularisation. Ces contraintes doivent inciter les professionnels de santé à rendre le patient acteur de sa prise en charge. Dans ce contexte, trois actions sont déclinées :

Action N° 1 : repérer les populations à risque neuro-vasculaire afin de les sensibiliser ainsi que leurs familles aux signes d'alerte AVC et au réflexe centre 15 pour la prise en charge. Ce repérage sera mis en œuvre par les spécialistes cardio-vasculaires (y compris lors des séjours en SSR) et par les médecins traitants. La sensibilisation sera adaptée au profil du patient et de son entourage.

Action N°2 : poursuivre les campagnes d'information grand public à un rythme d'une campagne par an.

Action n°3 : accompagner les professionnels de santé par des actions de formation et d'information AIT –AVC en lien avec les médecins des UNV, structures pivot dans l'animation du territoire. Le relais sera sollicité auprès de l'assurance maladie pour des campagnes d'information auprès des professionnels de santé du 1^{er} recours.

Objectif opérationnel N°2 : pendant l'hospitalisation, permettre au SAMU dès les premiers signes de jouer son rôle de régulateur en orientant le patient vers le plateau technique le plus adapté à son état de santé dans une filière organisée. La filière s'articulera autour des UNV en lien avec les structures d'urgence disposant d'un plateau d'imagerie.

Action N°1 : consolider l'organisation de la filière graduée selon la situation de l'établissement de santé.

1ère situation : existence d'une UNV.

Une UNV fonctionne au centre hospitalier d'Ajaccio, avec la possibilité de recours à l'UNV de Nice pour un avis expert pour les diagnostics rares ou complexes. Il est indispensable que les effectifs médicaux permettent des fonctionnements en astreinte sur trois praticiens au regard du territoire d'intervention. La cible pour le centre hospitalier de Bastia est l'installation d'une UNV dès recrutement d'un neurologue.

2ème situation : service d'urgence avec un plateau technique d'imagerie permettant l'accès à l'IRM H24 en l'attente de l'installation de l'UNV.

L'organisation intra-hospitalière du centre hospitalier de Bastia permet la prise en charge de l'urgence par les urgentistes avec un pool de référents afin de sécuriser lors des pics de recours à l'intérim médical et du post urgence avec la mise en place d'une unité de lieu au sein de l'établissement permettant de regrouper l'ensemble des AVC/ AIT quel que soit l'âge. Cette unité de lieu a pour objectif de faciliter la prise en charge par une équipe pluri professionnelle afin d'agir au plus tôt sur la prévention des séquelles.

Le post thrombolyse devra être organisé afin de garantir la surveillance clinique et para clinique rapprochée pendant les 12 premières heures avant transfert vers l'UNV recours ou à défaut l'UNV du centre hospitalier d'Ajaccio. Lors de l'impossibilité de transfert ou pour des patients non thrombolysés nécessitant une surveillance rapprochée, la structure devra organiser la prise en charge en interne en unité de soins critiques selon l'état du patient.

3ème situation : les services d'urgence avec accès à un plateau d'imagerie IRM, hors cible UNV.

Cette situation correspond à celle de la polyclinique du sud de la Corse, avec nécessité de mise en place de l'ORUBOX-AVC pour un recours expert, dans le cadre d'une prise en charge collégiale, avec les médecins de l'UNV du centre hospitalier d'Ajaccio. Cette organisation nécessite la désignation d'un référent AVC au sein des urgences. L'inscription au diplôme universitaire neuro-vasculaire permettra à ce référent d'être le pivot du dispositif : interlocuteur de l'équipe d'urgentistes au sein de l'établissement et correspondant de l'UNV du centre hospitalier d'Ajaccio. Lorsque la filière sera stabilisée au sein de l'établissement, le pool d'urgentistes formé et après validation par l'équipe médicale de l'UNV du centre hospitalier d'Ajaccio la pratique des thrombolyse in situ avec recours à la télé expertise pourra se déployer.

4ème situation : service d'urgence avec accès à un plateau technique d'imagerie H24 type « scanner ».

Cette situation correspond à celle du centre hospitalier de Calvi-Balagne. Il conviendra d'équiper cette structure d'un ORUBOX qui permettra de partager le visuel du patient et les images avec les médecins de l'UNV du centre hospitalier d'Ajaccio pour faciliter les prises en charge et optimiser les orientations dans l'attente de la reconnaissance d'une UNV au centre hospitalier de Bastia et d'une coopération dans le cadre du GHT. Toutefois l'accès au plateau technique d'imagerie ne devra pas impacter les délais de prise en charge pour les actes de revascularisation. L'inscription d'un urgentiste au diplôme universitaire neuro-vasculaire permettra de désigner un référent dans la structure, interlocuteur pour la filière AVC / AIT.

5ème situation : les accueils médicaux non programmés en articulation avec le SAMU régulateur devront assurer l'accès le plus rapide vers un centre en capacité de réaliser une thrombolyse.

Action N°2 : animation de la filière par les médecins de l'UNV insulaires avec l'appui des médecins de l'UNV du centre hospitalier universitaire de Nice par des réunions au moins semestrielles par visioconférences avec les référents désignés de chaque structure SAU et par l'évaluation des pratiques sur la prise en charge AIT et AVC selon des référentiels partagés.

Action N°3 : en l'absence de prise en charge par thrombectomie sur l'île et au regard des impératifs de délai pour la réalisation de cet acte de revascularisation, mettre en place un recueil prospectif au sein des deux centres hospitaliers afin de recenser le nombre de patients pour lesquels l'indication est posée. Parallèlement les actions d'information et de formation, le repérage des populations à risque et l'optimisation de la filière doivent contribuer à réduire les délais de prise en charge afin de permettre les déplacements des patients nécessitant une thrombectomie vers les centres recours dans des délais compatibles avec la réalisation de l'acte.

Action N°4 : pour les AVC d'origine non ischémique, le service de neurochirurgie du centre hospitalier de Bastia apportera son expertise en tant que structure régionale de recours grâce au déploiement de la télé-expertise selon des protocoles partagés avec les médecins référents de chaque structure.

Action N°5 : à partir du recueil prospectif des files actives, étudier les possibilités de pratiquer les thrombectomies en Corse si les évolutions réglementaires le permettent.

Objectif opérationnel N°3 : à la sortie de l'hospitalisation en MCO, garantir à chaque patient un aval en lien avec son état de santé quel que soit son lieu de vie.

L'orientation du patient après son hospitalisation est liée à son état de santé et notamment la nécessité de prendre en charge des troubles cognitifs et ou un déficit fonctionnel. La lourdeur de ces prises en charge, l'état du patient et son environnement guident son orientation. Différentes modalités permettent cette prise en charge :

- les SSR mention neurologique, acteur de la filière actuelle ;
- les unités pour états pauci-relationnels et végétatifs chroniques ;
- les HAD ;
- la prise en charge par les professionnels de santé libéraux (masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, infirmier diplômé d'état).

Action N° 1 : anticiper et articuler la prise en charge avec l'aval au plus tôt afin d'éviter les durées de séjours trop longues au sein des unités : l'organisation des consultations MPR au sein des unités de prises en charge, les week-ends « test » après un séjour en SSR, l'utilisation des nouvelles technologies pour la visualisation des lieux de vie par les ergothérapeutes, l'articulation avec les HAD (staff sorties complexes) et avec les structures relevant du secteur médico-social sont autant d'initiatives à poursuivre et ou à développer afin de fluidifier la filière et de favoriser les retours au domicile dans les meilleures conditions quel que soit le lieu de vie. Poursuivant ce même objectif pour des patients ne relevant pas d'une hospitalisation en SSR, la possibilité de l'évaluation du patient et de la guidance des familles sera expertisée à la lumière des évolutions tarifaires en SSR (hospitalisation à temps partiel) .

Action N°2 : mettre à disposition des acteurs de santé un répertoire des ressources de masseurs kinésithérapeutes précisant l'accessibilité des cabinets et l'équipement en balnéothérapie. Ce répertoire est issu des travaux de recensement de l'URPS masseurs-kinésithérapeutes en cours. La faisabilité technique de l'intégration de ce répertoire dans le Répertoire Opérationnel des Ressources sera examinée par les services de l'agence.

Objectif opérationnel N°4 : au domicile, assurer à chaque patient un retour sécurisé en facilitant les échanges d'information entre les professionnels de santé à chaque temps de la prise en charge, en organisant les consultations post-AVC pluri-professionnelles dans les six mois après l'accident et au plus tard dans l'année, en donnant au patient les moyens de s'impliquer dans sa prise en charge « empowerment » et en guidant les familles dans leur nouveau rôle.

Action N°1 : déployer les programmes d'éducation thérapeutique AVC/AIT en incluant les formations des aidants. Un appel à projets régional sera mis en œuvre au cours du PRS.

Action N°2 : déployer les consultations pluri-professionnelles post-AVC au sein des deux centres hospitaliers. Il s'agit de réévaluer les patients ayant présenté un AVC pour redéfinir les programmes personnalisés de soins et d'évaluer ceux n'ayant pas bénéficié d'une prise en charge dans une UNV ou dans une unité ayant mis en place une prise en charge pluri-professionnelle précoce. Au regard de l'implantation des SSR « mention neurologie », la participation des MPR dans cette activité est à développer afin de recentrer les moyens sur une unité de lieu.

Action N°3 : mettre en place des consultations de proximité post-AVC dans le cadre d'un appel à projets régional en fonction des recrutements des neurologues.

Action N°4 : favoriser les échanges par feuilles de liaison par messagerie sécurisée de santé entre professionnels de santé et par intégration des comptes rendus dans le DMP.

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre d'AVC et AIT par infra territoire ;
- ✓ nombre d'alertes thrombolyse et de thrombolyse ;
- ✓ recueil prospectif des indications de thrombectomie ;
- ✓ suivi des durées moyennes de séjours AVC et AIT ;
- ✓ nombre de consultations post AVC/nombre d'AVC ;
- ✓ nombre de patients ayant bénéficié d'un programme d'ETP.

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

Diagnostic

Le taux standardisé de mortalité pour 100 000 habitants (période 2012-2014) est supérieur de 9.5 par rapport au territoire national (192.8 Corse versus 183.3 France entière), avec une mortalité prématurée plus élevée pour les cardiopathies ischémiques. Par ailleurs, la prévalence de l'ALD 5 (insuffisances cardiaques, troubles du rythme, cardiopathies valvulaires et congénitales) est de 2011 patients en ALD pour 100 000 versus 1645 pour le territoire national.

Le taux de recours standardisé à l'angioplastie coronaire est en évolution depuis 2012 avec un taux de 3.89 versus 2.49 pour le territoire national plaçant la Corse en première position. En parallèle, le taux de recours au pontage coronaire est de 0.28 versus 0.29 au niveau national plaçant la Corse en 9ème position sur les 17 régions. Ces éléments conduisent à poursuivre les actions engagées dans le PRS 1 en développant la filière de prise en charge intégrant la dimension préventive. Par ailleurs, un travail d'analyse des taux de recours afin de mieux appréhender le contexte épidémiologique mais aussi les pratiques des intervenants sera développé au cours du PRS2.

Constat après le PRS1 (points forts et points faibles) :

En 2016, la cardiologie non interventionnelle représente 4298 patients dont 89% hospitalisés sur l'île. Les cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels concernent 3631 patients dont 81 % pris en charge dans un établissement insulaire. La filière mise en place dans chaque département concentre la prise en charge aigue sur les deux centres hospitaliers recours qui bénéficient du plateau technique spécialisé regroupant le SAMU /SMUR, la réanimation avec des possibilités de prise en charge sous ECMO, les unités de soins intensifs de cardiologie, les autorisations d'angioplasties et les unités de cardiologie conventionnelle.

Les actions qui ont pu être mises en œuvre pendant le PRS 1 :

- la filière urgences notamment sur le territoire de Haute-Corse dans le cadre de la communauté hospitalière de territoire par la protocolisation de la prise en charge et l'équipement des SMUR en appareil ECG avec transmission des données à distance permettant un avis cardiologique ;

- la mise en place d'une filière graduée dans le cadre de la prise en charge des défaillances cardiaques et respiratoires en lien avec le centre recours de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille (APHM) et l'unité mobile d'assistance circulatoire du Pr Collard ;
- le développement de la prévention du risque de ré-hospitalisations par l'installation des deux SSR mention cardio-vasculaire et plus largement par la mise en œuvre de programmes d'éducation thérapeutique ;
- le regroupement sur un site unique au centre hospitalier d'Ajaccio de l'activité de cardiologie interventionnelle ;
- la mise en place d'une activité de rythmologie interventionnelle au centre hospitalier de Bastia en collaboration avec l'APHM (service du Pr Deharo).

Afin de consolider la filière cardiologique, les travaux du PRS 2 s'articulent autour de 4 axes.

- 1^{er} axe : agir par la prévention ;
- 2^{ème} axe : réduire les délais de prise en charge par l'information, la sensibilisation des usagers et par des formations des professionnels de santé ;
- 3^{ème} axe : prendre appui sur l'interface ville-hôpital pour optimiser la filière de cardiologie ;
- 4^{ème} axe : faciliter et sécuriser les retours à domicile post- séjours hospitaliers (MCO – SSR).

Ces axes devront s'appuyer sur l'innovation en santé afin de leur assurer la déclinaison la plus efficiente possible.

Objectif stratégique n°4 du COS : assurer un accès de proximité à un système de santé gradué et de qualité.
Objectif stratégique n°6 du COS : soutenir l'intégration des pratiques innovantes pour améliorer la qualité, la sécurité et l'accessibilité à la santé.

S'attacher à développer la relation d'alliance entre les professionnels de santé et les usagers au sein d'une organisation de soins gradués et innovante pour répondre aux défis à venir.

5 objectifs opérationnels découlent de ce processus selon les phases de prise en charge :

- en amont la prévention,
- la filière aigüe,
- l'activité interventionnelle,
- un zoom sur l'insuffisance cardiaque,
- l'aval de l'hospitalisation.

Les maladies cardio-vasculaires demeurent la principale cause de décès chez les hommes et les femmes d'âge adulte à l'échelle mondiale. Malgré les améliorations importantes réalisées au cours des dernières décennies pour réduire la mortalité attribuable aux maladies cardio-vasculaires, la prévalence de personnes vivant avec cette pathologie a augmenté de façon marquée.

La Corse au regard de ses indicateurs (taux standardisé de mortalité, mortalité prématuré, ALD) a un défi à relever pour l'accès des populations au programme de prévention.

Les maladies cardio-vasculaires sont liées à des facteurs modifiables : l'hypertension artérielle, le diabète, le stress, le tabac, l'inactivité physique, l'obésité abdominale, une alimentation de mauvaise qualité, l'hypercholestérolémie, la surconsommation d'alcool.

S'il existe plusieurs facteurs, le risque ne s'additionne pas, il est multiplié. Cela souligne la nécessité de réfléchir en termes de risque global ou absolu et non par simple addition de ces facteurs.

La majorité de ces facteurs sont comportementaux et interdépendants entre eux. Ainsi, il n'est pas rare de voir un patient dont le stress professionnel ou familial implique une fatigue, diminuer son activité physique, manger moins bien, donc être en surpoids, et de fait développer le risque à long terme d'hypertension artérielle, de diabète, d'hypercholestérolémie.

Objectif opérationnel N°1 (la prévention) : rendre l'utilisateur acteur de sa santé en l'informant et l'associant à la prise en charge de ses facteurs de risque dans une démarche globale d'alliance partagée avec son environnement social et les professionnels de santé.

Action N°1: développer des programmes d'éducation thérapeutique intégrant la prise en charge de proximité en s'appuyant sur l'expertise des équipes autorisées dans la spécialité. Ces programmes pourront faire l'objet d'appels à projets régionaux.

Action N°2: relayer les informations grand public afin d'homogénéiser les messages et les amplifier. Ces relais d'information pourront prendre la forme de journées « parcours du cœur » associant les différents acteurs de la filière : praticiens cardiologues, professionnels de santé reconnus au niveau national pour leur hyper spécialité et associations de patients. Dans le cadre de ces journées, une réflexion sur un appui, via la Fédération Française de Cardiologie, pour la création d'une association régionale de professionnels et d'utilisateurs sera recherchée.

Action N°3 : favoriser l'émergence de programmes de recherche éligibles au projet de recherche parcours de soins dans le cadre de la prévention.

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre de programmes d'ETP et d'appels à projets d'ETP

Objectif opérationnel N°2 (la filière aigüe) : alerter au plus tôt les SAMU afin de pouvoir garantir les possibilités de revascularisation aux patients pour éviter une atteinte de la fonction cardiaque.

Le principe thérapeutique doit conduire à une revascularisation la plus rapide possible en regard du Temps T0 (ECG qualifiant) soit en moins de 90 minutes selon les recommandations mises à jour de la prise en charge des syndromes coronariens aigus (SCA) ST+ en 2017 disponibles sur le site de sociétés savantes. Le temps c'est du muscle sauvegardé.

Action N° 1 : repérer les populations à risque cardio-neuro-vasculaire afin de les sensibiliser ainsi que leurs familles aux signes d'alerte et au reflexe centre 15 pour la prise en charge. Ce repérage sera mis en œuvre par les médecins traitants et les spécialistes cardio-vasculaires. La sensibilisation sera adaptée au profil du patient et de son entourage et sera accompagnée par l'ensemble des professionnels de santé du premier recours.

Action N°2 : poursuivre les campagnes d'information grand public à un rythme d'une campagne par an.

Action N°3 : permettre au SAMU dès les premiers signes de jouer son rôle de régulateur en orientant le patient vers le plateau technique le plus adapté à son état de santé dans une filière organisée. Cette organisation s'appuiera sur une protocolisation afin d'homogénéiser la prise en charge initiale, d'assurer l'accès à l'avis expert en s'appuyant sur la e-santé et de garantir une équité de prise en charge quel que soit le lieu de vie.

Cette protocolisation prendra en compte l'évolution de la pratique médicale, en s'appuyant sur les référentiels des sociétés savantes (société européenne de cardiologie et société française) dont la mise à jour de la prise en charge des SCA ST + en 2017 disponible sur le site de ces sociétés :

- le principe reste un accès si possible direct à la salle de cathétérisme (éviter le temps perdu via SAU ou USIC)
- ce protocole est à établir pour chaque GHT entre urgentistes et cardiologues tenant compte des spécificités géographiques, des habitudes thérapeutiques, spécifiant la place de la thrombolyse intraveineuse en cas de délais de transfert longs. Il doit intégrer également les possibilités de télétransmission de l'ECG et la place des transferts hélicoptérés. Il devra être partagé avec la polyclinique du Sud de la Corse compte tenu de son activité d'urgences.

Il faudra se donner les moyens de mesurer les temps de prise en charge par des moyens informatiques adaptés via une application ad-hoc.

Action N°4 : la filière urgences s'appuiera sur les deux services associant les USIC et les salles invasives. Elle permettra l'identification d'un référent pour cette filière aigüe dans chaque établissement de santé autorisé à une activité d'urgences et ne disposant pas de plateau technique spécialisé afin d'assurer l'interface et la réactivité nécessaire entre les structures. Comme spécifié précédemment, pour les SCA ST +, il faut privilégier l'admission directe en salle de cathétérisme.

Indicateur de suivi :

- ✓ extraction des données de l'application ad-hoc

Objectif opérationnel N°3 (l'activité interventionnelle) : assurer au patient une prise en charge graduée en inter-régional afin d'éviter une perte de chance y compris par renoncement aux soins.

Les actes de cardiologie interventionnelle sont définis par opposition aux actes chirurgicaux. Ces actes sont soumis à autorisation. Parmi ces actes, certains réalisés par des cardiologues interventionnels ne peuvent être pratiqués que sur un site disposant d'une autorisation de chirurgie cardiaque. D'autres actes ne nécessitent que l'autorisation spécifique de cardiologie interventionnelle mais avec convention chirurgicale.

- Actes nécessitant une autorisation conjointe de chirurgie cardiaque :
 - Interventions structurelles percutanées (ou trans apicales VG)
 - Valvulaires : transcatheter Aortic Valve Implantation, MitraClip
 - Autres : occlusion de l'auricule gauche, d'un foramen perméable, d'une communication interventriculaire acquise, d'une fuite para prothétique.
- Actes soumis à autorisation en dehors d'un plateau de chirurgie cardiaque (mais avec convention) :
 - Rythmologie Interventionnelle
 - Techniques ablatives y compris ablations de fibrillation auriculaire (FA)
 - Stimulation multisites.
 - Défibrillation :
 - Pose de dispositifs de prévention de la mortalité cardiaque liée à des troubles du rythme.
 - Procédures d'ablation endocavitaires.
 - Angioplasties.

Les centres hospitaliers d'Ajaccio et de Bastia sont autorisés à l'activité d'angioplastie, seul celui de Bastia est autorisé à l'activité de rythmologie interventionnelle en collaboration avec l'AP-HM dans le cadre d'une convention.

Au regard de cette organisation plusieurs questions se posent sur :

- le rayonnement régional du centre de rythmologie du centre hospitalier de Bastia, le centre hospitalier d'Ajaccio faisant appel à des professionnels de santé de la région PACA pour avis avec la réalisation des actes déportée sur cette région :
 - la collaboration dans ce domaine entre les deux centres hospitaliers pose le problème de la géographie (accès) et de la démographie médicale actuelle du centre hospitalier de Bastia.
 - par contre, l'intérêt serait de majorer la masse critique de rythmologie interventionnelle de ce dernier mais nécessitera sans doute un peu de temps afin de faire évoluer les « habitudes » des usagers et les relations entre professionnels.
- le déploiement en Corse d'une activité d'intervention structurelle per cutanée pour certains patients adultes ne pouvant et/ou refusant d'effectuer les déplacements en collaboration étroite avec les centres référents PACA afin d'éviter le renoncement aux soins en l'absence de service de chirurgie cardiaque. Ceci nécessiterait (en regard de la réglementation) une « dérogation » et, par ailleurs, une protocolisation rigoureuse avec le service de chirurgie cardiaque référent.
- le sur-recours pour les angioplasties et le sous-recours pour la chirurgie coronaire. Ces constats interrogent la pertinence des actes de cardiologie interventionnelle et l'accès à la chirurgie cardiaque. Il est rappelé que

les recommandations de la Société Française de Cardiologie spécifient (en dehors de l'urgence) la nécessité d'une concertation médico-chirurgicale (visio conférences, etc..).

- les actes diagnostics relèvent en très grande partie d'une prise en charge ambulatoire. Pour les angioplasties programmées, les « premières expériences » semblent favorables avec des indications qui restent encore à préciser. La géographie du territoire sera à prendre en compte hors la zone urbaine compte tenu de sa proximité au plateau technique hospitalier.

Action N°1 : mettre en place les conditions d'organisation d'une filière graduée régionale et inter-régionale dans le cadre de l'activité de rythmologie interventionnelle reposant sur les centres hospitaliers d'Ajaccio et de Bastia. Pour cette action, un groupe de travail intégrant les équipes des deux établissements de santé et du centre référent PACA sera constitué afin d'établir les conditions organisationnelles et analyser la soutenabilité de la mise en place d'une activité sur les deux sites référents de cardiologie.

Action N°2 : constituer un groupe de travail ad hoc pour étudier la faisabilité d'une activité dérogatoire compte tenu de l'absence de service de chirurgie cardiaque permettant la réalisation d'actes d'intervention structurale percutanée pour les adultes présentant des pathologies valvulaires aortiques nécessitant leur remplacement, afin d'éviter le renoncement aux soins des certains patients. Ce groupe de travail intégrera les professionnels de santé des centres recours PACA.

Action N°3 :

- faciliter les échanges avec les services de chirurgie cardiaque PACA en favorisant les consultations avancées et la télé expertise pour cette spécialité.
- mettre en place un groupe ad hoc médico-chirurgical pour élaborer le diagnostic régional et proposer un plan d'actions dans le cadre du Plan d'Actions Pluriannuel Régional d'Amélioration de la Pertinence des Soins 2016 / 2020.

Action N°4 : développer la prise en charge en ambulatoire des actes diagnostics. Pour l'activité interventionnelle ambulatoire, il conviendra de s'appuyer sur l'expérience des centres pilotes et de prendre en compte la géographie du territoire pour en valider les indications.

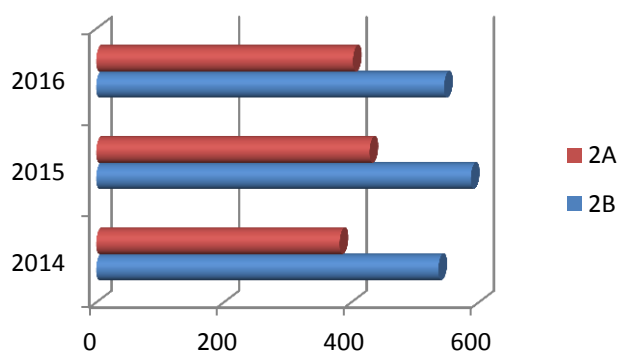
Indicateur de suivi :

- ✓ Suivi de l'attractivité des structures insulaires par exploitation des données PMSI y compris pour l'ambulatoire
- ✓ Suivi de l'évaluation des conventions avec les centres référents PACA

Objectif opérationnel N°4 : anticiper les décompensations par le repérage précoce et accompagner le retour à domicile afin d'éviter les hospitalisations itératives.

- **Zoom sur l'insuffisance cardiaque**

L'exploitation des bases PMSI a permis d'identifier les séjours ayant un diagnostic principal insuffisance cardiaque. Cette exploitation est reprise dans le diagramme ci-dessous pour les années 2014 à 2016.

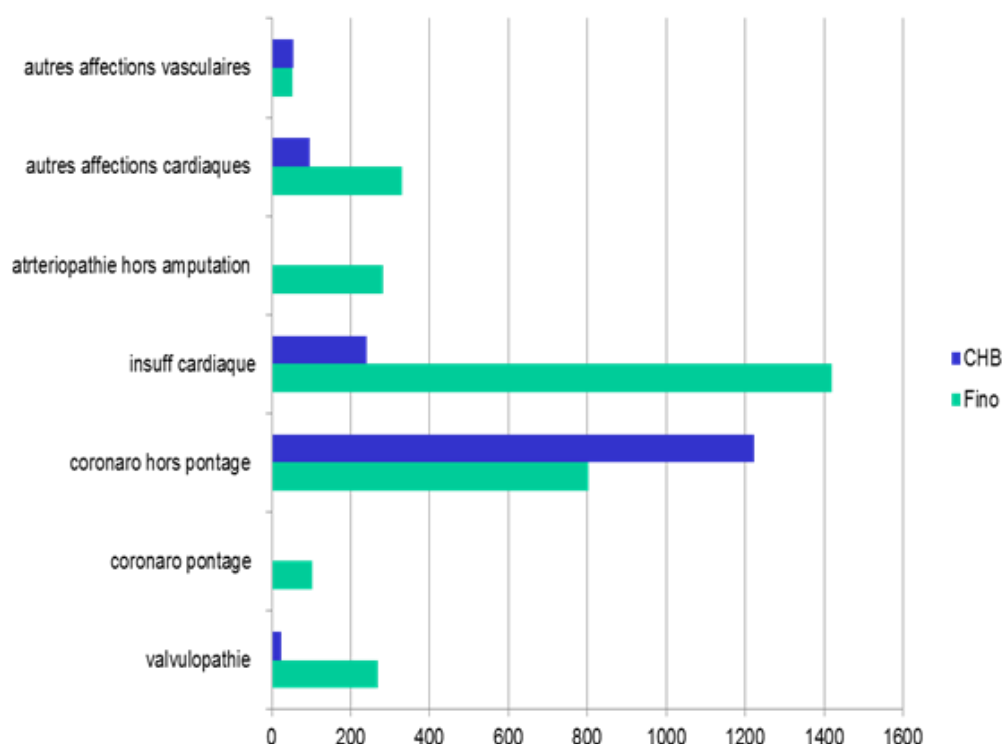


A l'occasion des travaux du PRS, la mise en place d'unités thérapeutiques d'insuffisance cardiaque (UTIC) a été évoquée afin d'optimiser le temps d'hospitalisation, de diminuer les ré-hospitalisations, d'intégrer l'éducation thérapeutique et d'organiser au mieux le retour à domicile. La structuration pourra s'inspirer des sites déjà existants et devra intégrer l'e-santé pour la surveillance à domicile.

- **L'aval de l'hospitalisation**

L'épisode aigu doit être considéré comme le révélateur de la maladie cardio-vasculaire qui, faute de prise en charge globale, générera d'autres événements cardiaques récurrents. La prévention de la maladie cardio-vasculaire dans un contexte de vieillissement de la population fait partie des priorités du PRS 2.

Les données PMSI SSR montrent pour le 1^{er} semestre 2017, les activités suivantes en termes de journées. Il convient de prendre en compte une montée en charge pour les données du centre hospitalier de Bastia compte tenu d'une activité démarrée après le mois de mars 2017.



La prescription de la réadaptation cardiaque fait partie des critères requis pour la prise en charge des patients après un syndrome coronarien aigu et dans le cadre de leur parcours de soins.

L'objectif principal de la prise en charge en réadaptation cardiovasculaire (RCV) est d'acquérir l'autonomie nécessaire aux patients pour un retour à domicile en tenant compte de la réinsertion sociale et professionnelle.

Elle permet au patient de prendre conscience de ses facteurs de risques et de pouvoir s'impliquer sur leur réduction dans le cadre de la prévention.

Les indications de réadaptation cardiaque sont selon les recommandations des sociétés savantes de cardiologie :

- les infarctus du myocarde non compliqués ;
- les syndromes coronaires aigus (SCA) ;
- l'angor stable ou après angioplastie programmée ;
- l'insuffisance cardiaque stable ;
- le haut risque cardiovasculaire ;
- après implantation de défibrillateurs (DAI) ;
- l'artérite oblitérante des membres inférieurs ;
- la greffe cardiaque après le deuxième mois ;
- la chirurgie cardiaque après la deuxième semaine post-opératoire en l'absence de complication.

Dans ce contexte les pathologies cardio-vasculaires entrent dans le champ des maladies chroniques, le vieillissement de la population interroge sur l'organisation de la prise en charge, sur la nécessité de coordonner au mieux les différents intervenants et de rendre le patient acteur de sa prise en charge dans un écosystème. La stratégie nationale de santé a fixé l'innovation comme un moyen de transformation de notre système de santé en réaffirmant la place des citoyens. Cette innovation devra faciliter l'émergence et la diffusion de nouvelles modalités organisationnelles. L'e-santé sera un outil au service de ces dernières et un facilitateur pour la coordination des acteurs en santé.

Action N°1 : informer les usagers et les aidants afin de leur permettre d'identifier les premiers signes de décompensation et d'alerter.

Action N° 2 : favoriser :

- les hospitalisations programmées afin de faciliter les flux intra-hospitaliers et l'accès aux soins de suite et de réadaptation en intégrant la dimension d'éducation thérapeutique et en accompagnant les retours à domicile par des dispositifs tels que PRADO. Cette programmation permettra une meilleure collaboration des équipes de gériatrie et du service de cardiologie voire l'émergence de nouvelles compétences de cardio gériatres ;
- la mise en place d'unités thérapeutiques d'insuffisance cardiaque au sein des deux établissements recours en s'appuyant sur les expériences sur le territoire national notamment celle du centre hospitalier de Pontoise.

Actions N°3 : favoriser les retours au domicile avec télésurveillance afin de limiter les ré-hospitalisations de ces patients aggravant la morbi-mortalité.

Indicateurs de suivi :

- ✓ suivi des ré-hospitalisations pour insuffisance cardiaque via l'exploitation des données PMSI
- ✓ suivi du nombre de patients pris en charge par les programmes PRADO

Objectif opérationnel N°5 : favoriser la recherche et l'innovation comme un facilitateur de la coordination ville-hôpital en exportant les expertises spécialisées sans déplacer les compétences pour une meilleure prise en charge coordonnée au plus proche du lieu de vie et sensibiliser l'ensemble des acteurs à l'évaluation en santé.

Action N°1 : favoriser les programmes de recherche impliquant le 1^{er} recours (PREPS relatif à l'organisation de l'offre de soins, programme de recherche infirmier et para médical) tout au long de la prise en charge.

Action N°2 : s'appuyer sur la télémédecine par le déploiement des télé-expertises et des télésurveillances dont l'objectif est l'accès à l'avis spécialisé en optimisant l'utilisation des ressources humaines.

Action N°3 : impulser l'organisation d'échanges d'expériences entre les différentes structures.

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre de participations des professionnels de santé de Corse à des programmes de recherche
- ✓ suivi de l'activité de télémédecine

Objectifs quantifiés (Implantations)

| Activité de soins : Activité interventionnelle sous imagerie par voie endovasculaire en cardiologie | Nombre d'implantations existantes PRS1 | Suppression | Création | Nombre d'implantations cibles PRS 2 |
|--|--|-------------|----------|-------------------------------------|
| Activité de type 1 : actes électro physiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multi-sites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme. | 1 | 0 | 0 à 1* | 1 à 2* |
| Activité de type 2 : actes portant sur les cardiopathies de l'enfant y compris les éventuelles ré-interventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence. | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Activité de type 3 : actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte. | 2 | 0 | 0 | 2 |

*1 à 2 conditionné aux résultats de l'étude de faisabilité du groupe technique prévu à l'objectif opérationnel N° 3 action N°1

1.13. La filière maladie rénale chronique

Diagnostic

En 2015, 44 patients incidents résidant en Corse ont été pris en charge pour une suppléance. Cette suppléance a débuté en hémodialyse pour 43 patients, en dialyse péritonéale pour 1 patient ; il n'y a pas eu de greffe préemptive.

Les patients prévalents sont au nombre de 339 en Corse :

201 patients sont pris en charge en hémodialyse dont 97% en dialyse ;

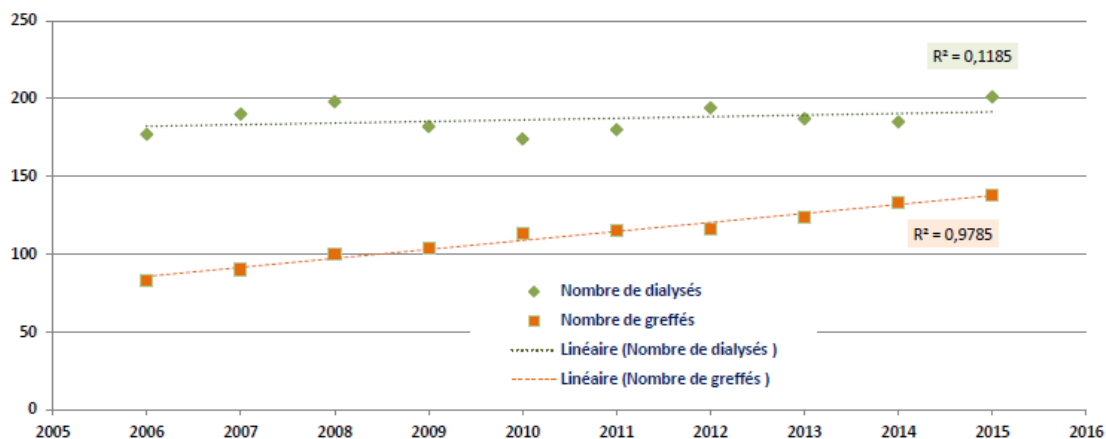
138 patients sont porteurs d'un greffon rénal fonctionnel dont 5 avec donneurs vivants.

8 patients traités en dialyse ont bénéficié d'une greffe rénale au cours de l'année 2015 ;

45 patients sont inscrits pour une greffe pour une grande majorité d'entre eux sur les centres de Nice et Marseille.

Au 31 décembre entre 2006 et 2015

- Stabilité du nombre de patients pris en charge en dialyse
- Augmentation linéaire du nombre de patients porteurs d'un greffon rénal fonctionnel



source REIN

Constat après le PRS1 (points forts et points faibles) :

- La prévention et l'éducation thérapeutique du patient (ETP) : les visites des délégués de l'assurance maladie (DAM) ont permis de sensibiliser 203 médecins généralistes sur le dépistage et la prise en charge de la maladie rénale chronique. Des réunions d'informations sur les modalités de prise en charge de l'IRC telles que les journées « EHPAD » fin 2012, et dialyse péritonéale (centre hospitalier de Bastia) en 2016 ont été organisées. Un seul programme d'éducation thérapeutique est opérationnel.
- La greffe rénale : stratégie de traitement la plus efficace pour la Haute Autorité de Santé (HAS) pour des patients volontaires et ne présentant pas de contre-indications, elle représente en Corse 31.6 par million d'habitants pour une référence nationale à 52.4. On constate, malgré une amélioration du nombre d'inscrits sur liste, un retard par rapport au niveau national, par contre le temps d'attente d'une greffe après inscription sur liste représenté par l'indicateur suivi par l'agence de la biomédecine (ABM) « indice cumulée d'accès à la greffe à 12 mois » est de 41% pour la Corse versus 26% en France entière. Les établissements insulaires participent à l'activité de prélèvement d'organes. Pour assurer au mieux cette activité, ils ont renforcé leur effectif d'équipe de coordination de 0.5 à 1 ETP de paramédicaux pour le centre hospitalier d'Ajaccio et de 1 à 1.5 ETP pour le centre hospitalier de Bastia. Toutefois le nombre de donneurs en Corse par million d'habitants est de 9.5 versus 26.6 en France entière avec un taux de 63 % d'opposition versus 40% en France pour l'année 2015.

Ces chiffres doivent être approchés en prenant en compte la notion des faibles effectifs en Corse.

- L'offre de soins renforcée, diversifiée et graduée garantissant une prise en charge de proximité s'est concrétisée par la diversification des modalités de prise en charge hors centre avec cinq nouvelles autorisations d'unité de dialyse médicalisée (dont 3 installées), une de dialyse péritonéale (non installée) et une unité d'auto dialyse installée.

Pour assurer une présence de néphrologue en Corse où la démographie de ces professionnels de santé n'est pas favorable, l'ARS de Corse a soutenu le développement de la télé expertise en UDM en finançant le matériel de télé médecine et en rémunérant l'acte de télé expertise.

La Corse présente donc une couverture :

- de prise en charge de proximité avec les modalités d'UDM et ou d'autodialyse sur sept infra territoires (grand Ajaccio, grand Bastia, la Balagne, le Cortenais, la Plaine Orientale, le Sartenais (non installé) et l'Extrême Sud)
- de repli centres d'hémodialyse sur trois infra territoires (grand Ajaccio, grand Bastia et l'Extrême Sud)
- de dialyse à domicile sur trois infra territoires (grand Ajaccio, grand Bastia et l'Extrême Sud (non installé). Deux autorisations restent non couvertes à ce jour ; une autorisation d'autodialyse dans l'extrême sud et une autorisation de Dialyse à domicile sur le secteur de la Balagne.

Toutefois la période du PRS a été marquée par des difficultés de recrutement de médecins néphrologues entraînant une forte présence de médecins intérimaires. Compte tenu de la temporalité de leur intervention, ces médecins sont moins impliqués dans le suivi de la maladie rénale chronique, le développement des modalités hors centre type dialyse péritonéale et l'animation de la filière. C'est dans ce contexte qu'un groupe de travail sous l'égide de l'ARS et du professeur Berland (APHM) a réuni l'ensemble des acteurs et a permis de mettre en œuvre des actions afin de sécuriser la filière en confortant les ressources humaines et en créant une dynamique de territoire avec l'ensemble des acteurs renforçant ainsi les liens de coopérations. Des mutualisations de temps de médecins néphrologues intra et inter régionaux ont été mises en œuvre en 2016 et se poursuivront en 2017.

C'est sur ce constat que ce volet a été construit, trois axes ont conduit les travaux.

- 1^{er} axe : prévenir en agissant sur les facteurs de risque de la maladie rénale chronique et en retardant la mise en œuvre de la suppléance.
- 2^{ème} axe : assurer la modalité la plus adaptée au patient en tenant compte de son choix éclairé et en favorisant l'accès à la greffe pour les patients ne présentant pas de contre-indications.
- 3^{ème} axe : pérenniser et animer la filière afin de la rendre attractive et efficiente compte tenu d'une démographie nationale favorable.

Objectif stratégique n°4 du COS : assurer un accès de proximité à un système de santé gradué et de qualité.
Objectif stratégique n°2 du COS : faire de l'utilisateur un acteur éclairé et actif du système de santé.

Faire de l'utilisateur un acteur éclairé sur ses facteurs de risques et lui permettre de choisir sa modalité de suppléance selon son état de santé et son lieu de vie au sein d'un parcours intégrant la prévention, la maladie rénale chronique, la transplantation, l'hémodialyse et la dialyse péritonéale.

Objectif opérationnel N°1 : prévenir les complications des maladies à l'origine de la maladie rénale chronique (diabète et hypertension artérielle) afin de préserver la fonction rénale.

En Corse, le diabète et l'hypertension artérielle (HTA) sont à l'origine de 65 % des maladies à l'origine de l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) pour les patients incidents pris en charge en 2015 ; l'HTA représentait 40.9 % des étiologies et le diabète 25 %.

Dépister, traiter et éduquer les patients présentant ces affections contribueront à préserver leur fonction rénale.

Action N°1 : informer les usagers et les patients par la mise en œuvre de campagnes communes afin d'amplifier et unifier les messages de prévention.

Action N°2 : intégrer dans les programmes d'éducation thérapeutique « diabète » et « HTA » la dimension préservation de la fonction rénale.

Objectif opérationnel N°2 : dépister la maladie rénale chronique afin de retarder la mise en œuvre de la suppléance.

La maladie rénale chronique (MRC) est définie indépendamment de sa cause, par la présence, pendant plus de 3 mois, de marqueurs d'atteinte rénale ou d'une baisse du Débit de Filtration Glomérulaire estimé (DFG estimé) au-dessous de 60 ml/min/1,73 m².

En fonction du débit de filtration glomérulaire, cinq stades de la MRC sont définis et repris dans le tableau ci-après :

| Stade | DFG (ml/min/1.73m ²) | Définition |
|-------|----------------------------------|---|
| 1 | >= 90 | MRC avec DFG normal ou augmenté |
| 2 | Entre 60 et 90 | MRC avec DFG légèrement diminué |
| 3 | Stade 3A entre 45 et 59 | Insuffisance rénale chronique modérée |
| | Stade 3B entre 30 et 44 | |
| 4 | Entre 15 et 29 | Insuffisance rénale chronique sévère |
| 5 | < 15 | Insuffisance rénale chronique terminale |

Selon les recommandations de la HAS, l'avis du néphrologue est sollicité pour les formes évolutives, quel que soit le stade, à partir du stade 3B et en présence de complications. Les objectifs sont de traiter la maladie causale, ralentir la progression de la maladie rénale, prévenir le risque cardio-vasculaire et les complications de la MRC. En sus de ces objectifs pour tous les stades de la maladie, il convient à partir :

- du stade 3 : prévenir et réduire les symptômes et complications, prendre les mesures de protection du capital veineux (stade 3B et suivant le contexte), assurer la meilleure qualité de vie possible ;
- du stade 4 : informer le patient et sa famille des possibilités et choix des traitements de suppléance lorsque ceux-ci sont envisagés.

Le repérage précoce des patients porteurs d'une maladie rénale chronique stade 3B ou 4 permettra de leur assurer une prise en charge pluridisciplinaire (néphrologue, infirmière, diététicienne, psychologue, assistante sociale, pharmacien, préparateur physique) en référence au parcours décrit par la HAS avec un suivi rapproché afin :

- d'éviter les admissions en urgence ;
- de retarder l'entrée en suppléance ;
- de préparer au mieux le patient en l'éclairant sur les différentes modalités pour lui permettre un choix éclairé hors contexte de prise en charge dans une modalité qui limite sa décision ;
- de favoriser la greffe préemptive actuellement non utilisée en Corse.

A chaque étape le patient pourra participer à un programme d'éducation thérapeutique en intégrant des patients experts ayant un vécu de la maladie et une capacité de distanciation. Un télé-suivi d'accompagnement pourra être expérimenté en Corse en lien avec ces nouvelles organisations. Les infirmières de pratiques avancées auront toute leur place dans ces nouvelles organisations.

Action N°1 : assurer une filière qui permette un repérage précoce des stades 3B et 4, une prise en charge adaptée et rapprochée afin de retarder la suppléance et préparer le patient pour lui permettre un véritable choix sur les modalités de suppléance en l'associant dans le cadre d'une alliance thérapeutique. L'ARS accompagnera les initiatives permettant ces nouvelles organisations et favorisera le déploiement d'une activité de recherche en Corse à travers la participation des structures à des programmes de recherche médico-économique et des programmes relatifs à l'organisation de l'offre de soins afin de valider les nouvelles formes de prise en charge des patients, améliorer les pratiques et optimiser les parcours de soins.

Action N°2 : sensibiliser les médecins traitants à ce repérage par des formations et informations adaptées en s'appuyant sur les DAM (informations sur dépister, orienter vers le néphrologue, les différentes modalités et nos organisations).

Action N°3 : mettre en place des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) régionales et ou territoriales. Il s'agit de faciliter la prise en charge de proximité en partageant la décision d'orientation du patient au regard d'outils mis à disposition, notamment sur la charge en soins plus consensuelle pour la profession que la typologie des patients, sachant que l'âge et les comorbidités ne sont pas suffisamment discriminants. L'inter région pourra être sollicitée pour des RCP recours (ou staff) en lien avec les consultations avancées greffes et néphrologie assurées par les équipes de néphrologues de la région PACA.

Objectif opérationnel N°3 : développer l'accès à la greffe y compris préemptive et favoriser le don d'organe.

Aucun patient en Corse n'a été pris en charge en 2015 par une greffe préemptive, alors que la transplantation rénale prend la première place dans la stratégie du traitement de suppléance rénale avant démarrage de la dialyse. Le rapport REIN 2013 montre que dans 21 régions, avec un recul de 5 ans, le nombre de greffes préemptives a augmenté de 20%.

En Corse, le bilan REIN 2015 dans le cadre de l'accès à la liste d'attente des patients prévalents dialysés au 31/12/2015 fait état des informations suivantes :

- 25 patients étaient inscrits sur la liste d'attente à la greffe ;
- 40 patients avaient toujours un bilan en cours avant l'inscription à la liste ;
- 106 patients ne pouvaient être inscrits en raison d'une contre-indication médicale (70 %) ou d'un refus (9 %).

Les recommandations de la HAS 2015 précisent que :

- tous les patients porteurs d'une maladie rénale chronique évolutive avec un débit de filtration glomérulaire inférieur à 20 ml/min doivent bénéficier d'une évaluation de la possibilité d'une transplantation rénale. L'expérience clinique montre que le temps consacré à l'activité de bilan avant inscription sur liste d'attente de greffe est non négligeable en temps de secrétariat et de médecin.
- La transplantation reste le meilleur traitement en l'absence de contre-indications, procurant la meilleure qualité de vie et le meilleur ratio coût/efficacité. Deux possibilités existent pour les greffons soit sur donneurs décédés ou donneurs vivants.

L'agence de biomédecine dans son plan 2017-2021 pour la greffe d'organes et de tissus prévoit d'accroître le recensement des donneurs décédés, de diminuer le taux de refus par une communication vers le public et les professionnels de santé pour la promotion du don d'organes et tissus et d'augmenter la greffe à partir des donneurs vivants.

Il convient donc de porter nos actions sur une prise en charge précoce et organisée permettant d'améliorer l'accès à la liste d'attente et de renforcer la communication envers le public et les professionnels de santé sur le don d'organes.

Action N°1: améliorer l'accès à la greffe en anticipant la prise en charge par un repérage précoce (en lien avec l'action N°1 - objectif n°2) et intégrer cette prise en charge dans le parcours de la maladie rénale chronique avec des ressources dédiées de coordination au sein des centres d'hémodialyse afin de raccourcir les délais d'inscription à la liste d'attente.

Action N°2 : structurer le suivi en Corse des patients greffés en conjuguant le télé-suivi en lien avec le cahier des charges de télésurveillance des greffés rénaux et les consultations avancées des équipes de greffe. L'appui des consultations avancées devrait faciliter l'accès à la greffe préemptive.

Action N°3 : mettre en œuvre des campagnes d'information sur le don d'organes y compris les donneurs vivants en lien avec les équipes de coordination de prélèvement et en impliquant les collectivités.

Action N°4 : poursuivre les efforts sur le développement de l'activité de prélèvement d'organes en tant qu'activité médicale à part entière : ressources médicales et paramédicales dédiées, animation de la filière par sensibilisation des acteurs pour le recensement des donneurs potentiels.

Objectif opérationnel N°4 : développer la prise en charge hors centre.

Chaque patient doit pouvoir bénéficier de la modalité de suppléance au regard de ses besoins et de son choix. La période du PRS 1 a été marquée par un faible développement de la prise en charge à domicile (hémodialyse à domicile, dialyse péritonéale). La pénurie de néphrologues a été un des facteurs de non développement.

Les nouveaux générateurs, avec un bas débit de dialysat livré sous forme de poches, exonèrent la prise en charge des phases de préparation du dialysat et de désinfection des machines très contraignantes à domicile. Leur déploiement permettra une prise en charge simplifiée à domicile pour des séances de deux heures, six jours sur sept. La ponction de l'accès vasculaire est réalisée par le patient ou un membre de sa famille.

La dialyse péritonéale a connu un recul au niveau des modalités offertes aux patients de Corse. Selon la SFNDT (Société Francophone de Néphrologie Dialyse et Transplantation), cette technique présente des résultats superposables à ceux de l'hémodialyse pendant les premières années de traitement. Elle peut être une alternative intéressante pour les patients en attente de transplantation. Certaines régions telles que la Bourgogne-Franche Comté compte 19.9 % de prévalence en DP. Aujourd'hui l'environnement est favorable à la DP : réglementation, forfait DP pour les néphrologues libéraux, actes NGAP IDE, possibilité d'intervention des IDEL en EHPAD, recommandations HAS.

Tous ces éléments doivent inciter à renforcer les actions sur la diversification de l'offre de prise en charge.

Action N°1 : rendre pérenne et attractive la filière régionale IRCT en sécurisant les effectifs de néphrologues par les agréments des services insulaires comme terrains de stages, favoriser les postes d'assistants partagés et les exercices diversifiés (néphrologie, hémodialyse, dialyse péritonéale, suivi partagé des greffés, RCP, éducation thérapeutique, campagne de prévention, recherche) en lien avec les structures recours de PACA.

Action N°2 :

- faciliter la prise en charge hors centre et y compris au domicile en consacrant les ressources humaines nécessaires au déploiement de ces prises en charge (DP ; hémodialyse à domicile) en coordination avec la médecine de ville en partageant les outils type DMP, fiche de liaison et MSS.
- augmenter les possibilités de prise en charge en autorisant les structures pratiquant la modalité unité de dialyse médicalisée à pratiquer l'auto dialyse afin de couvrir les territoires sans implantation.
- permettre le déploiement au domicile sur la Balagne des modalités de dialyse à domicile y compris dialyse péritonéale.

Action N°3 : apporter une attention particulière à l'accès aux soins de support pour les patients dialysés au sein des établissements de santé autorisés à l'activité de soins (psychologue, diététicienne, assistante sociale) mais aussi pour les patients où un traitement conservateur est décidé et à l'accueil des patients dans des locaux adaptés.

Action N°4 : poursuivre les actions de coopérations (pharmacie, achats ...) entre les structures autorisées engagées dans le PRS 1 en favorisant les mutualisations (soit au sein des groupements hospitaliers de territoire soit sous une autre forme juridique), les partages d'expérience, la mise en place de programmes d'ETP à dimension a minima territoriale ou régionale et de plans de formations pour les professionnels de santé.

Objectif opérationnel N°5 : favoriser l'alliance thérapeutique en Corse en plaçant l'utilisateur et le patient au cœur du dispositif.

La place de l'utilisateur doit se renforcer. Les associations jouent un rôle déterminant dans l'information des patients. Un système efficient est un système qui se remet en cause. Le regard de l'utilisateur favorise cette remise en cause et cette évolution vers une alliance thérapeutique.

Action N° 1 : organiser une fois par an une communication sur le suivi du volet IRCT au niveau régional rassemblant les associations, les professionnels de santé et les représentants de la CRSA sous l'égide de l'ARS en présence du Pr Berland.

Indicateurs de suivi :

Le suivi de l'atteinte des objectifs du volet IRCT du PRS 2 sera réalisé à partir des différents recueils :

- ✓ rein ;
- ✓ le rapport de l'ABM ;
- ✓ les évaluations des programmes d'éducation thérapeutique ;
- ✓ le suivi des expérimentations sur leur volet évaluation ;
- ✓ le suivi des visites DAM

Objectifs quantifiés (Implantations)

| Activité de soins : activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extrarénale | Nombre d'implantations existantes PRS1 | Suppression | Création | Nombre d'implantations cibles PRS 2 |
|--|--|-------------|----------|-------------------------------------|
| Hémodialyse en centre adulte | 3 | 0 | 0 | 3 |
| Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée | 7 | 0 | 0 | 7 |
| Hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée | 6 | 0 | 2 | 8 |
| Dialyse à domicile (par hémodialyse ou par dialyse péritonéale) | 3 | 0 | 1 | 4 |

1.14. Les soins de suite et de réadaptation

L'activité de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) a pour objectif de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion.

Pour atteindre cet objectif, les structures autorisées à l'activité de SSR assurent les missions suivantes : des soins médicaux curatifs et palliatifs, de la rééducation et réadaptation, des actions de prévention et d'éducation thérapeutique, la préparation et l'accompagnement à la réinsertion familiale, sociale, scolaire ou professionnelle.

Les prises en charge sont effectuées par des équipes pluridisciplinaires rassemblant des professionnels médicaux et paramédicaux qui s'appuient sur des plateaux techniques et équipements performants pour permettre le retour à l'autonomie du patient.

Les unités de SSR polyvalentes constituent le socle commun de la très grande majorité des établissements de SSR, qu'ils soient adultes ou pédiatriques.

Les structures de SSR peuvent également accueillir des patients dont la prise en charge est spécialisée ou particulièrement complexe.

Les unités de SSR adultes spécialisés s'articulent autour de 9 prises en charge spécifiques dans les catégories d'affections suivantes :

- de l'appareil locomoteur,
- du système nerveux,
- cardio-vasculaires,
- respiratoires,
- onco-hématologiques,
- des brûlés,
- liées à des conduites addictives,
- des systèmes digestif, métabolique et endocrinien,
- de la personne âgée polyopathologique dépendante ou à risque de dépendance.

Les structures de SSR pédiatriques prennent en charge des enfants et adolescents, âgés de 0 à 18 ans, atteints de pathologies sévères, comme des affections respiratoires, ou de maladies chroniques comme l'obésité.

Ces établissements ont pour particularité d'allier à la dimension médicale, prépondérante, les aspects éducatifs, scolaires et psychologiques.

Le secteur des SSR connaît un développement continu, compte tenu des besoins de soins liés aux maladies chroniques, aux événements de santé invalidants et au vieillissement de la population. Il représente un secteur stratégique de l'offre de soins en raison de sa position, entre soins de courte durée et retour à domicile, unités de soins de longue durée (USLD) ou secteur médico-social.

La réforme du financement des activités des SSR a été introduite par l'article 78 de la loi de Finances de la sécurité sociale de 2016. Elle vise à mettre en place un modèle de financement commun aux secteurs public et privé et adapté aux spécificités de ces prises en charge.

Diagnostic

Le capacitaire

13 établissements sont autorisés pour une activité de SSR, pour une prise en charge adulte :

- 6 établissements publics : les centres hospitaliers d'Ajaccio, de Bastia, de Castelluccio, de Sartène, de Bonifacio et le centre hospitalier intercommunal de Corte-Tattone.
- 7 établissements privés : CRF Molini à Albitreccia, CRF Finosello à Ajaccio, centre de régime de Valicelli à Ocana, centre de convalescence Ile de Beauté à Sarrola-Carcopino, centre de soins de suite et de réadaptation La Palmola à Oletta, clinique de Toga, SARL Sainte Catherine à Prunelli di Fiumorbo.

Le taux d'équipement en lits et places au 31 décembre 2015 pour 1000 habitants (établi sur la base d'un capacitaire de 559 lits et 92 places) est de 2 pour la Corse (3,4 pour la Corse du Sud et 0,8 pour la Haute-Corse) contre 1,8 France entière (source : STATISS –DREES).

La capacité totale installée au 31 décembre 2017 est de 586 lits et 96 places qui se répartissent de la manière suivante :

-secteur public : 149 lits et 16 places

-secteur privé : 437 lits et 80 places

| SSR ADULTES | Nombre de lits | Nombre de places |
|---|----------------|------------------|
| indifférenciés ou polyvalents | 283 | 0 |
| mentions de prise en charge spécialisées | | |
| Affections de l'appareil locomoteur | 100 | 58 |
| Affections du système nerveux | 68 | 29 |
| Affections cardiovasculaires | 18 | 9 |
| Affections de l'appareil respiratoire | 0 | 0 |
| Affections du système digestif, endocrinien et métabolique | 70 | 0 |
| Affections des conduites addictives | 8 | 0 |
| Affections des personnes âgées polypathologiques, dépendantes ou à risque de dépendance | 39 | 0 |
| Affections onco-hématologiques | 0 | 0 |
| Affections des grands brûlés | 0 | 0 |
| TOTAL | 586 | 96 |

L'augmentation du capacitaire constatée entre 2015 et 2017 est liée majoritairement au rééquilibrage entre le département de Corse du Sud et de Haute-Corse (Implantation supplémentaire de SSR en Haute Corse au sein de la Clinique de Toga).

Production/consommation

226 239 journées en hospitalisation complète ont été produites en 2016 et 32 988 journées en hospitalisation partielle (source : SCANSANTE ATIH).

Le taux d'évolution en nombre de journées entre 2015 et 2016 était de -0,3% en Corse alors qu'en France métropolitaine il était de -0,6%.

En hospitalisation complète, ce taux est de -1,9% en Corse versus -1,2% au niveau national et en hospitalisation à temps partiel, le taux d'évolution est de +9,7% en Corse versus +5,8% au niveau national.

L'activité de SSR se caractérise par une patientèle âgée. Plus de 38% des journées produites le sont pour des patients de 80 ans et plus.

En 2015, 39,5% des personnes hospitalisées en SSR provenaient du domicile (contre 21,6% au niveau national) et 77% des sorties se font vers le domicile (contre 74,4% au niveau national).

La durée moyenne de prise en charge est de 40 jours contre 32 au niveau national.

En 2016, le taux de fuite en hospitalisation complète représentait 16,7% (soit 37 884 journées consommées dans les autres régions) alors qu'il était de 18,20% en 2010 (année de référence du PRS 1).

En hospitalisation à temps partiel, il a représenté 3,2% en 2016 (soit 1 054 journées consommées dans les autres régions) contre 2,9% en 2010.

En moyenne de 2010 à 2015, les fuites par séjours se répartissent de la manière suivante (source : EMPSI ATIH) :

- pour les patients de Corse-du-Sud : 48% des fuites se situaient sur les Bouches-du-Rhône, 12% sur le Var et 9% sur les Alpes-Maritimes ;

- pour les patients de Haute-Corse : 46% des fuites se situaient sur la Corse-du-Sud, 24% sur les Bouches-du-Rhône et 13% sur le Var.

Les taux d'attractivité représentaient en 2016, 4,4% en hospitalisation complète et 1,2% en hospitalisation à temps partiel.

Répartition des journées produites par affections en 2016 (source : SCANSANTE 2016) :

| | Journées de présence en milliers | Nombre de journées en 2016 | Part en journées en Corse en 2016 | Evolution nombre de journées 2015/2016 | Evolution France entière |
|----|---|----------------------------|-----------------------------------|--|--------------------------|
| 1 | Affections du système nerveux | 40,18 | 17,5% | +12,5% | +1,2% |
| 2 | Affections de l'œil | 0,13 | 0,1% | +12,4% | -0,7% |
| 3 | Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents | 1,17 | 0,5% | +52,1% | +2,1% |
| 4 | Affections de l'appareil respiratoire | 10,19 | 4,4% | +17,0% | -2,0% |
| 5 | Affections de l'appareil circulatoire | 13,73 | 6,0% | -14,5% | +0,4% |
| 6 | Affections des organes digestifs | 5,25 | 2,3% | -12,3% | -1,6% |
| 8 | Affections et traumatismes du système ostéoarticulaire | 98,65 | 42,8% | +3,8% | -0,0% |
| 9 | Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins | 2,43 | 1,1% | -9,2% | -0,6% |
| 10 | Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles | 28,34 | 12,3% | -3,6% | -1,2% |
| 11 | Affections de l'appareil génito-urinaire | 2,41 | 1,0% | -48,7% | -3,9% |
| 16 | Affections du sang, des organes hématopoïétiques, du système immunitaire, et tumeurs malignes de siège imprécis ou diffus | 1,07 | 0,5% | -32,5% | +1,8% |
| 18 | Certaines maladies infectieuses, virales ou parasitaires | 0,39 | 0,2% | +13,0% | +2,3% |
| 19 | Troubles mentaux et du comportement | 11,48 | 5,0% | +4,6% | +0,8% |
| 23 | Autres motifs de recours aux services de santé | 14,23 | 6,2% | -11,5% | -5,5% |
| 27 | Post transplantation d'organe | 0,04 | 0,0% | +5,0% | -9,2% |
| 90 | Erreurs et recueils inclassables | 0,57 | 0,2% | -82,9% | -46,4% |
| | Total | 230,25 | 100,0% | -0,3% | -0,6% |

Les affections et traumatismes du système ostéo articulaire représentent 42,8 % des journées produites en Corse en 2016. Elles sont suivies par les affections du système nerveux (17,5 % des journées) et les affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles (12,3% des journées).

Taux de recours

En 2016, les taux de recours en Corse sont supérieurs au national. Ils sont de 1,21 en hospitalisation complète et de 1,59 en hospitalisation partielle.

Analyse par filière de soins

Tous les établissements titulaires d'une autorisation de SSR sont polyvalents adultes, certains disposent en plus de mentions de prises en charge spécialisées. Aucun établissement de Corse ne dispose de la prise en charge enfants ou adolescents.

- Affections de l'appareil locomoteur

Les établissements autorisés pour cette prise en charge en Corse-du-Sud sont le CRF Molini à Albitreccia et le CRF du Finosello à Ajaccio. En Haute Corse, les autorisations concernent le centre hospitalier de Bastia et la SARL Sainte Catherine à Prunelli-di Fiumorbo (sous réserve de mise en œuvre et de conformité).

En 2016, la catégorie majeure CM08 (affections et traumatismes du système ostéo-articulaire) a représenté 73 930 journées en hospitalisation complète et 24 718 journées en hospitalisation à temps partiel. Les taux de fuite étaient respectivement de 11,5% en hospitalisation complète et 2,1% en hospitalisation partielle.

Ce type de prise en charge s'adresse essentiellement aux patients nécessitant une rééducation pluridisciplinaire et intensive avec des soins d'appareillage, une surveillance et un traitement médical important.

- Affections du système nerveux

Quatre établissements sont autorisés pour cette prise en charge : le CRF Molini, le CRF du Finosello et le centre hospitalier de Bastia et la SARL Sainte Catherine (sous réserve de mise en œuvre et de conformité).

En 2016, la catégorie majeure CM01 (affections du système nerveux) a représenté 35 986 journées en hospitalisation complète et 4 193 journées en hospitalisation à temps partiel avec un taux de fuite de 15,2% en hospitalisation complète et de 5% en hospitalisation à temps partiel.

Dans le cadre de la filière AVC, les trois établissements ont signé des conventions permettant une optimisation des moyens humains et une meilleure fluidité de la filière.

- Affections cardio-vasculaires

Deux établissements ont été autorisés pour cette prise en charge : le CRF Finosello et le centre hospitalier de Bastia. Sur le centre hospitalier de Bastia, la mise en place de cette mention en hospitalisation à temps partiel est effective depuis mars 2017. Il est encore trop tôt pour mesurer les effets de cette mise en place sur la réduction des fuites.

Ces affections s'adressent à des patients qui présentent un risque élevé de complications et/ou de décompensations.

En 2016, la catégorie majeure CM05 (affections de l'appareil circulatoire) a représenté 11 834 journées en hospitalisation complète et 1 897 journées en hospitalisation à temps partiel avec un taux de fuite de 38,5% en hospitalisation complète et de 7,3% en hospitalisation à temps partiel.

- Affections respiratoires

Seul le centre hospitalier de Bastia a été autorisé pour cette prise en charge à vocation régionale et dont la mise en œuvre reste à réaliser.

Cette prise en charge s'adresse aux patients nécessitant une rééducation complexe et intensive et doit être située à proximité des plateaux techniques plus lourds.

- Affections des systèmes digestifs, métaboliques et endocriniens

Un seul établissement est autorisé pour cette prise en charge : le centre Valicelli à Ocana (Corse-du-Sud) qui a une vocation régionale. En 2016, 752 séjours adultes ont été réalisés (456 pour les résidents de Corse du Sud et 296 pour les résidents de Haute-Corse). Il y a eu seulement 89 séjours qui ont été réalisés hors de Corse.

En 2016, la catégorie majeure CM10 (affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles) a représenté 28 338 journées en hospitalisation complète avec un taux de fuite de 15%.

- Affections liées aux conduites addictives

Un seul établissement est autorisé pour cette prise en charge : le CRF Finosello.

En 2016, le groupe nosologique toxicomanie avec dépendance a représenté 2 085 journées en hospitalisation complète et 176 journées en hospitalisation à temps partiel avec un taux de fuite de 28,2% en hospitalisation complète et de 1,1% en hospitalisation à temps partiel.

- Affections des personnes âgées polypathologiques dépendantes ou à risque de dépendance

Deux établissements disposent de cette prise en charge : les centres hospitaliers d'Ajaccio et de Bastia.

Cette prise en charge doit constituer une des modalités de la filière gériatrique.

La mise en œuvre de la mention « Affections des personnes âgées polypathologiques dépendantes ou à risque de dépendance » au centre hospitalier de Bastia a débuté fin 2016. Il est trop tôt pour évaluer l'impact de cette installation.

Néanmoins, il est constaté une forte population de personnes âgées pour l'ensemble des établissements.

- Autres mentions de prises en charge spécialisées

- Les affections des brûlés : en 2012, sept séjours ont été réalisés pour trois patients dans des établissements hors de Corse. En 2016, ce sont 15 séjours qui ont été réalisés pour sept patients, également tous hors région. Cette prise en charge lourde qui concerne peu de patients annuellement ne peut être assurée en Corse.

- Concernant l'oncohématologie, 84 séjours ont été réalisés hors de Corse pour 34 patients en 2016 et 36 séjours pour 21 patients en 2012. Compte tenu de l'activité constatée, cette mention spécialisée qui n'existe pas en Corse nécessitera une analyse dans le cadre de la mise en œuvre du volet SSR du PRS.

- En Corse, il n'y a pas d'autorisation spécifique pour la prise en charge des enfants et des adolescents. Des dérogations d'âge peuvent néanmoins être accordées, à titre exceptionnel, pour des patients âgés entre 16 et 18 ans en hospitalisation de jour, suivant un protocole mis en place entre les établissements SSR demandeurs et l'ARS. Entre 2015 et 2016, 15 mineurs ont été pris en charge en hospitalisation de jour (190 journées) dans deux établissements de la Corse : CRF Finosello (cinq en 2015, aucun en 2016) et CRF Molini (deux en 2015, huit en 2016). Le centre Valicelli a fait part de sa volonté d'accueillir des adolescents en période de vacances scolaires.

- Unités Etat Végétatif Chronique - Etat Pauci Relationnel (EVC/EPR)

Il est important de répondre au mieux aux besoins de prise en charge des patients cérébrolésés, en état d'éveil ou en état végétatif persistant.

Il est prévu au centre hospitalier de Bastia quatre lits dédiés aux personnes en état végétatif chronique ou en état pauci-relationnel (EVC/EPR) au sein de l'unité de SSR personnes âgées polypathologiques dépendantes ou à risque de dépendance.

Au centre hospitalier d'Ajaccio, cette prise en charge EVC/EPR est réalisée en médecine sur deux lits dédiés.

Le capacitaire du nouvel hôpital prévoit 4 lits dédiés à cette prise en charge.

Actuellement, ces unités ne font pas l'objet d'une mention spécifique mais d'une reconnaissance contractuelle inscrite dans le CPOM de chaque établissement.

Une réflexion est engagée au niveau national sur la prise en charge de ces patients. Les travaux s'articulent autour de la réforme du régime des autorisations de SSR et sur le volet financier avec l'élaboration d'un cahier des charges de ces unités.

- Les Unités Cognitivo Comportementales (UCC)

Ces unités permettent la prise en charge en SSR des patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une démence apparentée et présentant des troubles du comportement aigus. Elles sont destinées à offrir une prise en charge spécifique pour les patients quelque que soit leur âge, le but étant de permettre le retour à domicile dans le cadre d'un projet de vie.

En Corse, deux UCC ont été accordées : une unité de six lits au centre de réadaptation et de convalescence la Palmola à Oletta (Haute-Corse) et une unité au centre hospitalier d'Ajaccio (non installée). Ces unités ne font pas l'objet d'une mention spécifique mais doivent être déclinées dans les CPOM.

En lien avec le plan d'actions Maladies Neurodégénératives (MND), il est prévu :

- de renforcer l'offre d'UCC sur le Grand Bastia
- d'assurer une offre sur le grand Ajaccio,
- de développer les modalités de prise en charge UCC sur les micro-territoires non couverts : Extrême Sud, Cortenais et Balagne,
- de développer un partenariat entre les UCC et les autres dispositifs intervenant dans la prise en charge des MND : information, coopération et contractualisation.

Education thérapeutique du patient (ETP)

L'ETP est un processus continu dont le but est d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient.

Ces programmes d'ETP sont une obligation des établissements de santé de SSR comme le précise le code de la santé publique.

Depuis les autorisations de 2013, six programmes d'ETP en SSR sont mis en place en Corse :

- au centre de régime Valicelli : trois programmes mis en place depuis mars 2015 pour les diabètes, l'insulinothérapie fonctionnelle et l'obésité ;
- au CRF Molini : deux programmes mis en place depuis juin 2014 pour les AVC et les lombalgies chroniques ;
- au centre hospitalier de Bastia en réadaptation cardio-vasculaire depuis juin 2017.

Mise sous accord préalable (MSAP)

La MSAP concerne les prestations d'hospitalisation pour les SSR liés à des actes chirurgicaux et orthopédiques ne nécessitant pas de façon générale, selon les recommandations de la HAS, de recourir à une hospitalisation pour un patient qui justifie des soins de masso-kinésithérapie.

Le dispositif légal de la MSAP porte sur l'établissement prescripteur des SSR.

L'ensemble des séjours en SSR prescrits par un professionnel d'un établissement ayant une activité de soins de chirurgie quel que soit son statut est concerné, c'est-à-dire :

- le transfert direct ou la mutation depuis l'établissement après une intervention programmée ou en urgence,
- l'entrée en SSR programmée par l'établissement après un retour au domicile.

Pour l'assurance maladie, les objectifs de la MSAP en SSR concernent des enjeux qualitatifs de l'amélioration de la pertinence des soins qui sont :

- améliorer la qualité des soins aux patients : éviter des soins inutiles et leurs conséquences, assurer une équité de traitement (variation des pratiques),
- améliorer l'organisation des soins : pertinence des parcours de soins, réorganisation de l'offre, articulation hôpital/ville/médico-social,
- réduire l'impact économique des soins par la diminution des actes inutiles et de leurs conséquences pour arriver à une amélioration de la qualité des soins et par celle des hospitalisations non justifiées avec une meilleure adéquation de l'état du patient à l'hospitalisation en SSR.

En Corse, pendant le PRS1, deux établissements ont été ciblés dans ce dispositif, actuellement suspendu compte tenu de la mise en place des Contrats d'Amélioration de la Qualité et de l'Effizienz des Soins (CAQES) sur le volet additionnel pertinence.

Constat après le PRS1 (points forts et points faibles) :

- Maintenir les implantations antérieures et prévoir une implantation supplémentaire en rééquilibrant l'offre sur le territoire de soins :
 - Autorisation accordée à la Clinique de Toga .
 - Octroi de mentions de prises en charge spécialisées ayant également permis de réduire l'écart dans l'offre de soins entre la Corse du Sud et la Haute-Corse.
- Développer les prises en charge spécialisées avec :
 - quatre mentions pour les affections de l'appareil locomoteur dont trois mises en œuvre à ce jour,
 - quatre mentions pour les affections du système nerveux dont trois mises en œuvre à ce jour,
 - deux mentions pour les affections cardio-vasculaires installées,
 - une mention pour les affections de l'appareil respiratoire à installer,
 - une mention pour les affections des systèmes digestifs, métaboliques et endocriniens installée,
 - une mention pour les conduites addictives installée,
 - deux mentions pour les affections des personnes âgées polyopathologiques dépendantes ou à risque de dépendance installées.

Du fait d'un contentieux juridique, les autorisations n'ont été accordées que fin 2013 et compte tenu du délai de mise en conformité, les visites de conformité n'ont été réalisées qu'à partir de 2015. Actuellement, certaines mentions spécialisées ne sont pas encore mises en œuvre, d'autres le sont depuis très peu de temps.

De fait, la réflexion autour du capacitaire sera réalisée après montée en charge complète de l'ensemble des mentions en lien avec les orientations des projets médicaux partagés des deux GHT de Corse et en y associant les établissements privés.

- Développer les coopérations et les mutualisations

En matière de développement des coopérations et de mutualisations, la mise en place des conventions entre les établissements de MCO et les établissements de SSR, entre les SSR polyvalents et les SSR spécialisés (nécessité rappelée lors des visites de conformité) ainsi qu'entre les structures de SSR et les EHPAD reste à conforter.

- Qualité et sécurité des soins

Les établissements doivent s'inscrire dans une démarche continue d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (procédure d'admission, bilan d'entrée, projet thérapeutique, projet de sortie, qualité du dossier médical et gestion des événements indésirables liés aux soins).

Le développement de l'éducation thérapeutique reste à poursuivre dans plusieurs établissements.

Dans certains SSR polyvalents la vocation de rééducation et réadaptation proprement dite est à renforcer notamment en majorant les prises en charge en kinésithérapie, psychomotricité, ergothérapie.

Le problème démographique en médecins MPR et neurologie freine le développement des structures de SSR.

Il est à souligner les difficultés à assurer la surveillance des patients présentant des troubles du comportement et notamment une impossibilité de mettre à disposition en continu des personnels dévolus à la surveillance afin notamment d'éviter les fugues dans des établissements ouverts.

Objectif stratégique n°3 du COS : accompagner l'accès à la santé des plus fragiles dans une logique de parcours continu,

Objectif stratégique n°4 du COS : assurer un accès de proximité à un système de santé gradué et de qualité.

Assurer des prises en charge de qualité en garantissant une adéquation des prises en charge y compris pour les publics les plus vulnérables au sein d'une filière pérenne et efficiente dans un contexte de réforme de financement.

Objectif opérationnel N°1 : améliorer et renforcer la qualité des prises en charge dans le cadre d'un parcours de soins.

Action N°1 : adapter l'offre des plateaux techniques (kinésithérapie, psychomotricité, ergothérapie...) des SSR polyvalents aux populations accueillies afin d'assurer au mieux les missions qui leur sont confiées : rééducation et réadaptation afin de limiter les handicaps, prévenir l'apparition d'une dépendance et favoriser l'autonomie des patients.

Indicateur de suivi :

- ✓ codages PMSI CSARR

Action N°2 : améliorer l'attractivité médicale en médecine physique et de réadaptation (MPR) et en neurologie.

Action N°3 : développer l'éducation thérapeutique du patient (ETP) dans les établissements et procéder à des actions de formation des personnels.

Indicateur de suivi :

- ✓ nombre de personnels formés et nombre de programme d'ETP

Action N°4 :

- faciliter les sorties d'hospitalisation en MCO en s'appuyant sur les dispositifs tel que la RAAC, l'HAD et le PRADO en lien avec les professionnels de santé libéraux ;
- développer et formaliser les liens entre les différentes structures : SSR spécialisés et polyvalents, avec les établissements de MCO, les HAD et les établissements médico-sociaux afin de permettre une prise en charge adaptée à l'évolution de l'état du patient dans le cadre d'un parcours de soins.

Objectif opérationnel N°2 : améliorer la prise en charge des enfants et adolescents en l'absence de structures dédiées.

Action N°1 : la prise en charge des enfants et des adolescents dans les deux cas qui suivent ne relève plus d'une demande de dérogation au cas par cas à l'ARS. En dehors des deux situations mentionnées ci-dessous, aucune dérogation supplémentaire ne sera accordée par l'ARS.

Cas n°1 : la prise en charge des adolescents de 16 à 18 ans est autorisée, en hospitalisation de jour, dans les établissements disposant d'une mention de prise en charge spécialisée « affection de l'appareil locomoteur » pour des rééducations de l'appareil locomoteur ne pouvant être réalisées en secteur ambulatoire.

Toute demande de prise en charge en hospitalisation complète d'un adolescent de 16 à 18 ans dans un établissement disposant d'une prise en charge spécialisée « affection de l'appareil locomoteur » ne pourra être envisagée par l'établissement qu'après accord écrit entre les tuteurs légaux et l'établissement.

Cas n°2 : la prise en charge des enfants et adolescents de 12 à 18 ans en lien avec l'obésité et/ou le diabète est autorisée, lors des périodes de vacances scolaires, dans l'établissement disposant de la mention de prise en charge spécialisée « système digestif, métabolique et endocrinien » sous réserve que l'enfant ou l'adolescent soit hospitalisé en même temps qu'un de ses tuteurs légaux et relevant également d'une prise en charge au sein de la structure et hébergé dans la même chambre que lui.

Une information auprès des services de chirurgie des établissements adresseurs devra être faite par les établissements concernés.

Action N° 2 : compte tenu de l'absence de structures autorisées pour la mention de prise en charge des enfants et/ou adolescents, engager une réflexion en amont de la réforme du régime d'autorisations sur les besoins, la capacité en l'état de l'offre régionale et les évolutions nécessaires de cette dernière pour la prise en charge des enfants âgés de 12 ans et plus :

- souffrant d'obésité et/ou de diabète en dehors du cadre prévu à l'action N°1
- pour les autres spécialités compte tenu de la structuration de la filière chirurgie pédiatrique en Corse.

Objectif opérationnel N°3: sécuriser la prise en charge des patients âgés présentant des troubles du comportement.

Action N°1 : mettre en place un groupe de travail pour évoquer la problématique de la prise en charge des patients pour lesquels se posent des problèmes d'accès aux avis spécialisés gériatriques, géronto-psychiatriques et psychiatriques (notamment en cas de maladies neurodégénératives).

Indicateurs de suivi:

- ✓ nombre de personnes âgées présentant des troubles du comportement ayant eu accès à des consultations spécialisées gériatriques, géronto-psychiatriques et/ou psychiatriques sur nombre total de personnes âgées ayant besoin de recourir à ce type de consultations.
- ✓ délai moyen d'attente pour consultations spécialisées gériatriques, géronto-psychiatriques et/ou psychiatriques.

Objectif opérationnel N°4: développer les prises en charge ambulatoire et des alternatives de prise en charge plus efficaces

Action N°1 : anticiper et articuler la prise en charge avec l'aval au plus tôt afin d'éviter les durées de séjours trop longues au sein des structures de SSR et favoriser les alternatives à temps partiel.

Action N°2 : développer des liens entre les établissements et les structures médico-sociales et le secteur du handicap (SSIAD, FAM, MAS, MDPH) pour permettre le retour à domicile et la réinsertion sociale et professionnelle dans la mesure du possible.

Action N°3 : porter une attention particulière aux publics vulnérables

- pour les personnes qui présentent des problèmes sociaux qui pourraient retarder leur sortie, il convient de développer des collaborations avec les Centres Locaux d'Information et de Coordination gérontologique/Méthodes d'actions Intégration Autonomie (CLIC/MAIA) en lien avec la collectivité de Corse.
- pour les patients sous tutelle ou curatelle, il convient de développer la coordination avec les organismes responsables de la gestion des droits des patients sous tutelle ou curatelle.

Indicateur de suivi :

- ✓ nombre et type de conventions signées avec établissements médico-sociaux, organismes sociaux et/ou judiciaires

Objectif opérationnel N°5 : intégration des établissements de SSR dans le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR).

Action N°1 : peuplement du ROR ORU PACA/Corse avec les établissements de SSR afin de permettre une amélioration de l'orientation du patient vers l'établissement le plus adapté à sa prise en charge. Le ROR pourra intégrer les données de Via trajectoire.

Indicateur de suivi :

- ✓ nombre d'établissements de SSR intégrés au ROR et avec mises à jour régulières des données.

Objectifs quantifiés (Implantations)

| Activité de soins : soins de suite et de réadaptation | Nombre d'implantations existantes PRS1 | Suppression | Création | Nombre d'implantations cibles PRS 2 |
|---|--|-------------|----------|-------------------------------------|
| Prise en charge des adultes SSR ou polyvalents | 13 | 0 | 0 | 13 |
| Prise en charge des enfants | 0 | 0 | 0 | 0 |

Mentions spécialisées adultes :

| SSR avec mentions spécialisées prise en charge des adultes | Nombre de mentions existantes | Nombre de mentions cibles | Modalités : HC et HTP* |
|---|-------------------------------|---------------------------|------------------------|
| Affections de l'appareil loco moteur | 4 | 4 | HC et HTP |
| Affections du système nerveux | 4 | 4 | HC et HTP |
| Affections cardiovasculaires | 2 | 2 | HC et HTP |
| Affections de l'appareil respiratoire | 1 | 1 | HC et HTP |
| Affections du système digestif, endocrinien et métabolique | 1 | 1 | HC |
| Affections des conduites addictives | 1 | 1 | HC et HTP |
| Affections des personnes âgées polypathologiques, dépendantes ou à risque de dépendance | 2 | 2 | HC |
| Affections onco-hématologiques | 0 | 0 | |
| Affections des grands brûlés | 0 | 0 | |

*HC : hospitalisation complète

*HTP : hospitalisation à temps partiel

1.15. Imagerie médicale

L'imagerie médicale recouvre dans le présent volet les examens réalisés sur les équipements matériels lourds d'imagerie soumis à autorisation : caméras à scintillation munies ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence, tomographie par émissions, caméra à positons (TEP ou PETscan); appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique (IRM) ; scanographe à utilisation médicale (Scanner) et cyclotrons à utilisation médicale.

L'imagerie interventionnelle qui devrait apparaître comme une activité de soins dans les années à venir donnera lieu à une révision du schéma dès parution des textes réglementaires.

Par la diversité de ses activités, son rôle diagnostique et thérapeutique, comme par ses actions de prévention, l'imagerie médicale est inhérente au parcours de santé du patient. Ce changement d'approche a été intégré dans les réflexions du groupe technique imagerie.

Constat après le PRS1 (points forts et points faibles) :

Au terme du PRS1, le niveau d'équipement autorisé de la Corse lui permet de se placer en tête avec :

- **7 scanners**, soit 1 appareil pour 21.67 millions d'habitants versus 17.77 au niveau national dont 21 % de la population à plus de 45 minutes (les infra-territoires concernés sont Deux Sevi -Deux Sorru – Alta Rocca - le Cortenais – Cap Corse)
- **6 IRM**, soit 1 appareil pour 18.57 millions d'habitants versus 14.75 au niveau national dont 30 % de la population à plus de 45 minutes (les infra territoires concernés sont Deux Sevi -Deux Sorru – Alta Rocca-Taravo - Cortenais – Cap Corse- Balagne) ;
- **3 gamma caméras**, soit 9.09 appareil par millions d'habitants versus 7.27 au niveau national ;
- **0 TEP Scan** pour un nombre moyen d'appareil par million d'habitants de 2.49 au niveau national.
- **1 caisson hyperbare.**

Sur un plan qualitatif l'évaluation des actions du PRS 1 permet de dresser un certain nombre de constats.

- **Sur la réduction des délais de prise en charge**

A ce jour, le délai de rendez-vous ne peut être approché que par l'enquête nationale annuelle ISA, menée par le cabinet CEMKA EVAL et en lien avec les objectifs du plan Cancer. En 2016, le délai d'attente estimé en Corse pour l'IRM est à 22 jours contre 68,5 jours en 2012 pour un référentiel national à 20 jours.

Les autres actions prévues dans le PRS 1 (groupe de travail « indicateur » au sein du comité technique régional de l'imagerie (COTERI), observatoire régional du suivi et évaluation des délais) n'ont pu aboutir.

Les données déclarées dans le cadre de l'enquête ORS 2017 sont partielles et non comparables car appropriées de manière variable d'un plateau d'imagerie à l'autre.

- **Accessibilité H24**

Cet objectif a été réalisé au cours du PRS 1. L'organisation repose soit sur des équipes in situ soit par le recours à des prestataires de télé-interprétation d'images (centre hospitalier de Calvi Balagne et centre hospitalier Bastia).

Cette accessibilité reste à consolider par la formalisation de conventions de repli en cas de panne des équipements pour sécuriser le fonctionnement des urgences sur l'ensemble des territoires (Bastia / Balagne / Ajaccio / Extrême sud).

- **Optimisation du fonctionnement des plateaux**

La co-utilisation des plateaux techniques est en recul en Corse et ne répond pas au développement des créneaux dédiés à la spécialisation par filières.

L'autodiagnostic ANAP mené par l'ORS fin 2017 sur l'axe « organisation du secrétariat / bureau de rendez-vous » fait apparaître un score régional de 60 /100 avec 2 items pointés : « gestion des comptes rendus » et « systèmes de reconnaissance vocale et de transcription automatique ».

L'objectif visant à rechercher des ouvertures de plages ambulatoires le samedi n'a pas été réalisé.

- Ressources humaines et coopération public / privé

La Corse n'est pas épargnée de la problématique liée à la démographie des radiologues et plus particulièrement dans le secteur public.

Selon les données DRESS 2015, avec une densité de 1,4 radiologue public pour 100 000 habitants en Corse-du-Sud et 1,1 en Haute-Corse, la Corse se situe bien en deçà de la densité médiane observée au plan national de 2,34 radiologues pour 100 000 habitants.

S'agissant des radiologues libéraux, la situation est plus favorable. Selon les données SNIR, au 1er janvier 2017, 30 radiologues libéraux sont installés et actifs à part entière positionnant la Corse en 2nd rang sur 26 avec une densité de 9 radiologues pour 100 000 habitants versus 8,1 au niveau national. La Corse-du-Sud bénéficie d'une situation plus favorable avec une densité de 11 radiologues pour 100 000 habitants versus 7 en Haute-Corse. Néanmoins, le constat favorable sur le secteur libéral est à relativiser compte tenu de la part des radiologues libéraux de plus de 60 ans qui représente 53% des effectifs.

Concernant les médecins spécialistes en médecine nucléaire et compte tenu de la faible densité observée nationalement sur cette spécialité, la Corse compte 4 médecins nucléaires dans le secteur libéral représentant un équivalent temps plein (cumul de temps partiel) et 2 dans le secteur public correspondant à 2 équivalents temps plein.

Concernant les projets de coopération :

- pour ceux envisagés dans le PRS1 à travers le rapprochement et la mutualisation des structures et professionnels, notamment pour pallier aux problèmes de démographie, de continuité des soins et dans l'optique de développer la spécialisation d'organe, n'ont pu émerger ;
- pour ceux existants, ils n'ont pas été pérennes au cours du PRS1.

- Télé radiologie

Malgré la mise en place d'un groupe de travail spécifique dans le cadre du COTERI, la démarche régionale de télé-radiologie n'a pu être finalisée. Des établissements afin d'assurer la continuité des soins et l'accès H24 ont contractualisés avec des prestataires dans le cadre d'une procédure de marché public.

- Systèmes d'informations

Les six sites d'imagerie en coupe sont équipés de systèmes d'archivage et de partage des images (PACS) locaux différents (5), certains sont ouverts aux professionnels de santé n'intervenant pas sur l'équipement.

L'absence d'exhaustivité dans les équipements en Système d'Information Radiologique (SIR) et la non homogénéité des données attendues en recueil automatisé ne permet pas de disposer de données fiables permettant de produire des indicateurs d'évaluation et de suivi du volet imagerie.

Qualité et la sécurité des soins

Aucune démarche d'auto-évaluation (Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (IPAQSS) / ANAP) n'a été mise en œuvre depuis la parution du PRS 1. Des recommandations ont été formulées à travers les visites de conformité autour de la formation des équipes et de la radioprotection.

C'est sur ce constat que le volet imagerie du PRS 2 s'est construit avec une articulation autour de 3 axes :

- 1^{er} axe : garantir l'optimisation des plateaux techniques en incluant la problématique des ressources humaines ;
- 2^{ème} axe : s'assurer de l'inscription de l'activité d'imagerie médicale dans une démarche de parcours ;
- 3^{ème} axe : veiller à décliner une démarche de pertinence et de qualité et sécurité de soins en imagerie médicale.

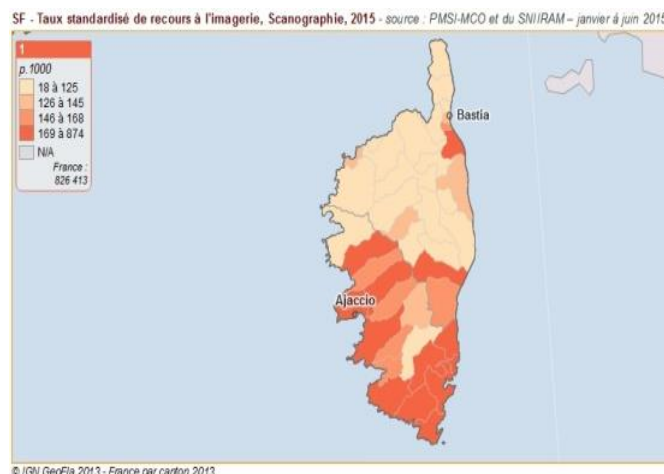
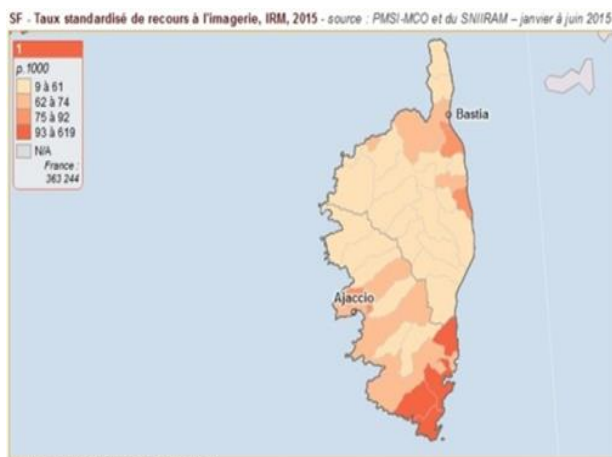
Objectif stratégique n°4 du COS : assurer un accès de proximité à un système de santé gradué et de qualité.

Inscrire l'imagerie médicale et nucléaire dans une logique de parcours garantissant à l'usager la qualité, la sécurité et la pertinence de sa prise en charge et confortant le rôle essentiel des professionnels de santé de l'imagerie dans cette nouvelle approche parcours.

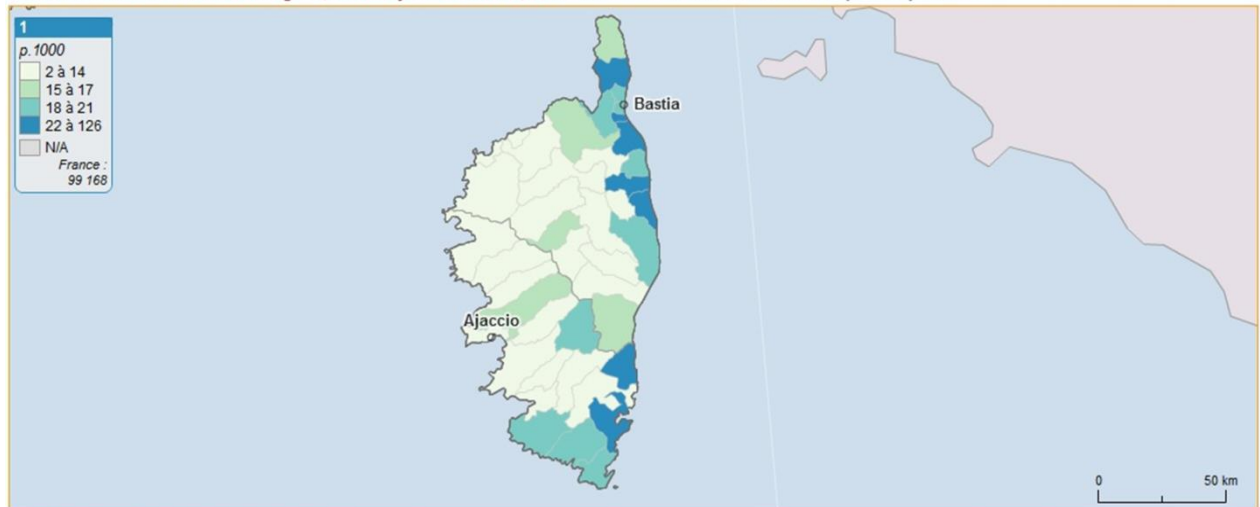
Objectif opérationnel N°1 : garantir l'accessibilité à l'imagerie médicale centrée sur le patient.

L'analyse des taux de recours standardisés 2015 permettant d'assurer des comparaisons régionales ou territoriales de consommation de soins au regard de la médiane nationale afin d'identifier des situations de sur ou sous-recours aux soins met en exergue les constats suivants :

- les plus forts taux de recours sont souvent observés sur les cantons proches des équipements (machines et/ou exécutants) à la fois sur l'IRM et le scanner (Prunelli di Fiumorbu et Ghisoni pour le scanner - Bastia, Ajaccio, Porto-Vecchio et Borgo pour l'IRM et le scanner).
- Inversement, des cantons proches des équipements scanner et IRM enregistrent des taux de recours standardisés sensiblement inférieurs au taux médian national IRM ou scanner ou sur certains types d'actes (exemples : pour le scanner : Moita-Verde : 123 actes, Conca d'Oru 115 actes, San Martino di Lota 112 actes versus 145 actes au niveau national ; pour l'IRM : IRM système nerveux à Ajaccio, IRM membres supérieurs en Haute-Corse ...).
- Des cantons enregistrant des faibles recours à l'IRM ou au scanner présentent sur certains types d'actes de forts recours (exemples : le canton d'Ile-Rousse pour le cou et le tronc, le canton de Moita-Verde sur le système nerveux central et le canton des Deux-Sevi sur les autres IRM).



Taux standardisé de recours à l'imagerie, IRM du système nerveux, 2015 - source : PMSI-MCO et du SNIIRAM – janvier à juin 2015



© IGN GeoFla 2013 - France par canton 2013

Ces données illustrent que la proximité d'un équipement lourd n'est pas nécessairement corrélée à un fort niveau de recours. Le recours aux examens d'imagerie ne dépend pas principalement de la disponibilité du matériel.

Au regard des demandes d'équipements pour une imagerie en coupes supplémentaires, elles posent la question de lier certaines activités de soins à un besoin d'équipement. Deux activités de soins sont principalement concernées : l'activité de médecine d'urgence et l'activité de traitement du cancer.

Pour l'activité de médecine d'urgence, une enquête nationale présentée au cours des journées de la société française de radiologie en 2014, visant à objectiver les conditions d'accès aux examens d'imagerie pour les patients reçus aux urgences, dressait les constats suivants :

- 40% des consultations aux urgences donnent lieu à une imagerie : dans 71% des cas, il s'agit d'une radiographie standard, dans 23% d'un scanner, dans 10% d'une échographie et dans 4% une IRM.
- La radiographie standard reste donc l'examen le plus utilisé surtout en traumatologie, elle est réalisée dans la grande majorité des cas en moins de 3 heures ce qui permet de prendre en charge les patients rapidement.
- Le scanner est devenu le deuxième examen d'imagerie aux urgences, mais les délais d'obtention restent souvent trop longs faute d'appareils dédiés aux urgences.
- L'échographie s'est beaucoup développée notamment dans le cadre de la prise en charge des urgences pédiatriques, car elle n'est pas irradiante.
- Le point noir reste l'accès à l'IRM. Si le nombre de machines a augmenté, les indications validées de cet examen, notamment en urgence, ont cru davantage, rendant la demande nettement supérieure à l'offre, d'autant que dans la moitié des établissements qui en disposent, l'IRM ne fonctionne qu'aux heures ouvrables.

Le code de la santé publique (CSP) précise qu'un établissement de santé autorisé à exercer l'activité de médecine d'urgence organise en son sein ou par convention avec un autre établissement ou dans le cadre du réseau contribuant à la prise en charge des urgences, **l'accès en permanence et sans délai des patients accueillis dans la structure des urgences aux équipements d'imagerie** ainsi qu'aux professionnels compétents de l'imagerie.

Pour l'activité de traitement du cancer, le livre blanc du G4 publié en 2016 précise qu'actuellement le scanner reste le principal outil de détection, de bilan d'extension comme de surveillance sous traitement ou après traitement des cancers. L'IRM est également très utile en 1ère intention et peut aussi être pratiquée en complément d'un scanner ou d'un examen de médecine nucléaire. Par ailleurs, les guides ALD HAS dans le cadre de la prise en charge des cancers positionnent le scanner comme un examen de diagnostic, de bilan initial et de suivi.

Action N°1 : permettre l'accès à un plateau technique d'imagerie comportant un scanner dans le cadre d'activités de soins spécifiques « urgences » et « cancérologie », au sein des établissements autorisés à ces activités et non équipés à ce jour, en privilégiant la recherche de dispositifs de mutualisation des ressources humaines (cf. action n°2). En dehors du cas précité, aucune autorisation ne sera accordée jusqu'à la parution des nouveaux textes sur l'évolution du régime d'autorisation (intégrant l'imagerie interventionnelle et nucléaire) et la révision du schéma qui en découlera.

Action N°2 : faciliter le recrutement de radiologues.

Pour le secteur public, il convient de s'appuyer sur les agréments de terrains de stage, les postes d'assistants partagés et les nouveaux dispositifs (prime carrière hospitalière et prime d'exercice territorial).

Les terrains de stage peuvent concerner les établissements de santé privés.

L'opportunité de mutualiser les ressources humaines en radiologie devra être appréhendée à travers les leviers juridiques de coopération prévus par l'article 113 de la loi de modernisation du système de santé créant le nouveau dispositif de plateau d'imagerie médicale mutualisé (PIMM).

Action N°3 : veiller dans le cadre des travaux du COTERI à identifier les modalités de sécurisation pour assurer une réponse aux besoins en imagerie médicale dans les territoires de proximité ne disposant pas de ressources médicales suffisantes en radiologie, notamment la montée en compétences des manipulateurs nécessaire à la mise en œuvre de protocoles de coopération.

Action N°4 : assurer une continuité pour répondre aux situations urgentes. Cette continuité intègrera a minima une convention de repli en cas de panne d'équipement pour permettre la continuité d'activité en favorisant les sites autorisés de proximité. Elle fera appel à des ressources humaines médicales sur site ou, à défaut, à distance (télé-radiologie) en s'appuyant autant que possible sur le réseau régional.

Action N°5 : respecter les délais de prise en charge validés par les instances nationales (HAS – Inca...) et assurer leur suivi via les systèmes d'informations. Un groupe technique devra élaborer la méthodologie régionale afin de s'assurer de l'homogénéité des données et de l'intégration de ces dernières dans les SIR des équipements

Action N°6 : développer la coopération publique / privée pour inscrire la spécialité dans une organisation territoriale (GHT – PIMM) et pour sécuriser le parcours de soins du patient au moyen des réunions de concertation pluri professionnelles.

Indicateur de suivi :

- ✓ délai de prise en charge défini par l'intervalle entre la demande d'examen et la mise à disposition du compte-rendu

Objectif opérationnel N°2 : porter une attention particulière aux populations fragiles pour l'accès à l'imagerie.

Certaines populations, telles que les enfants, les patients obèses et les personnes handicapées, nécessitent une attention particulière.

Ainsi, pour la pédiatrie, l'offre de soins doit permettre la réalisation d'actes d'imagerie pédiatrique en région et en particulier dans le cadre de l'urgence. L'imagerie pédiatrique nécessite des connaissances particulières et l'adaptation de sa pratique à l'enfant en tenant compte des impératifs de radioprotection.

Les personnes en situation de handicap relèvent du système de droit commun pour l'ensemble de leurs soins. L'existence de difficultés d'accès, l'exigence de prise en charge coordonnée et la nécessité d'accompagnement des aidants et professionnels justifient une organisation spécifique afin d'éviter les prises en charge inadaptées et les ruptures dans le parcours de santé voire un renoncement aux soins.

Action N° 1 : assurer pour la prise en charge des enfants de moins de 6 ans une organisation spécifique de l'accueil à l'interprétation avec une attention particulière au choix de l'examen en lien avec les impératifs de radioprotection.

Action N° 2 : faciliter l'accès aux équipements d'imagerie aux personnes handicapées ne pouvant accéder aux soins ordinaires :

- par la rédaction de protocoles intégrant les préconisations régionales des dispositifs des consultations dédiées bucco dentaires,
- par la mise en place d'une journée de formation régionale à destination des professionnels de santé pour l'accueil de ces publics,
- par des appels à projets sur des besoins identifiés.

Action N°3 : veiller lors des renouvellements des équipements à leur adéquation pour assurer la prise en charge des patients obèses.

Indicateur de suivi :

- ✓ protocoles de prise en charge des populations fragiles

Objectif opérationnel N°3 : renforcer le rôle du radiologue en tant qu'acteur de la prise en charge du patient en intégrant dans son activité la prévention de la radioprotection et l'analyse de la pertinence des actes réalisés.

L'Institut de la Radioprotection et de Sécurité Nucléaire (IRSN) informe que les examens d'imagerie constituent la source la plus importante de rayonnement ionisant reçu par la population après le rayonnement d'origine naturelle. La dose de rayonnement reçue lors d'un scanner est de 100 à 200 fois plus élevée que celle reçue lors d'une radiographie pulmonaire.

Une vigilance accrue doit être portée sur les enfants : parce que leur corps est plus petit et leurs organes sont en croissance, ils sont plus sensibles aux rayons X que les adultes (Source : IRSN, « Radiographie & Scanner posons-nous les bonnes questions », juillet 2012).

Le plan Cancer prévoit de diminuer les doses d'irradiation pour les patients adultes comme enfants sachant que ces derniers sont encore plus exposés au risque afférent, tel que le risque de leucémies secondaires.

Le taux de recours régional au scanner en 2015 situant la Corse en 6^{ème} position sur 26 (166 scanners pour 1000 habitants versus 149 actes au niveau national) doit retenir l'attention sur la problématique de radioprotection et de prévention aux expositions médicales. Si ces examens constituent une source d'irradiation, leurs avantages l'emportent sur leurs risques dès lors qu'ils sont justifiés sur le plan médical.

L'analyse des taux de recours au scanner au plan infrarégional met en exergue de très fortes variations pour lesquelles les facteurs explicatifs devront être identifiés dans le cadre de travaux sur la pertinence des actes.

Au niveau cantonal, le taux de recours standardisé au scanner par canton en 2015 pointe de très fortes variabilités d'un département à l'autre ou d'un canton à l'autre. 18 cantons sur 43 enregistrent un taux de recours supérieur ou égal au taux médian national de 145 actes pour 1000 habitants. De forts taux de recours sont observés en Corse-du-Sud (extrême sud, Grand Ajaccio) et sur la plaine orientale (Fiumorbu). Les plus faibles taux de recours sont observés sur les cantons de la Balagne, du Cortonais, du Cap Corse.

Il conviendra de s'interroger sur les **raisons de ces écarts** qui peuvent être liés à :

- des différences en termes de prévalence/incidence des pathologies nécessitant certains types d'examens.
- des différences en termes de substitution des examens exposant à des rayonnements ionisants (radio, scanner) par des examens n'y exposant pas (IRM).
- d'autres écarts de pratiques (dans la formulation des recommandations nationales de bonne pratique elles-mêmes ou dans leur application).

Le rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) « Innovation et système de santé » de janvier 2016 précise que « l'usage plus intensif des équipements lourds d'imagerie en France que dans la majorité des autres pays est difficile à interpréter en l'absence de données détaillées et fiables sur l'activité : cet usage intensif peut être lié à des équipements plus productifs, à des choix d'indications différents, à des modalités d'utilisation (temps des examens par exemple) différents, ou encore à des questions d'organisation des soins ou de tarification. »

Un suivi de l'évolution des taux de recours en Corse, notamment au regard de l'impact de l'installation des équipements après 2015 (scanner en Balagne, 2^{ème} IRM polyvalent sur Ajaccio et IRM en plaine orientale) permettra de mesurer l'évolution des pratiques et notamment la mise en œuvre d'une substitution vers des actes non irradiants.

Dans ce contexte, il convient donc de s'assurer de la justification de l'acte à réaliser et de se donner les moyens de mettre en place une veille particulière sur le cumul des doses reçues.

Action N°1 : sortir d'une logique d'ordonnance pour tendre vers une logique de demandes d'examens en s'appuyant sur :

- la formalisation intégrant la situation clinique du patient, l'informatisation du circuit demande –réponse et la formation des médecins demandeurs ; cette évolution doit s'inscrire dans la perspective du projet pilote national «favoriser le déploiement de l'informatisation du processus de demande et de compte-rendu d'examen d'imagerie médicale et le partage d'information via le PACS » ;

- l'article R.1333-56 et 57 du code de la santé publique ;
- le guide de bon usage des actes d'imagerie.

Action N°2 : développer une démarche d'amélioration des pratiques :

- en favorisant la spécialité par organes,
- en développant les actions d'analyse de pratiques pour identifier les points critiques et les marges de progrès. Les évaluations des pratiques professionnelles (EPP) pourront être inscrites comme un des critères de ciblage du Plan d'Actions Pluriannuel Régional d'Amélioration de la Pertinence des Soins (PAPRAPS) au titre du volet pertinence du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES) ou du CPOM pour les cabinets libéraux,
- en portant une attention particulière à la formation continue de professionnels de santé lors du renouvellement d'autorisation.

Action N° 3 : assurer une veille sur le cumul des doses :

- par le patient : faire du patient un acteur éclairé en s'inspirant du programme canadien « choisir avec soin ». La remise de documents d'information sur des recommandations de bonnes pratiques patients lors de la réalisation d'examen est à encourager,
- par le logiciel ad hoc : elle doit permettre de tracer l'information dose cumulée par patient
- par la e-santé qui doit permettre l'interopérabilité des DPI (dossier patient informatisé) et l'intégration dans le DMP (dossier médical partagé) du cumul de doses afin d'assurer un continuum radioprotection.

Action N°4 : soutenir l'accès aux techniques d'imagerie innovantes :

- veiller lors des changements d'appareil à privilégier les nouveaux scanners diminuant l'exposition aux rayons X ;
- bénéficier de l'expertise des centres hospitaliers universitaires de PACA afin d'assurer une veille sur les nouvelles technologies, anticiper l'impact de ces dernières dans les organisations et accompagner leur déploiement pour assurer au patient le meilleur soin.

Un sous-groupe technique issu du COTERI et bénéficiant de l'appui et de l'expertise des centres hospitaliers universitaires de Marseille et de Nice sera mis en place en lien avec le volet Corse de la SNS (stratégie nationale de santé).

Action N° 5 : s'engager dans la démarche IPAQSS

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre d'EPP réalisés par équipe
- ✓ nombre d'EPP réalisés par filière de soins
- ✓ nombre d'appareils équipés de SIR interopérables avec le DMP
- ✓ nombre de réunions du sous-groupe COTERI innovation

Objectif opérationnel N°4 : renforcer l'accessibilité à la médecine nucléaire et l'inscrire dans le parcours patient

A la différence de l'imagerie médicale en radiologie qui est une imagerie anatomique (on visualise l'organe), l'imagerie médicale en scintigraphie est une imagerie fonctionnelle, l'image produite représente le fonctionnement de l'organe.

Une tomographie d'émission mono photonique, TEMP / SPECT, Single photon emission computed tomography ou scintigraphie est une méthode d'imagerie médicale de médecine nucléaire qui produit une image fonctionnelle par l'administration d'un médicament radiopharmaceutique (MRP) dont on détecte les rayonnements qu'il émet une fois qu'il a été capté par l'organe ou la cible à examiner.

Le MRP est un traceur constitué d'une molécule vectrice et d'un marqueur radio actif. Ce marqueur émet un rayonnement gamma qui est visualisé par une gamma-camera.

La gamma-caméra permet la localisation spatiale des photons émis par l'organe cible. Selon les localisations ou les pathologies, le MRP utilisé est différent : biphosphonates marqués au technétium 99 m (os), l'iode 123 (thyroïde), Leur durée de vie est compatible avec des fabrications de MRP hors région (technétium 99 utilisant du Mo99).

De nouveaux équipements permettent la réalisation d'une double acquisition au cours d'un même examen : tomoscintigraphie multi détecteurs par émission mono photonique (TEMP) et tomodynamométrique avec correction d'atténuation et localisation diagnostique en haute résolution (TDM).

Les indications de la scintigraphie sont les suivantes :

- scintigraphies myocardiques :

- indications : dépistage et suivi des coronaropathies
- population : patients avec facteurs de risque cardio-vasculaires

- scintigraphies osseuses :

- indications : 2/3 des venues qui concernent rhumatologie, orthopédie, infectiologie, médecine interne ; 1/3 des venues pour l'oncologie
- population : 2/3 population générale, 1/3 diagnostic et suivi des cancers

- scintigraphies pulmonaires

- indications : diagnostic et suivi des embolies pulmonaires
- population : population générale

- scintigraphies thyroïdiennes

- indications : diagnostic des hyperthyroïdies
- population : population générale

- scintigraphies aux leucocytes marqués

- indications : exploration des foyers infectieux connus, suspectés ou occultes
- population : population générale

- scintigraphies médullaires

- indications : complément indispensable de la scintigraphie aux leucocytes marqués
- population : population générale

Les données pour la Corse sont reprises dans le tableau ci-dessous. Elles concernent l'activité des deux centres de médecine nucléaire (Corse-du-Sud : GIP médecine nucléaire et Haute-Corse : Corse Scintigraphie) pour deux années 2012 et 2016.

| | Haute Corse | | Corse du Sud | |
|--|-------------|------|--------------|------|
| Données Hors TEP | 2016 | 2012 | 2016 | 2012 |
| Nombre total d'examens / Nombre total de procédures | 4966 | 3795 | 5536 | 4324 |
| Nombre d'actes CCAM | 3647 | 3044 | 5634 | 3094 |
| Nombre de patients / Nombre de venues | 2644 | 2243 | 4137 | 3174 |
| Nombre de patients unique | | | 3434 | 2539 |

Les examens de scintigraphie représentent 1% de l'imagerie médicale de la Corse dont 3% des actes sont effectués hors région, une fois sur deux en PACA.

Les délais de rendez-vous sont en moyenne sur les deux centres d'une semaine à l'exception :

- des scintigraphies myocardiques nécessitant un test à l'effort préalable chez un cardiologue portant le délai en moyenne à 2 semaines ;
- les examens demandés en urgence sont programmés dans un délai de moins de 24h notamment pour les scintigraphies pulmonaires (embolies).

Les deux sites sont informatisés et disposent d'un SIR permettant un pilotage de l'activité.

La continuité des soins, même si l'activité de scintigraphie ne nécessite pas la mise en œuvre d'un accès H24, est assurée par l'existence d'une convention de repli entre les deux sites et la mise en place d'une organisation pour les patients en urgence ou les patients hospitalisés.

La Tomoscintigraphie par Emission de Positron (TEP)

A partir des années 2000, une autre méthode d'imagerie médicale pratiquée par les spécialistes en médecine nucléaire s'est développée et a pris une place importante dans la pratique médicale. Il s'agit de la Tomoscintigraphie par Emission de Positron TEP qui permet de mesurer en trois dimensions une activité métabolique ou moléculaire d'un organe grâce aux émissions produites par les positons issus d'un produit radio-actif injecté au préalable au patient.

La TEP repose sur le principe général de la scintigraphie qui consiste à injecter un traceur. Le TEP TDM permet de superposer l'image fonctionnelle (TEP) à sa localisation anatomique précise dans le corps (image TDM), ce qui améliore la qualité de l'image et permet de corriger l'atténuation de photons gamma liée à la traversée des structures et à leur épaisseur.

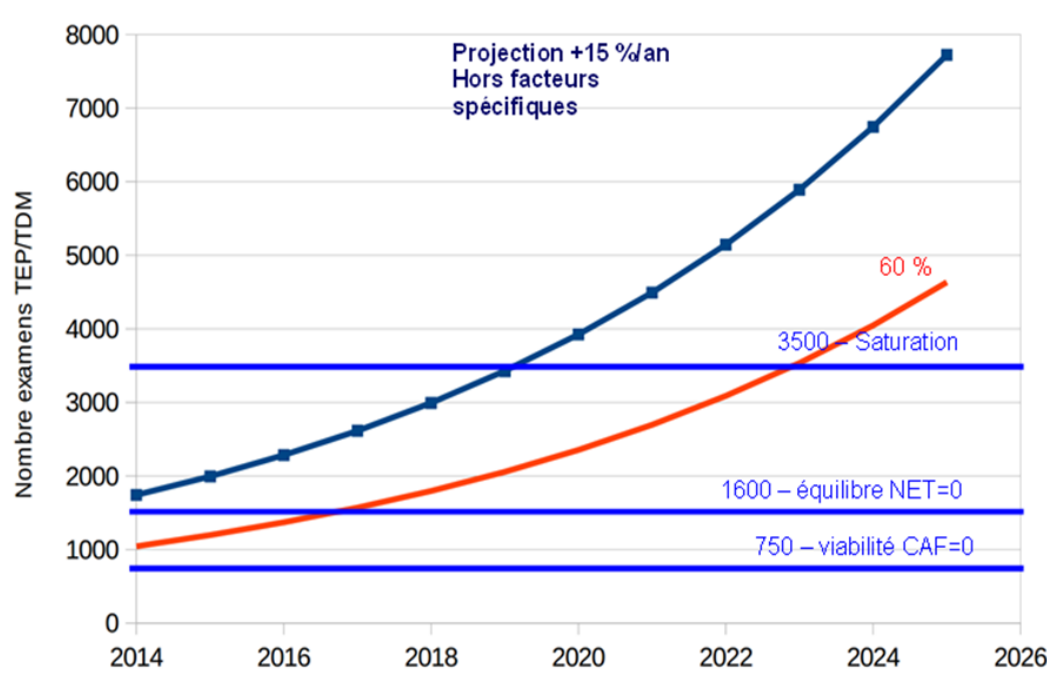
La particularité de cet examen réside donc dans la nécessité d'injecter un produit radioactif qui est différent suivant les organes et les fonctions. Ce produit radio pharmaceutique fait appel à une source radio active non scellée qui a une demi vie courte, ce qui de facto impacte la production et la livraison. Ce produit radioactif est délivré par un cyclotron. Les cyclotrons ont des puissances variables, ils peuvent être sans blindage dit nu nécessitant un bunker ou ils sont blindés « self shielded ». Ils peuvent produire des mono ou des multi doses, les cycles de production (le run) peuvent être uniques ou multiples et chacun d'eux nécessite une libération du produit par un radio-pharmacien.

Les principales indications de la TEP sont :

- l'oncologie en diagnostic initial, bilan d'extension, suivi y compris réponse thérapeutique. Le 18FDG reste le produit de référence pour tous les cancers sauf les cancers de la prostate (18F Choline et 68 GA PSMA) et les cancers neuro-endocrines (18 FDopa). Les développements futurs sur de nouveaux produits sont forcément basés sur des atomes radio actifs à demi vie courte (F18, GA 68, C11) pour limiter l'irradiation patient tout en étant détectables par la machine TEP ;
- les indications hors oncologie : infectiologie, médecine interne (maladies auto immunes et inflammatoires), la cardiologie, les pathologies osseuses (maladies inflammatoires rhumatologiques).

Le PRS 1 avait fixé comme objectif opérationnel d'analyser le besoin et la faisabilité de l'implantation en Corse d'un Pet scan. Des travaux sous l'égide de ce groupe technique ont permis les constats suivants :

- concernant le besoin, il a été évalué en 2015 à 2000 examens pour la Corse. Ce besoin rejoint le rapport de la SFMN qui l'a établi à 553 examens / TEP /an / 100 000 habitants (année 2014) avec une projection de plus 14 à 15 % par an constaté de 2011 à 2014 sur le territoire français. La projection du besoin pour la Corse est la suivante :



- concernant la faisabilité, la difficulté réside sur l'approvisionnement en médicament radio pharmaceutique au regard de la demi vie du produit le plus utilisé le Fluor radio actif. En effet

95 % des examens TEP sont réalisés au Fluor radio actif associé à du glucose, le 18FDG. Ce produit n'est pas disponible en Corse, sa demi-vie courte de 110 minutes fait perdre 50% des doses injectables au patient toutes les deux heures par décroissance spontanée. Les délais de livraison de 4H à 6H (transport aérien) explique l'effet limitant sur le développement de cette activité en Corse, compte tenu d'une péremption d'une préparation de 18 FDG de 10 heures à peu près. Considérant cette contrainte, il convient d'associer à la réflexion de l'implantation de TEP en Corse, l'implantation de cyclotron médical qui permettra la fabrication du 18 FDG.

Les travaux de ce groupe technique ont permis de répondre par l'affirmative aux deux questions suivantes :

- existe-t-il un besoin pour une installation TEP en Corse ?
- existe-t-il une solution technique pour une installation TEP en Corse ?

L'installation du TEP et cyclotron est un projet complexe et ambitieux qui nécessite un complément d'expertise, notamment sur les volets pharmaceutiques et ressources humaines, afin de trouver la solution la plus efficiente et la plus pérenne au bénéfice de la population insulaire en prenant en compte la soutenabilité financière de ce projet.

Action N° 1 : maintenir les deux plateaux de médecine nucléaire en Corse équipés de gamma-caméras et favoriser les échanges entre les deux structures.

Action N°2 : intégrer la médecine nucléaire dans les filières de prises en charge par la participation des médecins nucléaires aux RCP de cancérologie et en favorisant les EPP par filières (exemple cardiologie) dans une logique de qualité et sécurité de soins.

Action N°3 : inscrire l'imagerie nucléaire dans la stratégie régionale de e-santé par l'informatisation demande d'examens / comptes-rendus et par le partage d'informations au service du parcours du patient, en fonction des possibilités de l'outil qui sera mis à disposition par le projet pilote national.

Action N°4 : permettre par un complément d'expertise l'installation de la technique d'imagerie médicale Tomoscintigraphie par Emission de Positron TEP sur l'île, afin de trouver la solution la plus efficiente, la plus sûre et la plus pérenne afin de structurer un projet régional fédératif.

Indicateur de suivi

- ✓ EPP médecine nucléaire par filières

Objectif opérationnel N°5 : accroître l'efficience des plateaux techniques.

La réalisation d'un diagnostic à l'issue du PRS1 basé sur une enquête de l'ORS de Corse, intégrant notamment un autodiagnostic ANAP, a permis d'identifier l'existence de marges de progrès dans l'optimisation des plateaux d'imagerie de la Corse portant notamment sur :

- l'organisation des secrétariats,
 - la gestion des informations administratives et médicales et plus particulièrement la gestion des comptes-rendus.
- L'absence de déploiement de SIR sur l'exhaustivité des équipements a pour impact un manque de visibilité sur le niveau de productivité des plateaux et rend complexe l'évaluation de marges mobilisables pour répondre aux besoins identifiés et à venir.

L'analyse des horaires d'ouverture des plateaux laisse apparaître des marges d'utilisation non exploitées notamment le samedi matin et sur certaines plages horaires sur quelques équipements.

En corollaire, l'évaluation de l'efficience du fonctionnement des plateaux à travers le suivi d'indicateurs de délais de rendez-vous et de réalisation des compte-rendus non automatisée dans certains SIR n'a pu être réalisée et constitue un levier de progrès important dans le cadre des projets nationaux d'informatisation.

Action N°1 : disposer à court terme d'outils régionaux de pilotage de l'activité en généralisant l'intégration dans tous les SIR des indicateurs de suivi homogènes définis au plan régional et en partageant le bilan annuel avec l'ensemble des opérateurs au sein du COTERI.

Action N°2 : inscrire l'imagerie dans la stratégie régionale de e-santé par l'informatisation demande d'examens / compte-rendus et par le partage d'information au service du parcours du patient.

Action N°3 : optimiser l'amplitude d'ouverture des IRM en fonction des besoins à couvrir.

Action N°4 : s'engager dans des démarches d'amélioration des processus de prise en charge en s'appuyant sur les outils ANAP et en participant aux journées d'échange de pratiques (benchmark, cercle ANAP).

Action N°5 : assurer un suivi continu de la satisfaction des usagers.

Indicateur de suivi :

✓ mise en place d'un tableau de bord régional de l'activité intégrant l'activité, la consommation et la production.

Objectifs quantifiés (Implantations)

| Activité de soins Imagerie médicale | Nombre d'implantations existantes PRS1 | Suppression | Création | Nombre d'implantations cibles PRS 2 |
|--|--|-------------|----------|---|
| Scanographe à utilisation médicale | 7 | 0 | 0 à 2* | 7 à 9* |
| Appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique | 6 | 0 | 0 | 6 |
| Gamma caméra | 3 | 0 | 0 | 3 |
| Pet Scan | 0 | 0 | 0 à 2** | 0 à 2 ** |
| Caisson hyperbare | 1 | 0 | 0 | 1 |

*en lien avec l'action N° 1 de l'objectif opérationnel N°1

** Le bilan quantifié ne pourra être publié sur ces équipements qu'après la réalisation de l'expertise complémentaire prévue à l'action n°4 de l'objectif opérationnel N°4.

1.16. la biologie médicale

Diagnostic

La Corse dispose actuellement de 5 laboratoires de biologie médicale (LBM) [2 LBM monosites publics et 3 LBM multisites privés]. Il n'existe pas pour cette activité d'offre hospitalière privée.

L'offre de biologie représente 26 sites ouverts au public dont 24 « portés » par les 3 LBM multisites privés. La restructuration du réseau et la mutualisation des moyens se sont opérées dans le cadre de la réforme de la biologie (ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010) faisant passer le nombre de LBM de 21 à 5 au plan régional en moins de 10 ans.

De fait, la Corse dispose d'un site pour environ 12 500 habitants [Source INSEE : 324 212 habitants recensés à compter du 01/01/2018]. La moyenne nationale est de 1 site pour 14 285 habitants. Autrement exprimé, la Corse dispose de 8 sites pour 100 000 habitants (moyenne nationale 6 pour 100 000). Pour mémoire, la Corse comportait un site pour 9 800 habitants en 2012. A noter que, pendant les mois de juillet et d'août, la population s'élèverait à près de 600 000 personnes.

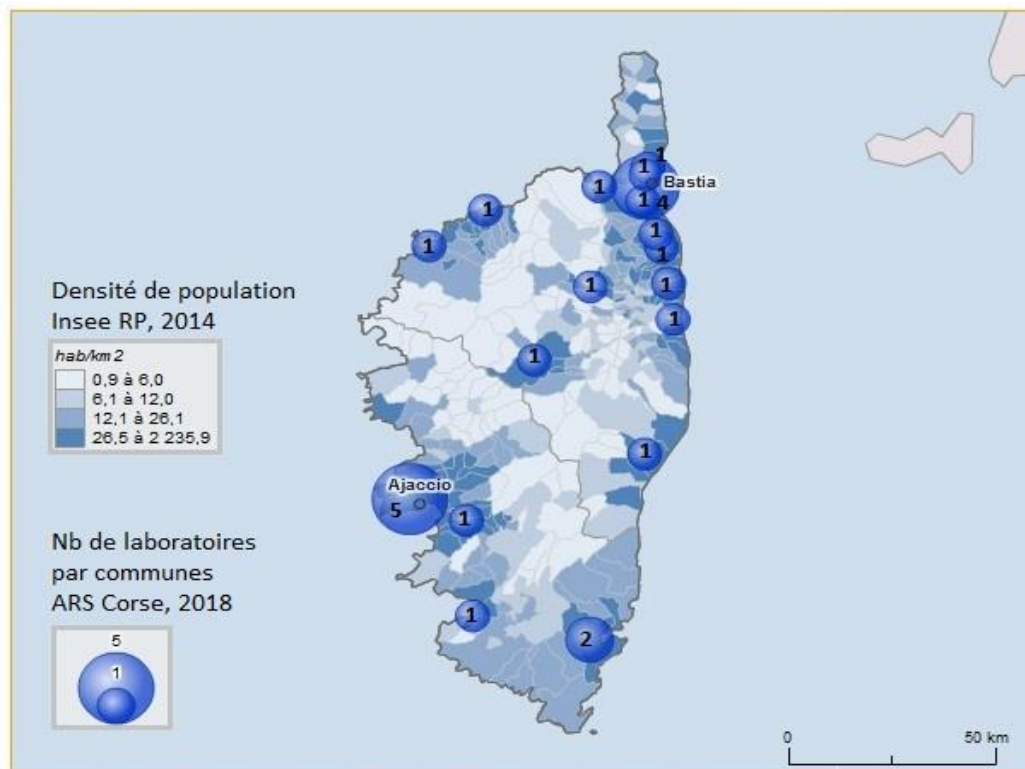
Globalement, on indiquera qu'il n'existe pas de problème majeur en matière de biologie médicale en Corse. Pour autant, la transformation de notre système de santé doit laisser l'initiative au territoire et faciliter les parcours et les coopérations interprofessionnelles.

Cet état des lieux ne comporte pas de données relatives aux examens de biologie médicale transmis sur les laboratoires et plateaux techniques de recours national (Cas des centres nationaux de référence) ni sur les plateaux techniques interrégionaux prenant en charge certaines activités spécifiques (AMP, DPN, DPNI, examens des caractéristiques génétiques destinés à des fins médicales spéciales, ...).

Données d'implantation géographiques

La carte ci-après donne une représentation de l'implantation de chacun des sites et permet d'apprécier l'adéquation de la répartition actuelle des sites au regard des densités de population.

L'analyse de la cartographie permet de considérer que l'implantation des sites de LBM est cohérente à la densité de population. L'implantation des sites au regard de l'implantation des structures sanitaires est également pertinente.



Les données d'activité ci-dessous sont issues de l'analyse des déclarations d'activité effectuées chaque année par les LBM.

| | Nombre total d'examens de biologie médicale Année 2016 | Nombre total d'examens de biologie médicale Année 2011 | Variation sur 5 ans |
|---------------------------|--|--|---------------------|
| Laboratoire statut public | 1 285 200 | 1 777 136 | -27% |
| Laboratoire statut privé | 5 080 900 | 4 480 240 | +13% |
| TOTAL | 6 366 100 | 6 257 376 | +2% |

Les données du système national des données de santé (SNDS /ex SNIIRAM) concernant les LBM de statut privé sont les suivantes :

- 112 510 665 B (2011)
- 121 400 842 actes de biologie médicale (coefficient) 2016
- 5 398 294 actes de biologie médicale (actes)

Ces données d'activité constituent un préalable à l'analyse de toute opération de fusion, acquisition ou prise de participation pour maintenir une diversité de l'offre de biologie et ne pas impacter la continuité de l'offre de biologie médicale (article L.6222-3 du code de la santé publique-CSP).

L'objectif étant de pouvoir s'opposer pour ces motifs à une opération d'acquisition d'un laboratoire de biologie médicale, d'un site de laboratoire de biologie médicale, à une opération de rachat de tout ou partie d'actifs d'une société exploitant un laboratoire de biologie médicale ou à une opération de fusion de laboratoires de biologie médicale y compris la transmission universelle de patrimoine, lorsque cette opération conduirait à ce que, sur la zone déterminée en application du b du 2° de l'article L. 1434-9 (CSP) considérée (zone opposable territoire Corse), la part réalisée par le laboratoire issu de cette acquisition ou de cette fusion dépasse le seuil de 25 % du total des examens de biologie médicale réalisés.

Constat après le PRS1 (points forts et points faibles) :

Certaines actions prévues pendant le PRS 1 n'ont pu s'opérer telles que :

- la création d'un comité régional de biologie médicale co-piloté par l'ARS et les professionnels de santé ;
- l'analyse de la permanence de l'offre de biologie médicale ;
- le développement de la portée régionale des LBM développant des activités exclusives ou innovantes.

Pour autant, ont été réalisées les actions visant à :

- maintenir le maillage territorial et permettre de satisfaire les besoins de la population et la continuité de l'offre tout en favorisant la mutualisation des moyens ;
- suivre en lien avec le comité français d'accréditation (COFRAC) l'état d'avancement de l'accréditation des LBM en référence au principe de qualité et sécurité des pratiques.

L'association des LBM au processus de diffusion des dispositifs visant à la prévention et au dépistage peut être considérée comme amorcée même si cette action mérite probablement d'être amplifiée et poursuivie.

Au regard de ce bilan et des contraintes, les travaux du PRS 2 ont été conduits autour des axes suivants visant à :

Axe 1 : maintenir des conditions de réalisation des examens de biologie médicale afin que chaque patient puisse bénéficier d'un rendu des résultats le plus rapide possible en tenant compte de l'état clinique du patient et / ou de l'environnement (transmission des résultats et / ou alimentation des DMP ?).

Axe 2 : disposer d'une lisibilité de l'organisation de la permanence de l'offre de biologie médicale définie sur la zone déterminée en application du b du 2° de l'article L. 1434-9 du CSP (horaires, secteurs, réponse graduée, ...)

Axe 3 : conforter le rôle des LBM en matière de prévention et d'amélioration du dépistage.

Axe 4 : œuvrer pour la mise en place au sein des LBM d'un dispositif de signalement des incidents de sécurité du système d'informations (utilisé par chaque LBM) dont la gestion opérationnelle est déléguée à l'ASIP.

Axe 5 : évaluer et adapter éventuellement l'offre en matière d'assistance médicale à la procréation (AMP) par création d'un centre clinico-biologique à portée régionale (cf chapitre 1.7.).

Objectif stratégique n°4 du COS : assurer un accès de proximité à un système de santé gradué et de qualité
Objectif stratégique n° 5 du COS : anticiper et prévenir l'apparition de risques émergents dont ceux liés à la menace terroriste.
Objectif stratégique n°6 du COS : soutenir l'intégration des pratiques innovantes pour améliorer la qualité, la sécurité et l'accessibilité à la santé

Les objectifs du volet biologie du PRS2 visent à s'intégrer dans la transformation du système de santé devant laisser l'initiative au territoire et faciliter les parcours et coopérations interprofessionnelles. On rappellera ici que la stratégie nationale de santé dans son volet Corse prévoit de compenser l'inaccessibilité par des moyens dédiés à l'innovation et autoriser les expérimentations. C'est dans ce contexte que doit s'inscrire l'innovation organisationnelle portée par les programmes de recherche et les expérimentations en santé à laquelle la biologie doit participer.

Objectif opérationnel N°1 : maintenir des conditions de réalisation des examens de biologie médicale afin que chaque patient puisse bénéficier d'un rendu des résultats le plus rapide possible en tenant compte de son état clinique et / ou de son environnement (transmission des résultats et / ou alimentation des DMP).

Cet objectif opérationnel a été envisagé en suite à la restructuration de l'offre de biologie médicale ayant entraîné, comme au plan national, une diminution du nombre de LBM mais également et surtout en suite à un phénomène « d'hyper concentration » des plateaux techniques desdits LBM entraînant l'existence de nombreux sites de biologie n'ayant qu'une très faible activité analytique, voir aucune activité analytique.

Action N°1 : maintenir une offre de biologie médicale de proximité en milieu rural et de montagne par un maillage adapté aux particularités du territoire.

Action N°2 : veiller à ce que chacun des LBM dispose, dans son manuel unique des procédures pré-analytiques, de la liste des examens réputés urgents (arrêté du 15 décembre 2016).

Action N°3 : chaque LBM adapte son organisation afin

- de respecter les délais de communication des résultats fixés supra.
- de permettre que le compte rendu des examens de biologie médicale soit structuré conformément au référentiel d'interopérabilité dénommé « volet compte rendu d'examens de biologie médicale » et soit échangé par voie électronique conformément aux référentiels d'interopérabilité et de sécurité arrêtés par le ministre chargé de la santé après avis du groupement d'intérêt public chargé du développement des systèmes d'information de santé partagés (ASIP Santé).

Action N°4 : chaque LBM évalue annuellement le respect de la bonne application des délais de communication fixés.

Indicateurs de suivi :

- ✓ mesure de l'évolution du nombre de sites dans un objectif de maintien du nombre de sites
- ✓ suivi de l'adéquation du positionnement des sites au regard des chiffres de population des communes
- ✓ nombre de LBM ayant établi sa liste des examens réputés urgents
- ✓ nombre de signalements et / ou plaintes à l'ARS en raison de rendus d'analyses hors délai prévu

Objectif opérationnel N°2 : optimiser la lisibilité de l'organisation de la permanence de l'offre de biologie médicale mise en place sur la zone déterminée en application du b du 2° de l'article L. 1434-9 du CSP (horaires, secteurs, réponse graduée, ...) après avoir vérifié l'existence d'un dispositif de réponse graduée.

Cet objectif opérationnel n° 2 est envisagé en application des dispositions de l'article L.6212-3 du CSP selon lesquelles les LBM participent à des missions de santé publique ainsi qu'à la permanence de l'offre de biologie médicale définie sur la zone déterminée en application du b du 2° de l'article L. 1434-9 du CSP (horaires, secteurs, réponse graduée, ...).

En effet, et même si la Corse dispose actuellement de 24 sites relevant du privé, 13 sites sont fermés le samedi et 11 autres sont fermés le samedi après-midi. Au-delà des informations (horaires) mises en ligne sur chacun des sites Internet des LBM privés, toute action complétant cette information serait de nature à faciliter le parcours des usagers et la coordination des professionnels de santé.

Au-delà de l'information nécessaire, il conviendrait de pouvoir s'assurer de l'existence d'un système de réponse graduée.

Action N°1 : assurer l'information nécessaire des professionnels de santé sur l'organisation mise en place en matière de permanence de l'offre de biologie médicale.

Action n°2 : assurer l'existence d'une réponse graduée et adaptée lors de la permanence de l'offre de biologie médicale en lien avec les projets territoriaux de santé.

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre de professionnels de santé informés du dispositif mis en place (pharmaciens, infirmiers, médecins ...),
- ✓ nombre de passages aux urgences pour réaliser un examen de biologie médicale

Objectif opérationnel N°3 : conforter le rôle des LBM en matière de prévention et d'amélioration du dépistage tout en assurant une détection rapide de phénomènes anormaux associée à une capacité de détection analytique rapide.

Cet objectif opérationnel est envisagé afin de poursuivre et d'amplifier les actions menées par les LBM en matière de prévention et d'amélioration des dépistages d'une part et d'assurer une détection rapide de phénomènes anormaux associée à une capacité de détection analytique rapide d'autre part.

Il vise par ailleurs à développer l'organisation expérimentale de la biologie avec pour exemple la participation à des campagnes de dépistage locales en profitant du maillage des laboratoires insulaires voire à mettre en place des dispositifs permanents. Par ailleurs, cet objectif pourrait consister à déployer des techniques innovantes utilisables rapidement (développement de la biologie moléculaire).

Action N°1 : Mettre en place un groupe de travail permanent sur la biologie médicale qui pourrait traiter entre autres des expérimentations sur la biologie en Corse

Action N°2 : Inscrire la biologie dans la réflexion organisationnelle et les expérimentations pour l'innovation en santé prévues par l'article 51 de la LFSS 2018

Action N°3 : développer l'accessibilité et l'information du public et des professionnels de santé à l'offre de prévention et de dépistage.

Action N°4 : lors de la déclaration d'événements inhabituels, disposer d'un circuit clair, connu et rapide de transmission de l'information entre les autorités, les LBM et les autres professionnels de santé.

Action N°5 : veiller à disposer localement au travers du groupe de travail régional d'une capacité de détection analytique rapide permettant de répondre à certains signaux en routine et en urgence.

Indicateurs de suivi :

- ✓ Création du groupe de travail
- ✓ Nombre d'expérimentations mises en œuvre
- ✓ Résultats d'opérations de dépistage ciblées (semaine du rein, hémochromatose, dépistage CCR, ...)
- ✓ Nombre de procédures validées relatives au circuit de déclaration des événements inhabituels

Objectif opérationnel N°4 : s'assurer de la mise en place au sein de l'ensemble des LBM d'un dispositif de signalement des incidents de sécurité du système d'information qu'ils utilisent.

Cet objectif opérationnel n° 4 est envisagé dans le cadre de la sécurisation nécessaire des systèmes d'informations (SI) au regard de la montée de certains risques émergents (menace terroriste). Le caractère sensible des données manipulées par les LBM rend obligatoire la mise en place d'un dispositif de signalement des incidents de sécurité des SI bien que la gestion opérationnelle soit déléguée à l'ASIP.

Action N°1 :

- S'assurer de la bonne prise en compte par l'établissement de l'instruction du 14 octobre 2016 relative à la mise en œuvre du plan d'actions sur la sécurité des systèmes d'information (« Plan d'action SSI ») dans les établissements et services concernés ;
- Assurer le suivi du plan d'actions (plan d'actions transmis par l'ARS et suivi tous les trimestres) ;
- Contrôler au vu du plan d'actions une évolution en maturité du système d'information du laboratoire.

Action N°2 : disposer d'une copie du dispositif de signalement établi par chacun des LBM concernant leur SI.

Action N°3 : disposer d'une copie d'une charte SSI de l'établissement

Indicateur de suivi :

- ✓ nombre de procédures établies

1.17. Soins aux détenus

Diagnostic

Trois établissements pénitentiaires accueillent les personnes détenues en Corse (chiffres capacitaires de début 2018) :

- la maison d'arrêt d'Ajaccio (68 détenus pour 53 places)
- le centre pénitentiaire de Borgo (277 détenus pour 240 places)
- le centre de détention de Casabianda (127 détenus pour 194 places)

Chacun des établissements pénitentiaires possède dans ses locaux une unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP) qui est un service délocalisé du centre hospitalier de rattachement pour prendre en charge médicalement les personnes détenues.

Ainsi, le centre hospitalier de Bastia est en charge de l'USMP du centre pénitentiaire de Borgo et de l'USMP du centre de détention de Casabianda pour les soins somatiques. La clinique de San Ornello est mobilisée pour les soins psychiatriques.

Le centre hospitalier d'Ajaccio gère l'USMP de la maison d'arrêt d'Ajaccio, les soins psychiatriques étant assurés par le centre hospitalier de Castelluccio.

Le dépistage des infections sexuellement transmissibles est assuré par le Centre Gratuit d'Information, de Diagnostic et de Dépistage du VIH, des hépatites et des Infections Sexuellement Transmissibles (CEGIDD), le dépistage de la tuberculose par le Centre de Lutte AntiTuberculeuse (CLAT) et la mise à jour des vaccins par le centre de vaccination.

Les mineurs (13-18 ans) et les femmes sont incarcérés au sein du centre pénitentiaire de Borgo dans des quartiers spécifiques.

Le système de santé carcéral est organisé en 3 niveaux de prestations et les USMP en Corse ne délivrent que des prestations de niveau 1 (consultations, prestations et activités ambulatoires).

Les prestations sanitaires de niveau 2 (hospitalisation à temps partiel) sont réalisées dans les établissements de rattachement (centres hospitaliers, clinique) alors que les prestations de niveau 3 sont réalisées sur le continent (UHSI de Marseille ou Nice pour les soins somatiques et UHSA de Marseille pour les soins psychiatriques).

La commission santé-justice de Corse se réunit annuellement et permet aux représentants de l'Etat, de l'ARS, de la justice, de l'administration pénitentiaire, des établissements de santé et des usagers d'échanger sur les problématiques locales concernant la santé des personnes placées sous-main de justice.

Les constatations locales relèvent que les taux d'extractions et d'hospitalisations SPDRE (soins psychiatriques à la demande du représentant de l'État) sont proportionnellement beaucoup plus élevés en Corse qu'en région PACA. Ceci traduit un manque de moyens en Corse : les vacations de professionnels de santé ne sont pas assez nombreuses pour répondre aux besoins des patients détenus ; les soins de niveau 2 ne peuvent pas être réalisés au sein des unités sanitaires, ce qui oblige à avoir recours à des extractions de détenus vers les structures sanitaires de rattachement ; les soins de niveau 3 doivent être réalisés sur le continent.

Le volet « soins aux détenus » du PRS2 vise à renforcer la qualité, la sécurité et la pertinence des interventions auprès des personnes détenues, à assurer leur suivi en sortie de détention et à proposer des solutions (télémedecine, prévention...) pour lutter contre les inégalités d'accès à la santé dont pourraient souffrir les personnes détenues.

Objectif stratégique n°3 du COS : Accompagner l'accès à la santé des plus fragiles dans une logique de parcours continu.

Objectif opérationnel N°1 : limiter les ruptures sanitaires et sociales dans le parcours des personnes détenues.

L'incarcération est susceptible de provoquer une rupture dans la continuité des droits et dans le suivi médical d'un individu. Cela est à la fois dû au changement de statut de la personne placée sous-main de justice mais également à son changement de cadre de vie.

A l'entrée en détention, un bilan médical (examens clinique et biologique) systématique de toutes les personnes incarcérées est réalisé par le médecin généraliste de l'unité sanitaire du centre pénitentiaire. Le patient arrive souvent en détention sans dossier médical, ce qui peut occasionner des ruptures de soins s'il n'est pas capable de préciser ses antécédents, ses traitements et s'il n'a pas de médecin traitant.

L'entrée et la sortie de détention sont des moments propices aux ruptures en termes de droits et d'aides financières. Une semaine avant les sorties de détention, un entretien de sortie est réalisé dans les établissements. Le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP) accompagne systématiquement le détenu qui sort : les conseillers du SPIP font un diagnostic de la situation de la personne et prennent attache auprès des services sociaux appropriés.

Les anciens détenus rencontrent des difficultés en matière d'accessibilité au logement en sortie de détention. Ils peuvent intégrer les 3 centres (deux en Haute-Corse et un en Corse-du-Sud) d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) mais ces centres ne disposent pas de suffisamment de places. La situation est encore plus compliquée si la personne a des troubles du comportement ne relevant pas de la psychiatrie car il n'y a pas de structures adaptées.

Quand la libération est non prévue et que le détenu fait l'objet d'une prise en charge psychiatrique, si les psychiatres ne sont pas mis au courant suffisamment tôt, le patient va sortir sans ordonnance et le suivi psychiatrique ne pourra pas être correctement assuré.

Action N°1 : informatiser les unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP).

Cette informatisation permettra aux professionnels de santé des USMP :

- d'avoir accès au dossier médical partagé des patients pour connaître leurs antécédents, les traitements qu'ils suivent et les professionnels qui les prennent habituellement en charge ;
- de pouvoir consulter, gérer les prescriptions et assurer un suivi médical de façon sécurisée ;

- de pouvoir échanger entre professionnels de santé de façon sécurisée grâce à l'utilisation de messageries sécurisées en santé.

Indicateur de suivi :

- ✓ taux de personnes détenues dont les données médicales sont connues du médecin lors de la consultation d'entrée.

Action N°2 : renforcer les coopérations afin d'organiser et sécuriser le parcours des personnes en entrée et sortie de détention.

Des coopérations sont à renforcer, notamment par le conventionnement quand cela est nécessaire, entre les établissements pénitentiaires, les établissements sanitaires de rattachement, le SPIP et divers organismes ayant un rôle à jouer dans le parcours des personnes détenues en entrée ou sortie de détention, notamment :

- avec les CPAM pour intégrer plus rapidement les personnes dans un régime de protection sociale en entrée et sortie de détention ;
- avec la Collectivité de Corse et les Caisses d'Allocations Familiales par rapport aux aides financières et sociales ;
- avec les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) et les Ehpad pour trouver une solution d'hébergement à chaque détenu qui sort de prison ;
- avec le centre hospitalier de Castelluccio, la clinique de San Ornello et les Centres Médico-Psychologiques (CMP) pour assurer les suivis psychiatriques suite à la sortie de détention ;
- avec la CARSAT Sud-Est pour organiser l'adaptation de la prise en charge des personnes détenues qui atteignent l'âge de la retraite en détention ;
- avec l'UHSI pour améliorer le protocole d'accueil et réduire les délais de prise en charge ;
- avec les préfetures pour organiser et sécuriser les transferts de personnes détenues entre Haute-Corse et Corse-du-Sud ;
- avec les structures d'aide à la personne pour que des aidants puissent intervenir en détention auprès des personnes détenues en situation de handicap ou de perte d'autonomie.

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre de conventions signées ou mises à jour ;
- ✓ proportion d'ex-détenus sans solution d'hébergement en sortie de détention ;
- ✓ proportion d'ex-détenus en rupture de suivi médical suite à leur sortie de détention (absence de retour d'information sur la prise en charge d'un patient après le délai fixé).

Action N°3 : adapter la détention par rapport aux contraintes des personnes détenues en situation de handicap ou de perte d'autonomie.

Une personne détenue vieillissante ou souffrant d'un handicap peut nécessiter une adaptation de son environnement carcéral afin de pouvoir vivre son incarcération dans des conditions les plus dignes possibles. L'objectif est qu'il puisse préserver ses capacités de participation en détention, par exemple pour accéder à l'USMP, à la bibliothèque, aux salles de cours, aux douches.

Cela peut passer par un changement de cellule (par exemple pour se retrouver au rez-de-chaussée), par l'adaptation d'une cellule ou des locaux, ou par le soutien que pourraient apporter un co-détenu ou des aidants venant de l'extérieur.

Indicateur de suivi :

- ✓ dispositions prises en faveur des personnes détenues en situation de handicap ou de perte d'autonomie.

Objectif opérationnel N°2 : améliorer l'offre sanitaire au sein des unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP).

L'amélioration de l'offre sanitaire au sein des USMP permettra de prendre en charge plus rapidement et plus efficacement les personnes détenues. L'augmentation de l'offre de prévention permettra de faire acquérir les bons comportements en matière de santé.

Cela permettra également de réduire le nombre d'extractions de personnes détenues vers les établissements de santé de rattachement. Ce nombre d'extractions est très élevé car les ressources médicales dans les USMP sont

modestes mais l'hétérogénéité et la technicité des spécialités médicales ne permettent pas de réaliser des vacations en milieu pénitentiaire pour toutes les prises en charge.

Action N°1 : développer la télémédecine entre les USMP et les établissements sanitaires de rattachement.

La télémédecine permettrait de réaliser des téléconsultations pour certaines spécialités appropriées : psychiatrie, addictologie, dermatologie, ophtalmologie...

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombres de téléconsultations réalisées ;
- ✓ évolution du nombre d'extractions.

Action N°2 : développer l'activité de groupe en psychiatrie

Dans des locaux appropriés, l'activité de groupe en psychiatrie permet à des professionnels de la santé mentale (psychiatre, psychologue, infirmier psychiatrique) de mener des interventions thérapeutiques originales auprès de petits groupes de détenus (groupes de parole, musicothérapie, zoothérapie, art-thérapie, sport-santé...). En fonction des thématiques traitées ces professionnels sollicitent la co-intervention d'autres partenaires.

Indicateurs de suivi :

- ✓ établissements proposant des activités de groupe en psychiatrie ;
- ✓ nombre d'activités de groupe réalisées ;
- ✓ nombre de personnes détenues participant à ces activités de groupe.

Action N°3 : renforcer la promotion de la santé et la prévention au sein des établissements pénitentiaires

Les personnes détenues doivent pouvoir bénéficier de toute l'information nécessaire à la préservation de leur santé et pouvoir participer aux actions de prévention et aux dépistages organisés.

Il s'agira :

- de mener des actions complémentaires concernant l'addictologie ou l'infectiologie ;
- d'informer les détenus sur la qualité nutritive des aliments et boissons qui leur sont accessibles dans les établissements pénitentiaires ;
- de faire participer les établissements pénitentiaires au mois sans tabac ;
- de développer la pratique sportive dans une démarche sanitaire ;
- de renforcer la couverture vaccinale.

Indicateur de suivi :

- ✓ nombre d'actions de promotion de la santé et de prévention proposées dans les établissements pénitentiaires.

Objectif opérationnel N°3 : amplifier la pluridisciplinarité des interventions en faveur des personnes détenues

Les personnes détenues peuvent nécessiter des interventions diverses en fonction de leurs profils et de leur environnement. Il s'agit ainsi de pouvoir apporter les compétences utiles au sein même des établissements pénitentiaires et que ces compétences se coordonnent chaque fois que cela sera utile afin d'augmenter la qualité et la sécurité des interventions.

Action N°1 : organiser des actions et formations en commun entre personnels pénitentiaires, sociaux et sanitaires afin d'optimiser leurs interventions communes auprès des personnes détenues.

Il serait utile que des professionnels issus des divers secteurs participent à des actions en commun auprès des personnes détenues, par exemple dans le cadre du mois sans tabac, des activités de groupe en psychiatrie, de la prévention du suicide ou encore de la préparation à la sortie de détention...

Plusieurs thèmes de formation sont souhaités par les professionnels notamment sur la prise en charge des auteurs de violences à caractère sexuel.

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre d'actions menées avec des professionnels issus de plusieurs secteurs ;
- ✓ nombre de formations dispensées à des professionnels issus de plusieurs secteurs.

Action N°2 : organiser l'intervention en milieu pénitentiaire des professionnels adéquats en fonction des problématiques qui se manifesteraient en détention.

Les personnes détenues peuvent nécessiter des interventions particulières au cours de leur incarcération mais les compétences nécessaires se situent souvent à l'extérieur des établissements pénitentiaires. Il faut créer le lien nécessaire avec les structures et professionnels adaptés car beaucoup d'entre eux ne sont jamais intervenus en milieu pénitentiaire et peuvent redouter la démarche.

Il pourrait être particulièrement utile de faire intervenir en milieu pénitentiaire :

- une assistante sociale pour participer à la prise en charge sociale des personnes détenues (prestations sociales suite à des accidents de la vie, gestion d'un handicap) ;
- un ergothérapeute pour vérifier l'adéquation des personnes détenues aux postes de travail qu'ils occupent et de les sensibiliser aux gestes et postures. Le travail en prison offre des tâches variées mais certains postes peuvent être physiquement difficiles et occasionnent des pathologies ou accidents du travail. Le centre de détention de Casabianda est particulièrement concerné car des détenus travaillent dans l'exploitation agricole : entretien des terres, conduite d'engins, gestion des troupeaux;
- un moniteur de musculation diplômé pour venir donner des conseils aux personnes détenues sur l'utilisation des machines de musculation afin de limiter les risques de blessures et de les conseiller sur leur pratique en fonction de leurs objectifs ;
- des structures et professionnels coordonnés par rapport au phénomène de radicalisation ;
- des associations.

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre d'interventions organisées
- ✓ nombre de personnes détenues y participant.

Chapitre 2 : l'évolution des filières d'accompagnement médico-social

L'organisation et l'accompagnement des personnes en situation de perte d'autonomie nécessitent une approche et des réponses transversales pour assurer l'adaptation des dispositifs quel que soit le motif de dépendance (âge, pathologie, handicap) et assurer ainsi la continuité des parcours. Dans ce contexte, le schéma régional de santé (SRS) 2018-2023 pour la Corse retient en la matière les orientations stratégiques suivantes :

1. Le renforcement du tryptique « repérage, diagnostic et interventions précoces » comme facteur d'inclusion ;
2. Le renforcement de l'offre médico-sociale à travers une organisation graduée et inclusive ;
3. L'organisation d'une offre spécialisée favorisant la qualité et la sécurité des prises en charge ;
4. La continuité des parcours de prise en charge à travers l'appréhension et le traitement anticipé des situations individuelles complexes.

Concernant les maladies neurodégénératives (MND) ainsi que les troubles du spectre autistique (TSA), les orientations générales définies dans le cadre du Schéma Régional de Santé seront complétées par des plans d'actions régionaux conformément aux orientations nationales.

2.1 Le renforcement du tryptique « repérage, diagnostic et interventions précoces » comme facteur d'inclusion

Constat après le PRS1 :

Le projet régional de santé pour la Corse 2012-2016 a favorisé la structuration des filières de prise en charge dans un objectif général de rattrapage de l'offre médico-sociale au regard des taux d'équipements nationaux, notamment pour ce qui concerne l'offre en institution en direction des personnes les plus dépendantes et handicapées.

Si la Corse dispose de taux d'équipements en matière de services médico-sociaux relevant du milieu ordinaire cohérents avec les moyennes nationales, il apparaît nécessaire de renforcer cette offre qui représente un axe privilégié de préservation du lien social, de l'autonomie et de la structure familiale.

Par ailleurs, la Corse bénéficie désormais d'une offre diagnostique sur le champ des MND et des TSA ; si la structuration de ces modalités de prise en charge doit être encore soutenue, le développement d'actions permettant d'informer la population sur les signes d'alerte (à l'instar de celle engagée sur le secteur des TSA) doit être favorisé pour une organisation la plus précoce possible des prises en charge nécessaires aux personnes concernées dans l'objectif prioritaire de maintien dans son lieu de vie sous tous ses aspects.

Objectif stratégique N°1 du COS : appuyer les politiques de santé sur les socles de la prévention et de la promotion de la santé.

Objectif stratégique N°3 du COS : accompagner l'accès à la santé des plus fragiles dans une logique de parcours continu.

Objectif stratégique N° 4 du COS : assurer un accès de proximité à un système de santé gradué et de qualité.

Objectif stratégique N°7 du COS : développer une politique de ressources humaines favorisant l'accès à des soins de qualité et à une offre innovante.

La prévention, et/ou le repérage, le diagnostic et les interventions précoces sur les troubles représentent des enjeux fondamentaux pour retarder ou limiter la survenue de la dépendance et par conséquent aider à maintenir la personne dans son environnement habituel en préservant les liens sociaux et familiaux notamment, ce qui favorise un accès de proximité à un système de santé gradué et de qualité.

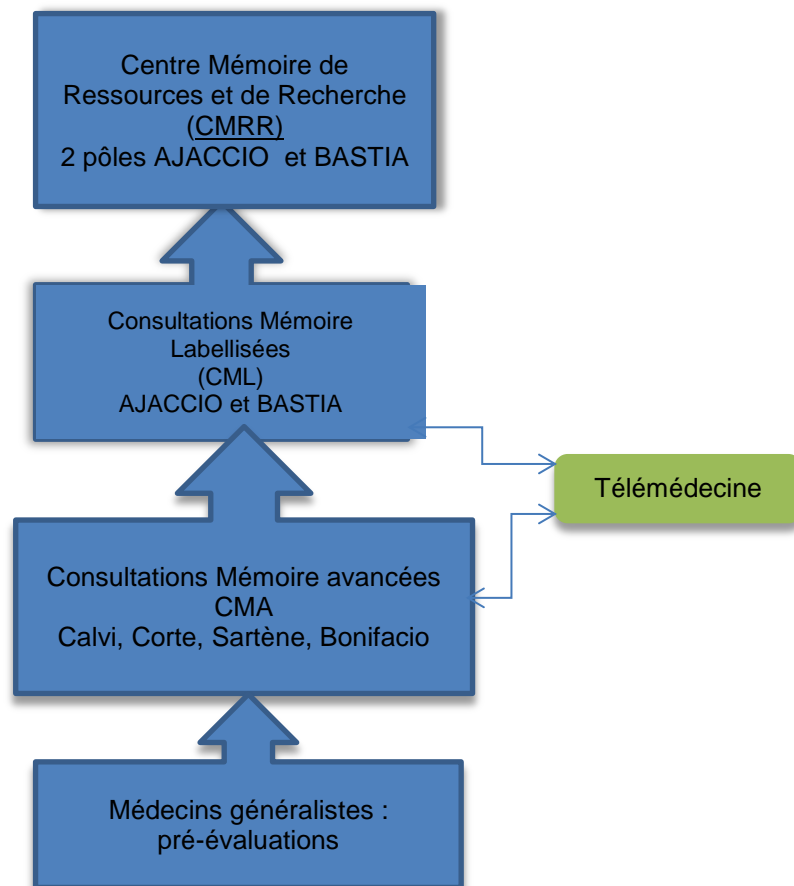
Repérage et diagnostic précoces

➤ Secteur Dépendance :

Concernant l'apparition de troubles neurodégénératifs, il apparaît nécessaire de pouvoir mieux informer la population quant aux signes d'alerte devant conduire à consulter son médecin traitant.

La stratégie d'information qui doit s'organiser régionalement et pluri annuellement doit notamment prévoir une action en direction des médecins généralistes libéraux afin que ces derniers puissent assurer une première évaluation et organiser le cas échéant, et sans délai, l'orientation vers les dispositifs existants en matière de diagnostic. Cette action d'information doit par conséquent s'accompagner de la mise à disposition d'outils de pré-évaluation adaptés.

L'amélioration des conditions de repérage précoce des troubles neurodégénératifs induit que le dispositif de diagnostic soit structuré, stabilisé et sur la base d'un maillage territorial de proximité.



Il est souligné que les actions de repérage précoce doivent prioritairement se concentrer sur les signes d'alerte cognitifs et psycho-comportementaux (Alzheimer et troubles apparentés).

En effet, les troubles moteurs notamment chez le sujet jeune apparaissent plus évocateurs et s'apparentent à des modalités diagnostiques mieux identifiées (sclérose en plaques).

Dans tous les cas, des examens complémentaires sont réalisés et des coopérations avec les centres experts continentaux organisées. Chez le sujet jeune, les recherches génétiques doivent être envisagées en accord avec le patient (maladie d'Huntington notamment).

Objectif opérationnel N°1 : assurer des modalités de repérage et de diagnostic précoces des MND.

Action N°1 : définir et mettre en œuvre une politique régionale pluriannuelle de communication à l'attention du grand public et des professionnels de santé autour de : l'éducation thérapeutique, les signes d'alerte relatifs aux maladies neurodégénératives et l'offre de diagnostic et de prise en charge existante.

Action N°2 : structurer une offre régionale de diagnostic graduée favorisant une accessibilité au sein de chaque micro-territoire : recentrer le CMRR sur ses missions réglementaires, développer des consultations mémoire avancées au sein des établissements de santé via la télémédecine et organiser les pré- évaluations au niveau du 1^{er} recours.

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre de bilans réalisés par les consultations mémoires labellisées;
- ✓ nombre de consultations mémoires avancées déployées;
- ✓ nombre de bilans réalisés par les consultations mémoires avancées.

➤ Secteur Handicap

Les troubles neuro-développementaux (comme les troubles du spectre de l'autisme – TSA- et les troubles DYS) ainsi que les handicaps psychiques (comme les troubles du caractère et du comportement-TCC-) représentent les axes prioritaires pour le développement d'une politique de repérage et de diagnostic précoces.

Repérage précoce :

Les actions développées dans le cadre du III^{ème} Plan Autisme autour d'une politique de communication visant au repérage des signes d'alerte des TSA doivent être poursuivies, de même que la formation/information des principaux acteurs en la matière. Il en est de même pour les troubles DYS qui nécessitent une juste appréhension de leurs manifestations par les familles mais également les différents acteurs concernés (professionnels de santé, personnels de l'Education Nationale...).

Diagnostic précoce :

D'une manière générale, les actions visant au renforcement de l'offre diagnostique en Corse selon des modalités de déploiement infra-territoriales seront privilégiées pour ce qui concerne les troubles neuro-développementaux au sens large. Il importe en effet grâce à des actions conjointes en matière de repérage et de diagnostics précoces de pouvoir abaisser l'âge du 1^{er} diagnostic afin de pouvoir mettre en place des actions d'interventions précoces et favoriser un suivi scolaire en milieu ordinaire le plus adapté possible. Le renforcement de l'offre précédemment évoquée passe par une structuration des équipes de diagnostic de 1^{er} niveau selon une organisation territoriale adaptée (offre de proximité) et un recentrage des centres ressources sur les missions de conseils, information/formation, expertises, recherche et réalisation des diagnostics complexes.

Objectif opérationnel N°2 : renforcer l'offre de diagnostic des troubles neuro-développementaux à travers une organisation infra-territoriale.

Action N°1 : recentrer le Centre de Ressources Autisme (**CRA**) sur les missions prévues au décret du 5 mai 2017 ;

Action N°2 : organiser le diagnostic des TSA en direction des adultes ;

- ✓ objectif quantitatif : créer une équipe de diagnostic des TSA en direction des adultes

Action N°3 : organiser sur les micro-territoires non couverts le déploiement des équipes de diagnostic autisme de proximité (EDAP) ;

- ✓ objectif quantitatif : déployer selon des modalités adaptées l'offre EDAP sur le Centre Corse

Action N°4 : organiser l'accès aux centres experts en lien avec l'équipe relais handicap rare (ERHR) notamment.

Action N°5 : structurer une offre-diagnostic graduée des troubles neuro-développementaux (hors TSA)

- ✓ objectif quantitatif : créer un Centre Ressources des troubles neuro-développementaux
- ✓ objectif quantitatif : accompagner le déploiement sur le territoire régional d'unités de bilans des troubles DYS (modélisation unité des troubles DYS Cismonte).

Indicateurs de suivi :

- ✓ délai d'attente pour la réalisation d'un bilan TSA au sein du CRA et des EDAP
- ✓ nombre de bilans TSA réalisés pour le diagnostic adultes
- ✓ nombre de bilans DYS par territoire d'implantation d'une unité de bilans

Organisation d'interventions précoces

➤ **Secteur Dépendance**

Le diagnostic d'une maladie neurodégénérative doit permettre l'organisation de modalités d'interventions adaptées et spécialisées dans un délai maîtrisé ce qui sous-tend notamment que, concernant les malades les plus jeunes (moins de 60 ans), une certaine souplesse doit être admise dans la mise en œuvre des dispositifs médico-sociaux relevant traditionnellement des secteurs de la dépendance (en direction des personnes de plus de 60 ans) ou du handicap.

Les modalités d'interventions précoces doivent être complétées par une offre d'information, de formation et de répit en direction des aidants. En effet, le soutien aux aidants doit s'envisager et s'organiser dès le diagnostic de la maladie.

Des modalités d'interventions adaptées :

La personne souffrant de MND doit bénéficier, dès l'annonce de son diagnostic, de modalités d'accompagnement adaptées au degré de ses troubles, son âge, sa situation familiale et professionnelle dans la perspective de la formalisation d'un projet de réhabilitation.

Dans ce cadre, la complémentarité de l'ensemble des dispositifs d'accompagnement en milieu ordinaire, qu'ils relèvent du secteur de la dépendance ou du handicap, doit s'organiser : Services d'Aide à Domicile (SAAD), Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS), Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD), Services Polyvalents d'Aide et de Soins A Domicile (SPASAD), Services d'Accompagnement Médico-social en direction pour Adultes Handicapés (SAMSAH), réseaux de gérontologie... Par ailleurs, une recherche de cohérence sera soutenue à travers les axes d'actions définis par la conférence des financeurs.

Cette complémentarité induit de facto un renforcement et une simplification de la coordination des différents acteurs (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie – MAIA , Centres locaux d'information et de coordination – CLIC- , réseaux gérontologiques) à travers notamment la généralisation du modèle « parcours pour les personnes âgées en risque de perte d'autonomie » - PAERPA- sur le territoire Pumonté.

Des modalités d'intervention spécialisées :

La définition d'un plan d'accompagnement des personnes souffrant de MND doit se fonder sur l'organisation de modalités de prise en charge spécialisées au regard de la pathologie et des besoins de chacun (réhabilitation, insertion sociale, soins, accompagnement psychologique...).

Dans ce cadre, les interventions doivent être réalisées par des personnels formés à ces pathologies sans exclusivité sur les seuls troubles Alzheimer ou apparentés.

Sur ce point, il importe que les dispositifs sociaux et médico-sociaux suivants soient renforcés :

- SAAD : poursuite de la professionnalisation des intervenants (actions de formation) dans un objectif de veille quant à l'évolution des pathologies et des problématiques des personnes âgées vivant à domicile ;
- SSIAD : organisation d'une offre d'accompagnement spécialisée et identifiée. La spécialisation des SSIAD apparait en effet incontournable dans un objectif de pérennisation et développement de leur activité ; ces services présentant à ce jour des niveaux d'activité nécessitant une impérative réorientation de leur positionnement dans le paysage médico-social régional. L'optimisation organisationnelle et territoriale du fonctionnement des SSIAD est un préalable incontournable au renforcement quantitatif de cette offre. Dans ce contexte, le nombre d'équipes spécialisées Alzheimer (ESA) doit être renforcé pour un meilleur maillage territorial et permettre une ouverture aux autres MND ; l'élargissement de ces ESA aux autres MND sera également un axe privilégié de la structuration de l'offre d'accompagnement en milieu ordinaire des personnes présentant des troubles MND modérés (identification personnes relais). Le renforcement de l'offre SSIAD à travers le développement d'ESA/ESMND sera prioritairement engagé ainsi que le renfort en temps de psychologue ;
- SPASAD : l'évaluation de l'expérimentation de 2 SPASAD devra permettre d'identifier l'opportunité de généraliser ces structures transversales et coordonnées, et ce sur la base d'un maillage territorial au plus près des besoins.

Objectif opérationnel N°3 : structurer une offre spécialisée et coordonnée d'interventions précoces autour des MND.

Action N°1 : développer les SPASAD au terme de l'expérimentation au sein de chaque organisme gestionnaire disposant d'une double autorisation (SSIAD-SAAD).

- objectif quantitatif : autorisation de 4 nouveaux SPASAD

Action N°2 : réorganiser l'offre de services en SSIAD dans un objectif de souplesse et de coordination.

- objectif qualitatif : réviser les agréments des SSIAD afin de favoriser la continuité des parcours (territoires, populations).
- objectif qualitatif : formaliser les coopérations interservices dans un objectif de continuité des prises en charge et un maillage territorial optimal.

Action N°3 : renforcer et spécialiser les SSIAD dans l'accompagnement et la prise en charge des MND.

- objectif quantitatif : création de 2 nouvelles équipes spécialisées Alzheimer et d'un référent MND au sein de chaque territoire.
- objectif qualitatif : renforcer les modalités d'accompagnement des SSIAD en temps de psychologue.

Action N°4 : rationaliser et renforcer l'organisation et le fonctionnement des MAIA dans le cadre de la réforme territoriale et de la généralisation du modèle PAERPA.

Indicateurs de suivi :

- ✓ taux d'occupation des SSIAD/SPASAD
- ✓ nombre de SPASAD autorisés
- ✓ nombre de projets de réhabilitation formalisés par les ESA par type de pathologie et par territoire
- ✓ nombre de cas complexes suivis par les MAIA et par territoire

➤ **Secteur handicap**

La démarche de renforcement des dispositifs d'accompagnement généralistes comme les CAMSP (Centre d'action médico-sociale précoce) et les CMPP (centre médico-psycho pédagogique), engagée dans le cadre du PRS 1, sera poursuivie pour une organisation sur les micro-territoires non couverts. Ces opérations de renforcement permettront l'organisation de modalités d'interventions souples à travers la mise en œuvre d'équipes mobiles notamment.

L'offre en milieu ordinaire en direction des enfants en situation de handicap doit être renforcée à travers une spécialisation des interventions notamment en matière de troubles neuro-développementaux (TSA, DYS) et les troubles psychiques.

Le rayonnement géographique des SESSAD doit également connaître une évolution sensible notamment sur la Haute-Corse qui présente un recentrage important sur le Grand Bastia. Dans ce contexte, il est également rappelé que les SESSAD doivent intervenir au plus près du lieu de vie de l'enfant et éviter ainsi un déplacement de ce dernier et de sa famille dans les locaux du service. Le renforcement quantitatif de ces structures sera également priorisé pour un renforcement de l'offre de prise en charge en milieu ordinaire et la poursuite d'une coordination accrue avec les services de l'éducation nationale.

En effet, conformément à l'esprit de la loi du 11 février 2005, la scolarisation en milieu ordinaire doit être privilégiée et la continuité des parcours scolaires, assurée. En la matière, l'Académie de Corse poursuit depuis plusieurs années une politique très volontariste permettant un taux de scolarisation des enfants en situation de handicap très supérieur à la moyenne nationale. Cette politique doit être soutenue à travers le développement d'unités d'enseignement externalisées notamment sur le territoire de la Haute-Corse. Le partenariat entre les dispositifs médico-sociaux type SESSAD et l'éducation nationale doit être systématiquement recherché et formalisé.

Au-delà de l'offre SESSAD, dans le cadre du IIIème Plan Autisme, une action visant à la sécurisation des interventions notamment libérales a été arrêtée à travers la création d'un réseau TSA et sera mise en œuvre dans le cadre du IVème Plan. Une vigilance sera portée à ce que les interventions organisées tant dans le secteur sanitaire, médico-social que libéral soient respectueuses des recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) formulées par la Haute Autorité de Santé (HAS) et l'Agence Nationale d'évaluation et de la qualité des établissements et services médico-sociaux (ANESM) qui représentent un socle scientifique incontesté d'organisation des prises en charge.

Enfin, les autorisations accordées par l'ARS pour les structures relevant de sa compétence feront l'objet d'harmonisation au niveau des âges afin de limiter les retards ou les ruptures de prise en charge.

Objectif opérationnel N°4 : renforcer l'offre d'intervention précoce pour les personnes en situation de handicap dans un objectif accru d'inclusion dans le milieu ordinaire.

Action N°1 : renforcer l'offre de prise en charge précoce des handicaps.

- objectif quantitatif : déployer sur les territoires non couverts (Centre Corse, Cap Corse, Sartenaïs/Valinco et Deux Sevi-Deux Sorru) des modalités adaptées (consultations avancées) de prise en charge précoce des handicaps (offre CAMSP/CMPP).
- objectif quantitatif : renforcer l'offre de prise en charge en milieu ordinaire des enfants souffrant de troubles DYS sur le territoire Cismonte.
- objectif quantitatif : renforcer l'offre de services pour les enfants présentant des déficiences sensorielles.
- objectif quantitatif : renforcer l'offre régionale SESSAD en direction des enfants souffrant de TSA.

Action N°2 : optimiser l'offre de services en direction des enfants en situation de handicap.

- objectif qualitatif : stratégie d'harmonisation des agréments des établissements et services médico-sociaux (ESMS).
- objectif qualitatif : rationaliser l'organisation géographique et le fonctionnement en file active des services.

Action N°3 : Soutenir la politique volontariste portée par l'Académie de Corse en termes de scolarisation dans le milieu ordinaire des enfants en situation de handicap.

- Objectif qualitatif : soutenir un partenariat systématique entre les SESSAD et l'Académie de Corse.
- Objectif quantitatif : poursuivre la démarche d'externalisation des unités d'enseignement en Cismonte (objectif : 2).

Indicateurs de suivi :

- ✓ liste d'attente suite à orientation sur SESSAD par handicap
- ✓ nombre d'agréments révisés
- ✓ taux d'occupation des services
- ✓ nombre de conventions de partenariat signées entre les organismes gestionnaires et l'éducation nationale
- ✓ part des Unités d'Enseignement externalisées
- ✓ taux de scolarisation des enfants accompagnés en établissements spécialisés

2.2 Le renforcement de l'offre médico-sociale à travers une organisation graduée et inclusive

Offre de répit et soutien aux aidants

Diagnostic

La volonté manifeste des personnes âgées ou en situation de handicap et de leur entourage, est qu'elles puissent rester à domicile aussi longtemps que possible dans un contexte d'inclusion sociale soutenu. Ce maintien dans le milieu ordinaire exige la présence de proches/aidants et induit par conséquent un renforcement de l'offre de répit et un développement d'actions de soutien aux aidants. Ainsi, le développement de l'offre médico-sociale en milieu ordinaire doit se concevoir comme une réponse aux besoins du couple aidant/aidé.

Objectif stratégique n°4 du COS : assurer un accès de proximité à un système de santé gradué et de qualité.

Permettre un maintien dans le milieu ordinaire des personnes âgées ou en situation de handicap à travers le déploiement d'une offre de répit et d'une politique dynamique de soutien aux aidants.

➤ Secteur Dépendance

Tout en préservant la nécessité que le recours aux structures type EHPAD puisse être envisagé dès lors que l'état de santé ou de dépendance de la personne l'exige, il importe de pouvoir structurer une offre de prise en charge adaptée « hors les murs ».

L'organisation d'une offre globale de répit au sein des micro-territoires est un objectif prioritaire pour permettre :

- à la personne âgée de disposer de l'offre d'accompagnement adapté à ses besoins : SSIAD, accueil de jour, hébergement temporaire...

- aux accompagnants de disposer de formation, d'information leur permettant d'appréhender l'évolution d'état de santé de leur proche tout en disposant d'une offre de répit sécurisée.

Dans ce cadre, il apparaît nécessaire que soit organisée au sein de chaque territoire de projet une formule globale de répit proposant un panier d'interventions spécialisées (MND) et adaptées aux besoins de la personne et de son entourage direct.

La formule globale de répit devra permettre le déploiement des dispositifs suivants :

- **offre SSIAD-SAAD-SPASAD** intégrant des modalités de relayage ainsi que des modalités de prise en charge spécialisées (MND) dans un contexte d'offre territorialisée et d'agrément revu. En outre, les personnels de ces structures seront sensibilisés et formés pour mieux repérer les aidants fragiles et concourir à une orientation vers les plateformes de répit le cas échéant ;

- **accueil de jour** : les dispositifs d'accueil de jour existants présentent des niveaux d'activité très insuffisants. Les difficultés au développement de ce mode de répit sont diverses :

- problématique des frais de transport ;
- reste à charge pour la famille ;
- insuffisance d'organisation souple et modulaire ;
- projet de service insuffisamment indépendant du projet d'établissement en cas d'adossement à un EHPAD ;
- manque de visibilité des dispositifs pour les professionnels de santé.

Ce constat est paradoxal avec les taux d'occupation enregistrés dans les EHPAD ainsi que la forte culture de maintien à domicile existante en Corse. Il semble donc que ce type de réponse doit être organisé pour répondre aux besoins de la population en s'intégrant dans un dispositif d'ensemble permettant à la fois souplesse de gestion et modulation de l'offre.

Le renforcement de l'offre d'accueil de jour doit s'envisager prioritairement par la création de services autonomes. Par ailleurs, la géographie de la Corse induit que les accueils de jour organisent des modalités d'externalisation à travers la constitution d'équipes itinérantes pour assurer un meilleur maillage territorial ; cette action nécessitant des partenariats développés avec les communes ou communautés de communes pour la mise à disposition de locaux. Les difficultés constatées pour le déploiement des dispositifs d'accueil de jour doivent conduire à une appréciation au cas par cas, selon le micro-territoire concerné, de la capacité à autoriser éventuellement en dérogation avec la réglementation en vigueur. Par ailleurs, la problématique des transports fera l'objet d'une attention toute particulière en ce qu'elle représente un des principaux freins du recours à ce type de dispositif.

- **Hébergement temporaire** : chaque micro-territoire doit disposer d'une offre de lits d'hébergement temporaire dont la capacité doit être adaptée à la densité de la population pour que l'exploitation de ces places soit pérenne. Par ailleurs, l'offre d'hébergement temporaire, dans son exploitation, doit respecter les durées de séjour prévues par la réglementation (90 jours sur 12 mois) ce qui implique que les capacités autorisées soient en adéquation avec cette exigence. Outre d'éventuelles créations de places, une réflexion sera menée dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) pour envisager la transformation de lits d'hébergement permanent non occupés.

- **Soutien aux aidants** : l'ARS poursuivra le déploiement des plateformes de répit en organisant un maillage territorial plus fin. Le déploiement de ces plateformes s'accompagnera de l'organisation de formations et d'ateliers visant à soutenir les aidants à toutes les étapes de l'accompagnement de leur proche. En outre, le renforcement des SSIAD en temps de psychologue sera expérimenté. Il est ainsi précisé qu'une attention particulière doit être portée aux aidants des malades jeunes atteints d'une MND.

Objectif opérationnel N°5 : renforcer et spécialiser les structures de maintien à domicile pour l'accompagnement des personnes atteintes de MND.

Action N°1 : déployer au sein de chaque micro-territoire un panier d'offres de répit permettant d'assurer un réel soutien des aidants familiaux.

Objectifs quantitatifs :

- créer 3 plateformes de répit en direction des aidants non professionnels : Grand Bastia/Cap Corse, Centre Corse/Balagne, Extrême Sud/plaine orientale
- développer des accueils de jour autonomes intégrant des équipes mobiles au sein des territoires d'implantation des plateformes de répit
- assurer au sein de chaque bassin de vie une offre en hébergement temporaire adaptée
- permettre la mise à disposition au sein de chaque territoire de projet d'une offre de SSIAD de nuit et de relaying

Objectif qualitatif :

- déployer une offre de formation et d'information aux aidants au plus près des besoins

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre d'actions de formation/information développées sur le territoire de chaque plateforme de répit
- ✓ taux d'occupation des services
- ✓ taux d'équipement régional « offre de répit »

➤ Secteur du Handicap

Sur ce secteur, la priorité réside essentiellement dans le développement d'une offre de prise en charge de répit/urgence allié à une meilleure structuration des dispositifs d'information et de formation.

L'action développée sur le champ des TSA visant à déployer une plateforme de répit en direction des aidants non professionnels sera évaluée afin d'envisager une généralisation de ce mode d'accompagnement à d'autres handicaps (handicaps psychiques) et un renforcement selon les différents micro-territoires.

La mission d'une plateforme est notamment d'organiser des sessions de formation et des ateliers de soutien aux aidants non professionnels : l'accessibilité à ces dispositifs au sein de chaque territoire d'intervention sera organisée. En outre, il convient de pouvoir structurer en Corse des modalités d'accueil temporaire en direction des personnes handicapées. Le PRS 1 à travers le IIIème Plan Autisme a permis de programmer la création de 8 places d'accueil temporaire réparties équitablement entre le secteur enfance et le secteur adultes, et entre les territoires de Corse-du-Sud et de Haute-Corse.

Cette action doit être renforcée pour ce qui concerne les TSA et développer en direction d'autres handicaps notamment en cas de situation d'urgence (particulièrement au niveau des handicaps psychiques) tant pour le secteur enfance que pour le secteur adultes. Il importe en effet que les familles soient en capacité, en cas de besoin (face à un évènement familial imprévu empêchant les aidants de poursuivre leur accompagnement, ou en cas de comportements-problèmes graves) de disposer d'un lieu de repli où leur proche pourra être pris en charge dans le respect des RBPP (recommandations des bonnes pratiques professionnelles) notamment. Ces structures permettront sur un temps limité de poursuivre la prise en charge de la personne en situation de handicap ou de stabiliser son état. L'accueil temporaire regroupe les accueils de jour et les places d'hébergement temporaire. Les dispositifs reposeront sur des organisations souples et adaptables favorisant une accessibilité tout au long de l'année (week-end, vacances scolaires...). Ils s'intégreront dans l'environnement institutionnel existant à travers la mise en place de partenariats permettant l'orientation en aval de la personne en situation de handicap vers des modalités de prise en charge adaptées. La coordination avec les secteurs hospitalier et ambulatoire sera organisée.

L'organisation et la prise en charge des transports sont des facteurs essentiels de réussite qui nécessiteront une attention particulière. Sur ce point, la politique volontariste définie par l'ARS de Corse depuis plusieurs années en matière de transports des personnes en situation de handicap sera poursuivie.

Le soutien aux aidants concerne également les proches des personnes prises en charge ou accueillies en institution. Ainsi, il importe que les ESMS à travers les outils portés par la loi du 2 janvier 2002, renforcent leur rôle en la matière au-delà de l'appréhension des seuls besoins des résidents ; le couple aidant/aidé doit être abordé dans sa globalité pour un accompagnement de qualité.

Objectif opérationnel N°6 : déployer une offre de répit et de gestion d'urgence pour les personnes en situation de handicap

Action N°1 : développer une politique d'information et de formation aux aidants non professionnels des personnes en situation de handicap.

Action N°2 : développer des modalités d'accueil temporaire au sein de chaque établissement prenant en charge des personnes en situation de handicap.

Action N°3 : expérimenter le déploiement une structure d'accueil de répit et d'urgence réservée à des personnes en situation de handicap souffrant de troubles neuro-développementaux modérés en phase de crise aiguë.

Indicateurs de suivi :

- ✓ taux d'équipement régional « offre de répit »
- ✓ taux d'occupation des ESMS

Le renforcement de l'offre médico-sociale : gradualité et intégration

Diagnostic

Le PRS 2 s'inscrit dans la continuité des objectifs stratégiques fixés en matière médico-sociale dans le PRS 1 notamment en matière de renforcement de l'offre et de rattrapage des taux d'équipements régionaux vis-à-vis des moyennes nationales.

Secteur de la Dépendance

Le PRS 1 avait acté, en cohérence avec les schémas départementaux de gérontologie, un moratoire sur la création d'EHPAD pour la période de référence. Cette décision, prise au regard des taux d'occupation préoccupants des établissements concernés, devait permettre d'organiser une période d'observation du tissu dans un contexte concurrentiel accru et non stabilisé.

En 2017, la quasi-totalité des places autorisées est installée (reliquat de 54 places). L'offre d'hébergement en EHPAD est globalement stabilisée depuis 2016. Cette stabilité n'est néanmoins pas corrélée à une amélioration conséquente des taux d'occupation qui restent toujours préoccupants à la fois pour la pérennité des structures mais également en termes d'adéquation de l'offre régionale avec les besoins réels de la population.

Ainsi :

| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|--------------|---------------|--------------|--------------|--------------|---------------|
| Corse du Sud | 94.93% | 84,2% | 88,2% | 83,16% | 84.45% |
| Haute-Corse | 88.31% | 89,6% | 83,4% | 85,84% | 88.65% |
| Corse | 90.52% | 87,2% | 85,5% | 84,6% | 86.55% |

Les EHPAD en Corse sont des structures dont le fonctionnement induit des charges d'exploitation importantes se traduisant par des tarifs hébergement conséquents :

| | Tarif hébergement inférieur | Tarif hébergement supérieur | Moyenne 2017 | Moyenne 2010 | % |
|--------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------|--------------|---------------|
| Corse du Sud | 58,89€ | 90,47€ | 76,76€ | 63,8€ | +20,3% |
| Haute-Corse | 51,47€ | 84€ | 70,7€ | 59,5€ | +18,9% |
| Corse | | | 73,75€ | 61,3€ | +20,3% |

Source : www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr (2017)

En moyenne, en 2017, un hébergement en EHPAD en Corse coûte aux usagers environ et a minima 2 200€/mois (hors dépendance). A titre de comparaison, en 2010 le tarif hébergement moyen régional était de 61,3€ soit une augmentation de 20% sur la période de référence (environ 1 900€/mois hors dépendance). L'évolution est particulièrement marquée en Corse-du-Sud compte tenu notamment de la création de nouvelles structures.

Dans ce contexte, le reste à charge est donc potentiellement lourd dans une région particulièrement touchée par la précarité ; le dispositif d'aide sociale ne permettant par ailleurs pas d'inciter le choix de l'EHPAD (dès lors que d'autres solutions peuvent être mobilisées) eu égard aux modalités réglementaires de récupération sur succession.

En synthèse, les freins d'accès aux EHPAD sont divers :

- culture du maintien à domicile ;
- géographie contraignante ;
- reste à charge important ;
- réglementation relative à l'aide sociale : récupération sur succession.

Objectif stratégique n°4 du COS : assurer un accès de proximité à un système de santé gradué et de qualité.

L'offre de prise en charge médico-sociale doit désormais s'accompagner d'une modulation plus forte des dispositifs qui doit permettre de proposer à la population des modalités d'accompagnement et de prise en charge graduées (en fonction des besoins - état de santé, handicap) et souples (dispositifs intégrés).

➤ Secteur de la dépendance

Si les données d'activité et économiques des EHPAD doivent être analysées avec précaution compte tenu du profil et des besoins de la population, elles ne doivent pas masquer la nécessité de développer des modalités d'hébergement des personnes âgées eu égard aux évolutions démographiques prochaines.

Or, les personnes âgées et notamment celles atteintes d'une maladie neurodégénérative, souhaitent pouvoir choisir leur habitat et les personnes avec qui le partager le cas échéant. Ce souhait est corrélé à une forte demande de projet social et de services associés au logement dans un environnement adapté et sécurisé garantissant conjointement inclusion sociale et vie autonome en milieu ordinaire.

Dans ce contexte, et en complément d'une réflexion qui doit pouvoir être engagée avec la Collectivité de Corse en matière tarifaire dans un objectif d'harmonisation, la planification régionale d'hébergement des personnes âgées s'envisagera dans un objectif général de gradualité au sein des territoires de vie où des formes d'habitat, plus souples et plus économiques pour des personnes aux revenus modestes doivent être développées. L'objectif étant de pouvoir disposer d'un taux d'équipement en cohérence avec la moyenne nationale et les besoins de la Corse.

Objectif opérationnel N°7 : structurer une offre d'hébergement graduée et sécurisée en direction des personnes âgées

Action N°1 : soutenir l'organisation d'une offre d'hébergement en direction des personnes âgées répondant aux enjeux sociaux et économiques de la Corse.

Objectif quantitatif : soutenir le renforcement d'une offre d'hébergement de petite taille au sein de chaque bassin de vie (accueils familiaux, EHPA (établissement hébergeant des personnes âgées), résidences services) assortie d'une médicalisation adaptée.

Expérimenter :

- un dispositif d'habitat inclusif pour personnes âgées en secteur rural
- un dispositif d'EHPAD « hors les murs »

Action N°2 : Repositionner l'EHPAD comme structure de référence pour les personnes âgées les plus dépendantes (GIR 1 à 4).

Levée progressive du moratoire sur les lits d'hébergement permanent favorisant les opérations de transformation et les extensions de petite importance dès lors qu'un seuil d'activité de 95% est assuré.

Indicateurs de suivi :

- ✓ taux d'occupation des EHPAD
- ✓ taux d'équipement établissements médicalisés et non médicalisés
- ✓ évolution des PMP et GMP régionaux

➤ Secteur handicap

Sur le secteur enfance : les filières de prise en charge relatives aux troubles neuro-développementaux et troubles psychiques seront renforcées principalement sur l'offre en milieu ordinaire (SESSAD, SAMSAH).

Le renforcement ne se limitera pas à une évolution quantitative de l'offre mais reposera principalement sur une évolution des organisations : territoires d'intervention, agréments et coordination. En effet, la mise en œuvre de dispositifs intégrés représentera un axe de travail privilégié ; les organisations en place devront permettre une souplesse dans les prises en charge et leur évolution.

Sur le secteur adulte : la graduation des prises en charge représente un objectif prioritaire afin que les personnes présentant un handicap ne nécessitant pas l'assistance permanente d'une tierce personne pour la réalisation des actes de la vie quotidienne, puissent également bénéficier d'accompagnements adaptés notamment en matière d'hébergement. Ainsi, outre le renforcement de l'offre en milieu ordinaire, l'offre d'hébergement institutionnelle nécessite une évolution des capacités de structures non médicalisées devant par ailleurs développer des partenariats formalisés avec des SSIAD ; cette orientation permettant d'éviter l'institutionnalisation notamment pour les personnes handicapées vieillissantes.

La prise en charge du handicap psychique et des troubles neuro-développementaux sera particulièrement renforcée afin d'éviter des hospitalisations inadéquates et de favoriser l'inclusion sociale :

- services médico-sociaux spécialisés intervenant en milieu ordinaire : SAMSAH, GEM (groupe d'entraide mutuelle), TSA, CPO-UEROS (centre de pré-orientation et unité d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale) ;
- dispositif d'habitat inclusif : milieu urbain et rural avec interventions sociales et médico-sociales ;
- dispositif emploi accompagné et évolution des prises en charge proposées en milieu protégé (Etablissement et Service d'Aide par le Travail – ESAT) ;
- hébergement institutionnel gradué pour les personnes ne pouvant bénéficier d'un hébergement en milieu ordinaire.

S'agissant plus spécifiquement de l'accès et du maintien dans l'emploi, l'organisation d'une offre graduée est impérative pour favoriser un décroisement du milieu ordinaire et du milieu protégé. L'adaptation des ESAT aux nouveaux besoins des travailleurs (handicap psychique notamment) doit s'envisager pour une redynamisation de ces structures qui doit également passer par une fluidité des entrées/sorties. Dans ce contexte, les mises en situation professionnelle (accompagnement par des « coaches ») favorisant des allers/retours entre ESAT et milieu ordinaire ainsi que la promotion de l'emploi accompagné sont des actions à développer. Dans tous les cas, la promotion de la scolarisation et de l'insertion professionnelle nécessite un partenariat fort entre les différents acteurs concernés (ARS, Education Nationale, DIRECCTE, Université de Corse...).

Une action spécifique en direction des personnes handicapées vieillissantes ne bénéficiant pas d'une institutionnalisation préalable sera également engagée dans un objectif de graduation et de subsidiarité (recours aux solutions les plus proches possibles du droit commun). Pour ce faire, une approche souple entre les dispositifs pour personnes âgées et les dispositifs pour personnes handicapées est de rigueur tout en faisant en sorte que les besoins spécifiques des personnes en situation de handicap soient justement appréhendés ; l'admission au sein de structures lourdes types FAM/MAS n'apparaissant pas une solution à privilégier pour ces personnes.

Objectif opérationnel N°8 : organiser des modalités d'accompagnement en milieu ordinaire favorisant l'inclusion des personnes en situation de handicap.

Action N°1 : développer une offre de prise en charge reposant sur des dispositifs intégrés, souples et modulaires

- Renforcer l'offre de SESSAD Spécialisé pour les TSA
- Renforcer l'offre de prise en charge en direction des personnes souffrant d'handicaps psychiques
- Organiser une offre médico-sociale reposant sur des dispositifs intégrés

Action N°2 : poursuivre le déploiement d'une offre d'hébergement graduée favorisant l'inclusion dans le milieu ordinaire

- accompagner le développement de structures d'hébergement intermédiaires
- poursuivre l'expérimentation de dispositifs d'habitats inclusifs tant en milieu ordinaire, qu'en milieu rural
- renforcer l'offre institutionnelle en direction des personnes en situation de handicap lourd (handicaps psychiques)

- développer une offre d'hébergement graduée pour les personnes en situation de handicap vieillissantes favorisant les prises en charge au sein des structures de droit commun

Action N°3 : développer une politique d'inclusion sociale en direction des personnes en situation de handicap.

- soutenir la mise en œuvre de modalités de « coaching » ;
- accompagner les ESAT à répondre aux besoins des personnes en situation de handicap psychique ;
- poursuivre l'expérimentation « emploi accompagné » ;
- renforcer l'offre de SAMSAH.

Indicateurs de suivi :

- ✓ taux d'équipement régionaux dont la part dans l'offre médico-sociale des services proposant un accompagnement en milieu ordinaire
- ✓ part de places d'hébergement permanent en EHPAD réservées aux personnes handicapées vieillissantes
- ✓ nombre de sorties d'ESAT vers le milieu ordinaire
- ✓ nombre d'orientations prononcées par la MDPH en direction de dispositifs intégrés
- ✓ nombre d'adultes maintenus en ESMS pour enfants au titre de l'amendement Creton
- ✓ nombre de situations individuelles critiques

2.3 L'organisation d'une offre spécialisée favorisant la qualité et la sécurité des prises en charge

L'ensemble des dispositifs médico-sociaux déployé sur le territoire corse doit offrir des modalités d'accompagnement adaptées en assurant le respect, la sécurité et le bien-être physique et moral des populations concernées. Cette exigence qualitative au niveau des prises en charge doit être soutenue à travers :

- la qualité de vie au travail (QVT) des personnels des ESMS ;
- une politique régionale d'investissement médico-sociale ;
- le renforcement de la spécialisation et de la professionnalisation des prises en charge ;
- la gestion des risques en ESMS à travers le signalement des événements indésirables graves (EIG).

Création d'un observatoire de la qualité de vie au travail du secteur médico-social

Diagnostic

- Les métiers du secteur médico-social affichent une sinistralité importante qui les placent devant les métiers du Bâtiment-Travaux-Publics. Ainsi, l'indice de fréquence (nombre d'accidents pour 1 000 salariés avec arrêt supérieur à 24h) des accidents du travail en EHPAD est près de deux fois supérieur à la moyenne nationale (95 pour les EHPAD en 2015 contre 33,9 au niveau national), toutes activités confondues. Les risques identifiés sont multiples :
- le renforcement des droits des personnes accueillies avec des exigences de qualité accrues de la part des institutions, des personnes et de leurs familles proches ;
- un alourdissement de la charge en soins des personnes accueillies dû à :
 - une dépendance croissante ;
 - un absentéisme important renforcé par des difficultés de remplacement ;
 - des injonctions paradoxales mal vécues : stimuler ou respecter la volonté des personnes, qui peut différer de la volonté des familles ; favoriser le maintien de l'autonomie dans un temps contraint ; accompagner les personnes et justifier «comptablement » de chaque activité;
- un travail sous tension ou « *pression de la pendule* » lié à la charge de travail accrue ;

- un mal être des résidents ou des familles qui se répercute sur le personnel ;
- un manque de respect de plus en plus ressenti en cas de situation conflictuelle ;
- une charge émotive forte : difficulté à garder la « bonne distance » dans un contexte de confrontation quotidienne avec la vieillesse, la dépendance physique ou psychique chez l'enfant notamment, la dégradation du corps, la démence, la solitude, la mort.

Au-delà des chiffres inquiétants sur les accidents du travail, la récente mission « flash » sur les EHPAD dresse un constat sans appel : « L'organisation du travail est en tension et peut être la source de dégradation importante des conditions d'exercice des métiers de soignants ». La stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail présentée aux représentants des professionnels de santé des établissements sanitaires et médico-sociaux le 5 décembre 2016 a ainsi fixé l'objectif général suivant : « Prendre soin de ceux qui nous soignent ».

Objectifs

L'ensemble des constats posés doit amener à une déclinaison d'actions et de réflexions autour :

- de la sécurité des professionnels (troubles musculosquelettiques (TMS), risques psycho-sociaux (RPS)...),
- du recrutement (ville et rural), de l'absence de candidats,
- des formations (dirigeants, cadres, soignants, avec une innovation nécessaire dans le vecteur de communication choisi...),
- de l'architecture,
- de l'implantation de salles de repos « confortables » et « agréables »,
- de la silver économie, comme un soutien au personnel,
- des documents à compléter et/ou à créer (Projet d'établissement, document unique, chartes, questionnaires internes...),
- de l'absentéisme,
- d'une clarté dans l'organisation du travail,
- de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences,
- d'une démocratie professionnelle effective,
- de la reconnaissance du personnel,
- de la communication interne et de sa circulation...
- de la mise en place d'ateliers à destination des personnels sur la relaxation et la gestion du stress (sophrologie, ateliers déjà modélisés par la Mutualité Française).
- de moyens de repérage d'établissements ou services (la négociation CPOM et les retours des tableaux de bord (TDB)).

La création d'un observatoire régional de la qualité de vie au travail au sein du secteur médico-social apparaît être la réponse adaptée aux enjeux précédemment définis. Il doit favoriser l'émergence d'une intelligence collective au service d'une réflexion alimentant l'observation, le recueil, l'évaluation et la créativité. Cette démarche doit aussi permettre d'identifier les principales familles de tensions du secteur médico-social à l'origine des risques, ainsi que les leviers d'actions possibles.

Il pourra en outre favoriser la création d'un espace de discussion (exemple : yahoo groupes) et d'une plateforme d'échanges des bonnes pratiques à destination des professionnels (SharePoint). Enfin, une journée sur la QVT pourrait, en outre, être organisée annuellement en partenariat avec l'Agence Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ARACT), la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail (ARSAT) et les Organismes Paritaires Collecteurs Agréés (OPCA).

Définition d'une politique régionale d'investissement médico-social

Diagnostic

La politique poursuivie par l'ARS de Corse de renforcement de l'offre de places en établissements et services médico-sociaux doit s'accompagner d'actions visant à la modernisation et à l'adaptation des structures existantes dans un objectif de sécurisation des prises en charge.

L'ARS apporte annuellement aux ESMS une aide publique à l'investissement à travers un soutien en crédits non reconductibles ou l'attribution de plans d'aide à l'investissement (PAI) :

| PRS 1 | Secteur dépendance | Secteur handicap | Tout secteur |
|---|--------------------|-------------------|-------------------|
| Notification CNR investissements | 4 791 944€ | 4 467 236€ | 9 259 180€ |
| Dont travaux | 2 860 154€ | 2 750 386€ | 5 610 540€ |
| PAI | 368 924€ | 113 000€ | 481 924€ |
| TOTAL | 5 160 868€ | 4 580 236€ | 9 741 104€ |

Sur la période du PRS 1, près de 10 millions d'Euros ont été notifiés par l'ARS de Corse aux ESMS pour soutenir des opérations d'investissements dont plus de 6M€ pour des opérations de travaux.

Il ressort que les crédits non reconductibles représentent une modalité de soutien financier fortement privilégiée par les ESMS car répondant à des règles d'attribution moins contraignantes que le PAI. Cependant, si cette procédure a été largement mobilisée pour le financement d'opération d'investissement elle ne concourt pas à une visibilité pluriannuelle et prospective. Il est ainsi primordial que les structures puissent mobiliser l'ensemble des leviers à leur disposition tout particulièrement dans un contexte de disparition progressive des crédits non reconductibles.

Il doit être souligné que les plans d'aide à l'investissement notifiés tant sur le secteur « dépendance » que sur le secteur « handicap » sont systématiquement sous-consommés faute de candidatures ou de dossiers répondant aux exigences de la procédure.

| PRS 1 | Secteur dépendance | Secteur handicap | Tout secteur |
|------------------------------|--------------------|------------------|--------------|
| Notification CNSA PAI | 1 875 499€ | 755 912€ | 2 631 011€ |
| Consommation | 368 924€ | 113 000€ | 481 924€ |
| % consommation | 19.7% | 14.9% | 18.3% |

Sur la période du PRS 1, la Corse a consommé moins de 80% des notifications financières faites par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) dans le cadre des plans d'aide à l'investissement. Cette tendance doit impérativement s'inverser notamment par une meilleure anticipation et programmation des ESMS des opérations d'investissement.

Objectifs

Il existe par conséquent une double priorité : permettre aux ESMS de présenter la meilleure adéquation possible de leur organisation avec les besoins des personnes en perte d'autonomie dont ils ont la responsabilité en mobilisant l'ensemble des leviers existants (financiers, réglementaires...).

Il s'avère donc nécessaire de définir une véritable politique régionale en la matière autour des grands enjeux suivants :

- la transformation de l'offre ;
- le développement de l'offre ;
- la modernisation/adaptation du secteur.

Dans ce cadre, un schéma régional de l'investissement médico-social sera arrêté dans le triple objectif suivant :

- réalisation d'un état des lieux sur la situation immobilière des ESMS de Corse ;
- identification des opérations de transformation, modernisation prioritaires ;
- détermination d'une politique d'allocations de ressources sur l'investissement pluriannuelle et objectivée (CPOM, plan pluri annuel d'investissement).

Ce schéma doit en effet permettre d'instituer une plus grande anticipation des nécessaires investissements à réaliser dans les ESMS et éviter ainsi tout soutien financier dispersé et par conséquent non optimisé.

Renforcement de la spécialisation et de la professionnalisation des prises en charge

En concordance avec l'objectif fixé en matière de QVT, il convient d'accompagner les ESMS afin que leurs personnels bénéficient d'un plan de formation continue.

Ainsi, au sein de chaque ESMS un travail qualitatif prospectif doit être réalisé pour définir des plans de formations pluriannuels permettant de renforcer les compétences et qualités professionnelles de chacun. Les thématiques retenues devront être en cohérence avec les orientations régionales qualitatives mentionnées ci-dessous. L'existence et l'évaluation de ces plans de formation seront un préalable nécessaire à tout soutien de l'ARS pour le financement des formations et/ou le remplacement des personnels concernés à travers la signature de CPOM.

Par ailleurs, les prises en charges organisées au sein des ESMS devront se spécialiser. Dans ce cadre, les établissements et services médico-sociaux doivent organiser à travers leur projet d'établissement des modalités d'accompagnement respectueuses des recommandations et bonnes pratiques professionnelles édictées par les autorités compétentes (TSA, Alzheimer, bientraitance...).

Le dispositif de contractualisation désormais réglementairement obligatoire pour l'ensemble des établissements et services médico-sociaux des secteurs dépendance et handicap, permettra de déterminer sur la base de diagnostics individuels des objectifs d'amélioration sur les thématiques suivantes :

➤ **Secteur dépendance (EHPAD) :**

- bientraitance et maltraitance
- prévention perte autonomie : axée sur la nutrition et la prévention des chutes
- Prévention et gestion du risque infectieux épidémique
- sécurité et qualité des prises en charge médicamenteuses
- accompagnement et prises en charge des maladies neuro-dégénératives (MND)
- Prévention de la légionellose et gestion des Déchets Associés aux Soins et aux Risques Infectieux (DASRI)
- accompagnement et prises en charge des soins complexes et de la fin de vie
- évolution et adaptation des modalités de prise en charge aux besoins du micro-territoire

➤ **Secteur handicap :**

- spécialisation des prises en charge
- gestion des comportements-problèmes (dont sexualité, situations de crises...)
- accompagnement et inclusion sociale
- prévention perte autonomie : accès aux soins somatiques, nutrition, éducation thérapeutique
- gestion des troubles associés et risque vital
- supervision des pratiques

Les exigences inhérentes au renforcement de la qualité de la prise en charge nécessitent, outre l'effectivité de plans de formation dynamiques et pluriannuels, la mise en œuvre d'une véritable gestion prévisionnelle des emplois et des compétences répondant aux enjeux d'organisations médico-sociales nouvelles ou innovantes pouvant s'articuler autour des objectifs suivants :

- en lien avec la Collectivité de Corse et les acteurs de la formation professionnelle, engager une réflexion visant à la définition d'un plan d'actions ciblé dans le cadre du futur schéma régional des formations sanitaires et sociales, sur les besoins en compétences insuffisamment disponibles sur le territoire : aide-soignante, assistant de soins en gérontologie (ASG), orthophoniste, neuropsychologue, ergothérapeute...

- soutenir aux côtés des institutions compétentes la définition et la mise en œuvre d'un plan de communication visant à valoriser les formations sanitaires et sociales ;
- développer les partenariats avec les OPCA pour favoriser les formations et les développements professionnels continus (financements CNSA) ;
- soutenir l'accueil et l'intégration de stagiaires dans le fonctionnement des ESMS.

La gestion des risques en ESMS à travers le signalement des événements indésirables graves (EIG)

Diagnostic

Afin de renforcer la protection des personnes âgées et/ou en situation de handicap accueillies dans les ESMS, l'article 161 de la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 apporte pour la première fois une base législative et réglementaire au signalement d'événements indésirables dans ce secteur.

Il existe désormais une obligation légale pour les ESMS d'informer sans délai les autorités administratives compétentes (agence régionale de santé et Collectivité de Corse), dans les situations suivantes :

- dysfonctionnement grave dans leur gestion ou leur organisation, susceptible d'affecter la prise en charge des usagers, leur accompagnement ou le respect de leurs droits ;
- survenue d'un événement ayant pour effet de menacer ou de compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes prises en charge ou accompagnées.

La prévention de la survenue d'un événement et le signalement d'un dysfonctionnement font partie intégrante d'une démarche de gestion des risques qui doit impérativement s'inscrire dans une démarche d'amélioration continue de la qualité dont l'évaluation est une obligation inscrite dans la loi du 2 janvier 2002.

Le dispositif de signalement des EIG doit donc être prioritairement perçu comme un dispositif de vigilance. Il importe donc que les ESMS intègrent que le signalement ne se réalise pas exclusivement en situation de crise et se dotent d'un protocole interne de traitement des événements.

Tout l'enjeu réside effectivement dans le fait que l'EIG ne puisse se renouveler ce qui nécessite de la part de l'établissement une analyse des risques et la détermination d'actions correctives de fond (exemple : les problématiques de sexualité au sein des ESMS pour personnes en situation de handicap) ; le traitement d'un EIG ne relevant de la responsabilité d'un seul individu et l'origine des EIG étant le plus souvent multifactorielle (organisation, procédures de soins, matériels ...).

Dans le cadre de ses missions de veille sanitaire, l'ARS doit être informée de la survenue de ces EIG et des mesures engagées pour leur traitement et empêcher leur renouvellement ; les signalements concourent à alimenter un système de veille et de surveillance spécifiques afin d'apporter une réponse proportionnée à une situation ou un incident par ou avec l'établissement. En outre, le signalement permet à l'ARS d'être informée des difficultés rencontrées par les ESMS et donc de définir un meilleur appui aux ESMS notamment dans le cadre d'un traitement coordonné avec la Collectivité de Corse pour les structures sous autorisation conjointe.

Le signalement d'un EIG ne déclenchera pas nécessairement une inspection de la structure ; l'ARS faisant le choix de déployer une série de mesures graduées pour comprendre les dysfonctionnements rencontrés et améliorer les organisations en place. Cependant, la réalisation d'une inspection aide à analyser en profondeur les dysfonctionnements à l'origine de l'évènement avec la définition des mesures correctives à engager. En la matière, l'ARS dispose d'une cartographie des risques lui permettant d'engager de manière opportune une inspection des ESMS quand :

- l'évènement signalé à travers la description des faits laisse supposer un manquement, une négligence, voire une volonté de nuire de la part d'un professionnel ou des incohérences qui semblent dissimuler des faits graves autres ;

- l'étude du dossier de l'établissement ou de la structure montre : la récurrence de l'évènement indésirable, l'existence de réclamations graves de patients ou de professionnels, la formulation de constats graves dans des rapports d'inspections antérieurs qui remettent en cause la sécurité des patients et/ou des professionnels ;
- les propositions de mesures correctives sont absentes ou paraissent inadaptées ou insuffisantes notamment en cas d'absence d'organisation de retour d'expérience dans l'établissement ou le service.

Objectif opérationnel N°9 : soutenir les ESMS dans une amélioration continue de la qualité de prise en charge des personnes âgées et des personnes en situation de handicap

Action N°1 : création d'un observatoire de la qualité de vie au travail sur le secteur médico-social

- Limiter le taux d'absentéisme au sein des ESMS
- Limiter le turn over des personnels de prise en charge au sein des ESMS

Action N°2 : soutenir une politique d'investissement du secteur médico-social permettant l'organisation de prises en charge adaptées et optimisant les financements.

- Assurer dans le temps l'adaptation des établissements aux besoins des personnes âgées et des personnes en situation de handicap prises en charge
- Prioriser les actions d'investissement selon le type d'opération
- Soutenir les ESMS dans la détermination d'une politique pluriannuelle d'investissement favorisant l'efficience

Action N°3 : renforcer la spécialisation et la professionnalisation des prises en charge à travers une politique de formation (continue et initiale).

- Soutenir la définition et la mise en œuvre au sein de chaque organisme gestionnaire d'un plan pluriannuel de formation
- Permettre à chaque personnel d'ESMS de disposer d'une formation continue concourant au déploiement de prises en charge adaptées
- Assurer une juste adéquation entre l'offre régionale de professionnels et les besoins régionaux de prise en charge

Action N°4 : développer une politique de gestion des risques au sein des ESMS :

- disposer d'une visibilité au niveau régional de l'état des risques au sein des ESMS ;
- aider les ESMS à développer une véritable culture de prévention et de gestion des risques

Indicateurs de suivi :

- ✓ taux d'absentéisme dans les ESMS
- ✓ taux d'accidents du travail
- ✓ taux de vétusté des ESMS
- ✓ évolution des réserves d'investissement (fonds de roulement d'investissements (FRI))
- ✓ taux de consommation des PAI
- ✓ part des ESMS disposant d'un plan de formation pluriannuelle
- ✓ part des ESMS accueillant des stagiaires
- ✓ part de personnels médico-sociaux bénéficiant chaque année de formations continues
- ✓ nombre d'EIG déclarés annuellement
- ✓ nombre d'inspections/contrôles réalisés suite à déclaration d'EIG

2.4 La continuité des parcours de prise en charge à travers l’appréhension et le traitement anticipé des situations individuelles complexes

L’exigence portée par le PRS 2 d’assurer la continuité des parcours de prise en charge des personnes âgées et des personnes en situation de handicap précédemment détaillée en termes de structuration de l’offre (renforcement, graduation, intégration et inclusion) nécessite également d’asseoir une organisation régionale permettant d’anticiper et de traiter les situations individuelles dites complexes découlant généralement de :

- l’absence, l’insuffisance ou l’inadaptation de l’offre de prise en charge dans le parcours de soins et d’accompagnement de la personne ;
- des modalités de coopération et de coordination insuffisamment efficaces ne favorisant pas une appréhension globale des besoins spécifiques ;
- l’existence d’un handicap rare induisant des modalités de prise en charge spécifiques.

Généralisation du projet personnalisé individuel (PPI) : approche globale et intégrée

Diagnostic

Introduit par la loi du 2 janvier 2002, le PPI consiste à proposer à chaque personne, sous réserve de son consentement, un accompagnement spécifique et adapté favorisant son développement, son autonomie et son insertion selon son âge, ses besoins et ses attentes. Le PPI s’impose à tous les ESMS. Cet outil permet également à chaque professionnel de bien appréhender la personne dans sa globalité et ainsi d’apporter des réponses individualisées et réévaluées. L’élaboration puis l’évaluation d’un PPI ne sont pas encore systématiquement organisées au sein des ESMS.

L’individualisation de la réponse apportée aux besoins des personnes prises en charge, à travers une co-construction avec l’intéressé et/ou ses proches, favorise des accompagnements de qualité et concourt à limiter les ruptures de parcours à travers une anticipation des situations à risques (exemple : âges clés). Ce manque d’anticipation dans l’accompagnement des personnes a été souligné par le Rapport PIVETEAU et peut trouver une réponse à travers une juste utilisation du PPI.

Il importe donc que chaque projet d’établissement intègre la systématisation de cet outil et assure son application opérationnelle ; cela implique que la démarche de construction, de suivi et de réévaluation des PPI soit structurée au sein de l’organisation dans le cadre d’une démarche qualité. Les CPOM permettront d’assurer la mise en œuvre de cette orientation.

Améliorer l’accès aux soins et à la Santé des personnes en situation de dépendance

Diagnostic

L’accès aux soins somatiques des personnes en situation de dépendance est une problématique soulevée de manière récurrente par les associations d’usagers et les dirigeants d’ESMS.

En effet, pour ce qui concerne les personnes en situation de handicap : si celles-ci relèvent du système de droit commun pour l’ensemble de leurs soins, il est constaté des difficultés d’accès et de continuité des soins courants induisant des prises en charge inadaptées et des ruptures du parcours de santé voire de renoncement aux soins.

Concernant les personnes âgées, des hospitalisations inadéquates sont encore trop régulièrement signalées. L’impact sur les personnes âgées de ces hospitalisations induit l’émergence de comorbidités importantes qui doivent être limitées.

Objectifs

➤ Secteur Dépendance :

Il importe de pouvoir accompagner les EHPAD dans l'évaluation de la personne âgée et des moyens à mobiliser afin d'éviter le recours à une hospitalisation qui ne s'avèrerait pas nécessaire. Pour ce faire, l'ARS étudiera des modalités organisationnelles permettant de structurer les échanges entre les services hospitaliers et les EHPAD par l'intervention de personnel infirmier spécialisé en gériatrie. En outre l'organisation des prises en charge la nuit au sein des EHPAD fera également l'objet d'une évaluation pour déterminer le meilleur niveau de réponse possible, notamment pour tout ce qui a trait à l'accompagnement en fin de vie. Enfin, les coordinations d'aval entre le sanitaire et le médico-social seront favorisées et encouragées hospitalisation à domicile, équipe mobile de soins palliatifs. Ces axes de réflexions seront intégrés systématiquement dans le cadre de contractualisation réglementairement en vigueur pour ces établissements.

➤ Secteur Handicap :

L'ARS s'est engagée depuis 2016 dans la structuration de 2 dispositifs de consultations dédiées prioritairement orientés sur les soins bucco-dentaires sur la base des principes généraux suivants :

- logique de subsidiarité : offre complémentaire pour certaines situations complexes ;
- réponse à des besoins non couverts ou difficilement couverts des personnes en situation de handicap pour des soins somatiques non liés au(x) handicap(s) ;
- coordination des prises en charge et des soins : formation des professionnels de santé, coordination avec secteur médico-social (en amont notamment), articulation médecin traitant.

Ces dispositifs permettent à travers leur conception et leur organisation une juste appréhension des obstacles existants pour l'accès aux soins des personnes en situation de handicap ne pouvant bénéficier d'une prise en charge en « milieu ordinaire » : obstacles liés à la personne (âge, handicap...), aux professionnels de santé (information, formation, coordination), à l'environnement et aux types de soins nécessaires.

Cette dynamique doit être poursuivie pour un déploiement effectif de ces dispositifs sur les 2 pôles urbains ainsi qu'une ouverture à d'autres spécialités. Elle doit être complétée par :

- des actions de sensibilisation, de formation et d'information des professionnels de santé quant aux paramètres nécessaires à la prise en charge de situations complexes ;
- la mise en œuvre d'une coordination systématique avec le secteur médico-social ;
- une généralisation à l'ensemble des établissements et services de santé pour une meilleure accessibilité sur le territoire corse ;
- l'intégration impérative d'une logique de prévention et d'éducation à la santé afin de limiter le recours aux soins curatifs.

Organiser des réponses de prise en charge médico-sociales souples et modulaires pour les personnes en situation de handicap

Diagnostic

Dans le cadre du PRS 1, un rattrapage des taux d'équipement avait été priorisé au regard de l'offre médico-sociale disponible. Cette offre, si elle doit encore être renforcée comme indiqué précédemment, doit également faire l'objet d'évolution et de transformation lui permettant de passer d'une logique de places à une logique de parcours afin d'éviter les ruptures de prise en charge, les inadéquats (notamment en termes d'hospitalisation).

Objectifs

Ainsi, l'analyse des situations individuelles critiques relève le plus souvent d'une nécessité accrue de souplesse dans l'organisation des réponses notamment médico-sociales à mettre en œuvre autour des besoins de la personne en situation de handicap. Le PRS 2 doit donc permettre de développer l'ensemble des actions permettant de tendre vers le « zéro personne » en situation de handicap sans solution d'accompagnement.

Pour ce faire, les actions suivantes précédemment évoquées seront priorisées :

- évolution des agréments : harmonisation, assouplissement ;
- amélioration en continu de la qualité des accompagnements en favorisant l'adaptation des organisations et des pratiques professionnelles : articulation médico-social/sanitaire, innovations organisationnelles favorisant la définition de réponses d'accompagnement souples et modulaires (intégration dans le CPOM), soutenir le développement de systèmes d'information des ESMS pour faciliter les parcours ;
- développement de dispositifs souples et modulaires favorisant notamment des allers-retours entre les différentes structures (dispositifs intégrés à généraliser au-delà des dispositifs ITEP) mais également entre le milieu ordinaire et l'institutionnel ;
- organiser et promouvoir la complémentarité des réponses de tous les acteurs à travers une juste appréciation des besoins des personnes : évaluation des inadéquats, évaluation multidimensionnelle des personnes...

Ces actions doivent permettre d'anticiper les difficultés pouvant induire des ruptures de prise en charge et la gestion de situations complexes.

Par ailleurs, il conviendra de définir et mettre en œuvre une organisation régionale structurée et interinstitutionnelle dans le cadre de la démarche « réponse accompagnée pour tous » (RAPT) qui présente 4 axes :

- mise en place d'un dispositif d'orientation permanent en vue de la définition de plan d'accompagnement global (PAG) selon une approche territorialisée accrue et une organisation régionale opérationnelle (groupe opérationnel de synthèse, ...) ;
- déploiement d'une réponse territorialisée accompagnée pour tous : mise en évidence de l'offre disponible, l'état des besoins et des manques, améliorer l'évaluation des inadéquations existantes entre les solutions prescrites et celles réalisées pour guider les stratégies d'évolution de l'offre, mise en cohérence des politiques régionales et territoriales en faveur des personnes en situation de handicap dans un objectif d'assouplissement des dispositifs favorisant la continuité et l'adaptation des prises en charge, identifier et organiser par micro-territoire des panels de réponses diversifiées et modulaires, renforcer la coopération sanitaire/médico-sociale ;
- création d'une dynamique d'accompagnement et de soutien par les pairs : développement d'actions de pair-aidance, renforcement des actions d'information et de formation en direction des pairs ;
- accompagnement au changement des pratiques : intégration et information des acteurs opérationnels quant aux modalités de déploiement de RAPT retenues, développement d'actions de formation à l'attention des professionnels, soutien à la mise en œuvre de supervision des pratiques, intégration de la démarche RAPT dans les CPOM. L'ensemble de ces actions est complémentaire à une adaptation des réponses des établissements à l'évolution des besoins.

Préalablement au déploiement de ces axes, il conviendra de structurer une gouvernance régionale partagée rassemblant l'ensemble des acteurs concernés : mise en place d'un COPIL (ARS, Collectivité de Corse, MDPH, Education Nationale, DIRECCTE, CPAM...), définition d'un plan d'actions régional de déploiement de la démarche à l'échelle territoriale à travers des outils d'observation, de pilotage et de suivi.

L'ensemble de ces mesures concourra en outre à améliorer la performance de notre système de santé à travers une réponse aux 3 enjeux principaux définis par l'organisation mondiale de la santé (OMS) :

- améliorer l'état de santé de la population ;
- répondre aux attentes des personnes et des acteurs du système, et améliorer la qualité des prises en charge ;
- assurer un financement équitable et soutenable en utilisant aux mieux les ressources limitées.

Enfin, ces nouvelles modalités de prise en charge (réponse territorialisée accompagnée pour tous) compléteront l'organisation mise en œuvre en matière de handicaps rares. (Cf. chapitre 3 du titre II . La prise en charge des maladies et handicaps rares).

Objectif opérationnel N°10 : développer une stratégie régionale de gestion et d'anticipation des situations individuelles dans un objectif réaffirmé de continuité des parcours

Action N°1 : organiser des modalités de prise en charge individualisées.

- généraliser la mise en œuvre des projets personnalisés individuels ;
- soutenir les supervisions de pratiques professionnelles.

Action N°2 : organiser une accessibilité aux soins somatiques en limitant les hospitalisations.

- poursuivre le déploiement des dispositifs de consultations dédiées ;
- Déployer une organisation coordonnée sanitaire/médico-sociale limitant le nombre d'hospitalisations.

Action N°3 : organiser des modalités d'accompagnement et de prise en charge modulaires dans une dynamique de continuité des parcours pour les personnes en situation de handicap.

- organiser le passage d'une logique de place en une logique de parcours : optimisation de l'offre médico-sociale ;
- déploiement du dispositif RAPT : pilotage, suivi, Pôle de Compétences et de Prestations Externalisées (PCPE), Projet d'Accompagnement Global (PAG)...

Indicateurs de suivi

- ✓ taux de PPI formalisé et réévalué annuellement au sein de chaque ESMS
- ✓ nombre de dispositifs de consultations dédiées déployés
- ✓ nombre de personnes en situation de handicap prises en charge annuellement au sein des dispositifs de consultations dédiées
- ✓ part des CPOM des établissements de santé intégrant un objectif visant à favoriser l'accès aux soins des personnes en situation de handicap

Chapitre 3 : la prise en charge des maladies et handicaps rares

Une maladie rare touche un nombre restreint de personnes. La rareté est définie selon la législation européenne par une prévalence inférieure à un seuil de 5 pour 10 000 ou 1 pour 2000. 80% des maladies rares sont d'origine génétique. A ce jour 8000 maladies rares sont identifiées. 97% des malades sont sans traitement.

Les maladies rares ont été décrites dans la littérature scientifique internationale chez au moins deux patients confirmant une association non fortuite de signes cliniques.

Un nom principal est attribué, un identifiant unique le numéro ORPHA est attribué de façon aléatoire. Cet identifiant n'est jamais réutilisé et il est stable dans le temps. Avec l'évolution des connaissances scientifiques, l'inventaire est mis à jour.

Toutes les maladies rares n'ont pas des conséquences en termes de handicaps rares. Elles peuvent en effet développer des conséquences invalidantes qui doivent trouver leurs réponses dans l'offre institutionnelle médico-sociale de droit commun. A contrario, 30% des handicaps rares sont liés à une maladie rare diagnostiquée ou un syndrome rare non étiqueté.

Diagnostic

Les maladies rares, au plan épidémiologique, présentent un début précoce dans la vie, **deux fois sur trois, avant 2 ans, 2/3** sont graves, chroniques et évolutives souvent à l'origine de handicaps intellectuels moteurs ou sensoriels. Le pronostic vital est mis en jeu dans la moitié des cas, les maladies rares sont à l'origine **de 35 % des décès avant l'âge de 1 an**, 10 % entre 1 et 5 ans et 12 % entre 5 et 15 ans.

La prévalence est de **4 à 5 %** (3 millions en France), **un malade sur deux** est sans diagnostic. L'errance diagnostic est variable selon les sources mais sur sa fourchette basse estimée à 4 ans. Pourtant une prise en charge adaptée permet souvent d'améliorer la survie et la qualité de vie des personnes malades et de leur entourage.

Malgré des difficultés de recensement, des données de consultations pour maladies rares de patients résidant en Corse ont pu être collectées, ces données sont reprises dans le tableau ci-joint :

| | Consultations/an | Consultations patients corses/an |
|--|------------------|----------------------------------|
| Centre de référence Anomalies du développement | 1626 | 50 |
| Centre de référence Maladies neuro-musculaires | 5554 | 100 |
| Centre de référence Maladies métaboliques | 1007 | ND |
| Centre de référence Thalassémies | 1108 | ND |
| Centre de référence Maladies de l'hypophyse | 3000 | 150 |
| Centre de référence Hémophilie | 1500 | ND |
| Centre de référence Hernie diaphragmatique | ND | ND |
| Centre de référence Maladies plaquettaires | 1500 | ND |
| Tumeurs endocrines malignes | ND | ND |
| TOTAL | 15295 | 450 à 500 |

Si on s'accorde que la Corse représente 6% de la population PACA, on pourrait s'attendre à 917 consultations en appliquant les 6% au nombre de consultations par an en PACA soit 15 295.

Dans ce contexte, une structuration de la prise en charge a été initiée puis confortée par deux plans successifs. Le Plan National des Maladies Rares (PMRR) 2005-2008 a prévu le maillage national des Centres de référence (CRM) et de compétences (CCMR), la mise en place d'outil d'information des professionnels et des malades et l'aide à la recherche (groupement d'intérêt scientifique –GIS - Institut Maladies Rares).

Le deuxième PNMR de 2011-2016 a permis la création de la Fondation Maladies Rares , la création et labellisation des filières santé maladies rares (FSMR) et l'amplification des coopérations européennes et internationales. Un troisième plan est en cours d'élaboration.

Ainsi 23 filières maladies rares ont été labellisées pour 5 ans.

Les 2 objectifs principaux des FSMR sont de :

- favoriser la lisibilité de l'organisation mise en place pour la prise en charge des maladies rares et, ainsi, de faciliter l'orientation des patients et des professionnels ;
- décloisonner cette organisation pour coordonner l'expertise et créer une continuité d'action entre les structures et les acteurs sanitaires (sociaux, médico-sociaux,) pour un accompagnement global des personnes.

Elles constituent un réseau pour instaurer des synergies et coordonner les acteurs des maladies avec un rôle dans la formation et l'information, la coordination de la recherche y compris au niveau européen et international.

Les FSMR n'organisent pas la prise en charge individuelle des patients, qui reste du ressort des CRMR qui leur sont rattachés. La structuration minimale requise d'une FSMR est de fédérer au moins 3 CRMR afin de disposer d'une masse critique suffisante de patients, de données et d'acteurs pour susciter et conduire des travaux nationaux.

Les Centres de Référence Maladies Rares (CRMR), tête de pont de la prise en charge, sont constitués d'équipes médicales hautement spécialisées. Ils facilitent le diagnostic et définissent une stratégie de prise en charge thérapeutique, psychologique et d'accompagnement social pour les patients. Ils développent la formation et l'information des professionnels de santé, des malades et des familles. Ils définissent et diffusent les protocoles de prise en charge HAS et UNCAM. Ils coordonnent les travaux de recherche et la surveillance épidémiologique de Santé Publique France. Ils animent et coordonnent les réseaux de correspondants sanitaires et médico-sociaux.

Les Centres de Compétence Maladies Rares (CCMR) représentent le maillon de proximité. Ils participent au diagnostic et mettent en œuvre le traitement en lien avec le CRMR et les acteurs de proximité.

Une banque nationale de données cliniques et sans doute à terme biologiques et thérapeutiques sur les maladies rares (BNDMR) à partir des données recueillies dans les centres de référence et de compétence et à partir des registres de maladies a été créée.

Concernant le handicap rare, le schéma interrégional des handicaps rares a mis en place une Equipe Relais du handicap rare (ERHR) PACA /Corse. L'ERHR intervient en mobilisant l'ensemble des acteurs de santé autour des situations de handicap rare (repérage des situations, conseils auprès des professionnels, appui à la formation, l'information et la connaissance) et constitue une interface entre les ressources spécialisées (4 Centres Nationaux de ressources du Handicap Rare) et le niveau local.

L'ARS de Corse a fait le choix de procéder à la mise en place de 2 gestionnaires de cas implantés ERHR au niveau local qui permet la mise à disposition de compétences spécifiques nécessaires à l'identification et l'accompagnement des personnes en situation de handicap rare et ainsi d'éviter les ruptures de parcours.

Une convention liant l'ARS de Corse avec l'ARS PACA et le gestionnaire de l'équipe relais ouvre également des perspectives d'accès aux corses aux structures de prises en charge présentes en PACA. Cette organisation doit pouvoir être renforcée afin d'apporter sur l'île un niveau d'expertise sur les handicaps rares adapté aux besoins tout en organisant les nécessaires liens avec les centres experts du continent pour les situations les plus complexes.

Dans ce contexte national, la Corse doit se structurer afin de pouvoir consolider les liens avec les centres de compétences et de références maladies rares présents en PACA pour permettre une lisibilité de la filière et faciliter l'orientation des patients pour vaincre les errances de parcours, accompagner et soutenir les malades et leurs familles et assurer une équité de prise en charge.

Certes le nombre de patients présentant une maladie et ou handicap rares est faible ce qui de facto entraîne un faible nombre de professionnels de santé concernés par ces prises en charge au cours de leur vie professionnelle, toutefois l'évolution de la médecine personnalisée et l'innovation dans le traitement des maladies rares doivent imposer cette filière comme prioritaire pour éviter une perte de chance à ces patients et des difficultés aux familles concernées.

Objectif stratégique N°3 du COS : accompagner l'accès à la santé des plus fragiles dans une logique de parcours continu.

Objectif stratégique N°4 du COS : appuyer les politiques de santé sur les socles de la prévention et de la promotion de la santé.

Objectif stratégique N°7 du COS : développer une politique de ressources humaines favorisant l'accès à des soins de qualité et à une offre innovante.

Il s'agit de permettre un repérage précoce et une prise en charge graduée en lien avec les centres de références et de compétences PACA. La formation des professionnels de santé et leur information ainsi que celle des usagers s'intégreront dans cet objectif.

Trois objectifs opérationnels découlent de ce processus selon les phases de prise en charge :

- le repérage et la confirmation du diagnostic ;
- la prise en charge ;
- la coordination entre les différents niveaux de prise en charge : proximité, les établissements de santé recours insulaires et les centres hyperspécialisés de la région PACA.

Objectif opérationnel N°1 : éviter l'errance du diagnostic.

L'errance diagnostic est variable selon les sources mais sur sa fourchette basse elle est estimée à 4 ans.

Un questionnaire en ligne a permis de recenser un certain nombre d'informations auprès des professionnels de santé (médecins généralistes répondants à l'enquête) sur ces maladies et leur prise en charge.

Action N°1: développer les consultations avancées pluri professionnelles si nécessaires sur les centres hospitaliers d'Ajaccio et de Bastia en capitalisant l'expérience acquise sur les consultations avancées pour les maladies neuro musculaires :

- par la signature de conventions avec l'Assistance publique des hôpitaux de Marseille,
- en organisant mieux la préparation des consultations avancées,
- en nommant un coordonnateur dont le profil devra être défini en lien avec les équipes médicales dans chaque établissement de santé public (centres hospitaliers d'Ajaccio et Bastia).

Action N° 2: nécessité de graduer les explorations entre le niveau local et les centres de compétences en lien avec les équipes des centres.

Action N°3 : consolider l'expertise de génétique sur l'île soit en s'appuyant sur des compétences locales soit par mise à disposition de temps de conseils génétiques par les centres de référence. Ce temps devra être ajusté aux besoins des patients et des familles.

Objectif opérationnel N° 2 : assurer une prise en charge graduée.

Lors des échanges avec les équipes locales et les équipes de la région PACA , trois nécessités sont apparues : identifier les ressources de proximité pour la prise en charge des patients , accompagner les formations des professionnels de proximité médicaux et paramédicaux et avoir un point focal au sein de chaque structure référente centres hospitaliers d'Ajaccio et de Bastia pouvant orienter au mieux dans la filière.

Les domaines de synergie possibles entre les deux plans maladies rares et handicap rares sont : la connaissance des situations rares et l'information des familles et des professionnels, les liaisons entre centres de référence et

d'expertises médicaux et médico-sociaux et la réponse adaptée aux besoins spécifiques de l'utilisateur et le soutien aux aidants afin d'éviter toute rupture de parcours.

Action N° 1 :

- recueillir auprès des URPS (médecins, IDE, kinésithérapeutes et orthophonistes) les difficultés et les besoins des professionnels de santé ;
- institutionnaliser des journées de formation maladies rares spécifiques au profit des professionnels de santé et des usagers en s'appuyant sur les équipes des centres de références.

Action N°2 : s'appuyer sur un point focal au sein de structures hospitalières insulaires afin d'orienter au mieux les usagers. Ce point focal pourra s'appuyer sur les temps de coordonnateur prévu à l'action 1 du précédent objectif.

Action N°3 : renforcer l'ERHR au niveau local pour que les gestionnaires de cas puissent assurer leur mission d'information, de sensibilisation et d'appui auprès des professionnels de santé et du médico-social par l'augmentation du temps d'intervention des gestionnaires de cas.

Objectif opérationnel N° 3 : faciliter la coordination par la circulation de l'information.

Action N° 1 : assurer une circulation de l'information en intégrant les thématiques maladies rares dans les composantes des Plateformes Territoriales d'Appui et lors du déploiement des Systèmes Numériques d'Appui à la Coordination.

Indicateurs de suivi :

Objectif opérationnel 1 :

- ✓ nombre de consultations.
- ✓ nombre de patients référencés dans la BNDMR

Objectif opérationnel 2 :

- ✓ nombre de formations réalisées.
- ✓ nombre de personnes suivies par les gestionnaires de cas

TITRE III
ACCOMPAGNER LES PLUS FRAGILES DANS
LEURS DÉMARCHES DE SANTÉ, DANS UNE
LOGIQUE DE PARCOURS CONTINU ET ADAPTÉ

Le parcours de santé peut se définir comme « l'histoire de santé » des personnes sur un territoire résultant de facteurs déterminants que sont le mode de vie, l'éducation, l'activité professionnelle, l'environnement social ou économique, le logement.

Les objectifs de l'approche « parcours » peuvent être résumés comme suit : faire en sorte qu'une population reçoive les bons soins par les bons professionnels, dans les bonnes structures, au bon moment.

Si le parcours d'une personne est unique, à l'échelle d'une population on peut repérer et organiser des typologies de parcours cohérents et anticiper les ressources nécessaires à leur réalisation. Cet objectif d'efficacité est imposé notamment par la progression du nombre de malades chroniques. Il nécessite une évolution de notre système de santé, historiquement centré sur le soin, vers une prise en charge plus globale des individus.

L'organisation des parcours repose notamment sur l'intervention coordonnée d'acteurs du système de prévention, du soin, des services et d'établissements médico-sociaux et sociaux, des collectivités territoriales, des services de l'Etat, des organismes de protection sociale, des associations de promotion de la santé et de l'utilisateur lui-même.

En Corse, cinq parcours de santé sont prioritaires :

- Le parcours bien vieillir,
- le parcours santé des enfants et des adolescents,
- le parcours santé mentale (dont addictologie),
- le parcours cancer,
- les maladies chroniques et le parcours diabète.

Chapitre 1 – Le parcours Bien Vieillir

Le vieillissement est un véritable défi pour la société qui doit réfléchir à la meilleure façon de s'adapter pour permettre à tous de profiter de ce formidable progrès qu'est l'allongement de l'espérance de vie.

Depuis la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, le « bien vieillir » constitue un objectif majeur des politiques publiques sur le grand âge. Le parcours « Bien vieillir » représente un enjeu particulièrement important pour la Corse qui possède une population vieillissante et particulièrement fragilisée sur le plan économique.

Le relief montagneux et la ruralité importante de la Corse contribuent à l'isolement des personnes âgées et génèrent des difficultés d'accès aux soins. La solidarité intergénérationnelle, de famille et de voisinage est un atout réel en Corse, qui ne pourra cependant pas combler le choc démographique annoncé, lié à la fois à l'évolution défavorable de la pyramide des âges insulaire et à la baisse de la démographie médicale sur les 10 ans à venir qui touche aussi bien les médecins généralistes que spécialistes.

La construction d'un plan d'actions « Bien Vieillir » s'est appuyée sur des groupes de travail thématiques ou territoriaux, ainsi que sur les travaux engagés dans le cadre du programme PAERPA (Parcours des Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie) ou des conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie.

La stratégie nationale de santé pose comme principe la nécessaire complémentarité des secteurs de l'offre sanitaire et médico-sociale, la coordination des interventions et l'anticipation des points de rupture constituant des conditions indispensables à l'amélioration de la qualité des soins, de la montée en compétence des professionnels et de la performance du système de santé.

Ce chapitre abordera également le volet des unités de soins de longue durée (USLD).

Diagnostic

La population âgée en Corse

La Corse comprend 327 000 habitants dont 94 136 ont 60 ans et plus (28,5 % de la population contre 24,9 % pour la France entière) et parmi eux 35 458 ont 75 ans et plus (10,7 % de la population contre 9,1 % pour la France entière)⁷.

Parmi les personnes de 60 et plus, 51 164 sont des femmes (54,4 %) et 42 972 sont des hommes (45,6 %).

Parmi les personnes de 75 et plus, 20 905 sont des femmes (59 %) et 14 553 sont des hommes (41 %).

En Corse, en 2014, l'espérance de vie à la naissance est de 79,9 ans pour les hommes, plus élevé que le taux national (79,3 ans) et de 85,4 ans pour les femmes, identique au national.

L'indice de vieillissement (rapport de la population des 65 ans et plus sur celle des moins de 20 ans) est de 107 en Corse pour une moyenne nationale de contre 72,2.

La Corse sera la région de France métropolitaine qui connaîtra le plus fort vieillissement de sa population avec un accroissement de 1,9 % par an des plus de 65 ans et un accroissement de leur proportion par rapport aux jeunes.

Les plus de 65 ans seront 2 fois plus nombreux en Corse en 2050 par rapport à 2013 soit 133 500 personnes représentant 34,6 % de la population (contre 27,3 % en moyenne nationale).

Les plus de 75 ans seront 2,5 fois plus nombreux en 2050 soit 82 700 personnes représentant 21,4 % de la population (contre 16,4 % en moyenne nationale).

Il y aura 8 fois plus de centenaires en 2050 qu'en 2013.

Précarité des personnes âgées

La Corse représente la région métropolitaine la plus pauvre et la plus inégalitaire. Les personnes âgées sont particulièrement exposées à cette pauvreté monétaire (le seuil de pauvreté représente 60% du revenu médian soit 1008 euros par mois en 2016) : quand le référent du ménage a 65 ans ou plus le taux de pauvreté est le double de la moyenne nationale (18,9 % contre 9,3 %).

⁷ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1893198> (estimations INSEE au 1er janvier 2016)

10,8 % des plus de 65 ans en Corse sont au minimum vieillesse contre 3,3 % en moyenne pour la France métropolitaine.

Lieu de vie et isolement des personnes âgées

En Corse, 27 % des plus de 65 ans vivent seuls. Cette situation s'accroît avec l'âge puisqu'elle concerne 23 % des 65-79 ans et 36 % des 80 ans et plus. Cet isolement familial des personnes âgées est le plus faible des régions métropolitaines.

Les personnes âgées vivent principalement dans des logements du parc privé et sont propriétaires. Cependant, leurs logements ne sont globalement pas suffisamment adaptés aux besoins des personnes en perte d'autonomie ou présentant un risque : en milieu urbain ils sont souvent trop grands avec des charges trop importantes et sans ascenseur ; en milieu rural, il s'agit principalement de petites maisons étroites organisées sur plusieurs étages difficiles à aménager.

3,2 % des plus de 65 ans soit environ 2300 personnes vivent en établissements de santé ou établissements médico-sociaux. Ce taux monte à 7,5 % pour les 80 ans et plus⁸.

Dépendance des personnes âgées

Les personnes âgées de Corse se distinguent par des taux de dépendance particulièrement élevés : 11,2 % des 60 ans et plus sont bénéficiaires de l'aide personnalisée à l'autonomie (APA) contre 7,7 % en moyenne nationale. La proportion de personnes ayant l'APA augmente considérablement avec l'avancée en âge : les 85 ans et plus représentent plus de la moitié des allocataires.

En 2015, 232 personnes ont bénéficié d'un plan d'actions personnalisé (PAP) en Corse. C'est un dispositif de conseil, d'aide financière et matérielle versé par la CARSAT Sud-Est. En fonction du degré de fragilité évalué, un ensemble de services et de prestations est proposé afin de répondre de façon adaptée aux besoins.

Constat après le PRS1 (points forts et points faibles)

Les actions de prévention et promotion de la santé

- Les contrats locaux de santé

10 contrats locaux de santé ont été signés (Cf. titre I – chapitre 4) pour lesquels les actions retenues portent notamment sur des mesures de prévention des effets liés au vieillissement et des thèmes connexes : lutte contre l'isolement, aide aux aidants, mesures d'aide à la mobilité, de maintien de la vie sociale.

- L'éducation thérapeutique du patient

La mise en place de programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) qui concerne spécifiquement le grand âge : « Prévention des chutes et maintien du bien-être des personnes âgées » autorisé au pôle de santé de Cargèse. D'autres programmes d'ETP concernent des pathologies chroniques dont peuvent être atteintes certaines personnes âgées (cardiopathie, diabète, accident vasculaire cérébral...).

- La convention Silver Economie

La Silver économie, qui s'inscrit dans le droit fil de l'ambition portée par la loi d'adaptation de la société au vieillissement, a pour enjeu de coordonner les différents acteurs afin de développer des services et outils efficaces et pérennes en faveur des personnes âgées. Ces mécanismes doivent être adaptés pour prévenir, dépister, anticiper et accompagner la perte d'autonomie des personnes âgées, tant à domicile qu'en établissements et services médico-sociaux.

Une convention a été signée en 2016, donnant naissance au « Silver Economie Pôle Corsica » avec comme signataires et membres du comité de pilotage la secrétaire d'Etat chargée des Personnes Agées et de l'Autonomie, l'agence régionale de santé de Corse, le préfet de Corse, la Collectivité de Corse, l'agence de développement économique de la Corse, la CARSAT Sud-Est et l'Université de Corse.

Un comité de projets rassemblera tous les acteurs de l'île intéressés par la thématique : mutualité, entreprises, associations d'usagers, élus...

Le pôle doit permettre aux projets qui seront soutenus de bénéficier d'une réelle valeur ajoutée notamment en termes d'ingénierie de projet, d'accès aux financements, de visibilité et de communication.

- La mise en place de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie de Corse

⁸ Insee, RP2014 exploitation principale, géographie au 01/01/2016

La conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie de Corse est une instance de coordination des financements, créée par la loi d'adaptation de la société au vieillissement, dont les objectifs sont :

- définir une stratégie commune en matière de prévention de la perte d'autonomie et de soutien aux aidants ;
- améliorer la coordination entre les financements des différents acteurs, dans le cadre du programme coordonné ;
- assurer un accompagnement complémentaire aux personnes âgées dépendantes, en complément de l'APA.

- La prise en charge des maladies neurodégénératives

Les maladies neurodégénératives concernent 11% des 75 ans et plus. Entre 5000 et 9 000 personnes sont porteuses de la maladie d'Alzheimer en Corse.

La synthèse de l'état des lieux régional se présente ainsi :

- diagnostic : un centre mémoire de ressources et de recherche (CMRR) et de 2 consultations mémoire labellisées (CML) ;
- interventions précoces à domicile : 2 équipes spécialisées Alzheimer (ESA) adossées à des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ;
- prise en charge des crises aiguës sur troubles modérés : 2 unités cognitivo comportementales (UCC) autorisées en Corse-du-Sud à Ajaccio et en Haute-Corse à Oletta (seul dispositif installé) ;
- prise en charge des crises aiguës sur troubles sévères : 2 unités d'hébergement renforcé (UHR) médico-sociales (Sartenais et grand Bastia) ;
- offre d'accueil temporaire au sein des établissements et services médico-sociaux (accueil de jour, hébergement temporaire) ;
- offre d'hébergement permanent au sein des EHPAD : 5 PASA et présence d'unités fermées sécurisées
- coordination des acteurs et gestion des cas complexes : existence de 3 MAIA.

Les évolutions nécessaires au renforcement de cette prise en charge sont détaillées dans la partie filière d'accompagnement médico-social et feront comme indiqué l'objet d'un plan d'actions régional spécifique.

- La mise en œuvre en Haute-Corse du programme PAERPA

Le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie a fait émerger la notion de parcours de soins qui s'est manifesté à travers l'article 70 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) de 2012.

9 territoires ont été sélectionnés pour engager une expérimentation de Parcours de Santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) dans le cadre de l'article 48 de la LFSS 2013.

En 2016, la Haute-Corse a été retenue comme territoire .L'ambition est de permettre aux personnes âgées en perte d'autonomie de recevoir, par une meilleure coordination des soins, les bons soins, par les bons professionnels et au bon moment.

Cette démarche concerne les personnes âgées de plus de 75 ans et mobilise sur un territoire donné tous les intervenants du parcours de santé autour de trois objectifs essentiels :

- améliorer la qualité de vie des personnes et de leurs aidants ;
- adapter les pratiques professionnelles au parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie ;
- créer les conditions favorables à la transversalité et à la coordination des acteurs du territoire.

La mise en œuvre de cette expérimentation en Haute-Corse à partir de 2018 permettra de faciliter l'exercice des professionnels de santé et d'améliorer l'accès et la continuité de la prise en charge de la personne âgée .

Les quatre axes du programme PAERPA en Haute-Corse :

1. favoriser la coordination des professionnels du territoire ;
2. sécuriser le maintien à domicile ;
3. limiter les ruptures dans le parcours des personnes âgées en améliorant les transitions entre hôpital, EHPAD et professionnels de ville ;
4. développer les systèmes d'information et de communication.

Une réussite de ce programme en Haute-Corse devrait permettre sa généralisation à l'ensemble de la Corse

L'organisation des secteurs sanitaire et médico-social

La filière gériatrique

La filière de soins gériatriques intra-hospitalière est une organisation des soins cohérente et graduée qui doit permettre à chaque personne âgée, quel que soit son lieu de résidence, de pouvoir accéder à une prise en

charge globale médico-psycho-sociale, répondant aux besoins de proximité mais aussi au nécessaire recours à un plateau technique.

Elle doit répondre à trois grandes catégories de besoins :

- les hospitalisations non programmables, par l'association de trois acteurs que sont les services des urgences, les équipes mobiles de gériatrie et les courts séjours gériatriques ;
- les hospitalisations programmables, par l'action conjuguée ou non des courts séjours gériatriques, des lits de médecine des hôpitaux de proximité, des soins de suite et de réadaptation (SSR) éventuellement et/ou des unités de soins de longue durée (USLD) ;
- les bilans, par une prise en charge pluridisciplinaire par l'hôpital de jour ou la consultation gériatrique.

La circulaire du 28 Mars 2007 précise les modalités d'organisation de la filière, constituée d'une unité de court séjour gériatrique située dans l'établissement support de la filière, d'une équipe mobile de gériatrie intra et extrahospitalière, régulièrement présente au service des urgences, d'une unité de consultation et d'hospitalisation de jour gériatrique, d'un service de SSR adaptés à la prise en charge des personnes âgées poly-pathologiques ou à risque de dépendance (étude sur les filières de soins ANAP : référentiel 1 lit de court séjour et 3 lits de SSR pour 1000 personnes de 75 ans et plus) et d'une USLD.

Les équipements hospitaliers

| Equipements installés (en nombre d'implantations) ou ayant fait l'objet d'une reconnaissance contractuelle (en nombre de lits installés/équipes/consultations) | Haute-Corse | Corse-du-Sud |
|--|---------------------|-----------------------------------|
| Court séjour gériatrique (CSG) | 35 | 20 |
| Soins de suite et de réadaptation (SSR) polypathologiques | 1 | 1 |
| Centre mémoire de ressources et de recherche (CMRR) | | 1 |
| Unité cognitivo-comportementale (UCC) | 6 lits | 6 lits |
| Consultations mémoire (CML) | 1 | 1 |
| Unités de soins de longue durée (USLD) | 60 lits | 130 lits |
| Hospitalisation à domicile (HAD) | 3 | 2 |
| Equipe mobile de gériatrie (EMG) | 1 | 1 |
| Equipe mobile de Soins Palliatifs | 1 | 1 |
| Psychiatrie | 1 équipe de liaison | 38 lits* + 1 équipe de liaison |
| Réseau gérontologique | 1 | 2 |

*lits dédiés à la psychogériatrie

Durant le PRS 1, des évolutions de l'organisation et du maillage territorial ont pu être réalisés : l'augmentation de l'offre en lits de court séjour gériatrique des centres hospitaliers d'Ajaccio et de Bastia, la mise en œuvre de staffs pluridisciplinaires et des concertations hebdomadaires, au nord et sud de l'île, les autorisations nouvelles de SSR mention spécialisée « *affections de la personne âgée poly-pathologique, dépendante ou à risque de dépendance* » dans les deux établissements de recours.

La prise en charge est ainsi assurée par l'ensemble des établissements sanitaires publics et privés (avec des évolutions de séjours de +12 % entre 2014 et 2016) ; elle est complétée par une offre en SSR polyvalents à orientation gériatrique dans le secteur privé (centre de réadaptation et de convalescence la Palmola, clinique de Toga, centre de convalescence Ile de Beauté) et public (centre hospitalier intercommunal de Corte-Tattone, centres hospitaliers de Bonifacio et de Sartène). Des équipes mobiles de gériatrie (EMG) sont positionnées dans chacun des deux établissements de recours : leurs missions sont d'évaluer les besoins des personnes âgées en perte d'autonomie et d'apporter une expertise en matière gériatrique, auprès des unités de soins, des services des urgences et des établissements périphériques et d'aval (médico-social).

Le maillage territorial est complété dans le rural par des hôpitaux de proximité, établissements de premier recours qui développent une médecine à orientation gériatrique avec en aval des lits d'USLD et des lits de SSR polyvalents : autorisation et mise en œuvre de 10 lits d'USLD sur le cortenais et de 20 lits d'USLD au centre hospitalier de Calvi-Balagne

Quatre points de vigilance principaux ont été déterminés :

- les flux entrants passent majoritairement par les urgences (35% des patients) avec le phénomène subséquent des personnes âgées hébergées dans des unités somatiques spécialisées (hors court-séjour gériatrique) ; des dysfonctionnements importants de l'organisation hospitalière (activité non programmée des CSG, embolisation de l'EMG, dilution de l'expertise gériatrique, DMS longue, aval non disponible..) et une incidence sur la qualité de la prise en charge (épuisement des équipes, responsabilité médico-légale, iatrogénie hospitalière touchant près de 10 % des personnes hospitalisées..) sont constatés.
- la nécessité de structurer l'aval et d'organiser les liens hôpital/ville/Etablissements et services médico-sociaux (ESMS) : le fonctionnement des SSR – patients âgés poly-pathologiques - doit être recentré sur les cas complexes qui nécessitent un suivi médical rapproché (respect des profils pathologiques) à la fois pour assurer une prise en charge conforme au cahier des charges et conforter les moyens mis en œuvre.
L'offre HAD a été développée mais ne couvre pas l'ensemble des secteurs : ainsi la Balagne, la Plaine orientale sud et les Deux Sevi-Deux Sorru ne sont pas couverts. L'intervention des HAD au sein des EHPAD est quasi inexistante.
L'externalisation de l'EMG reste une priorité d'action pour favoriser l'accès aux soins, décloisonner les pratiques et prévenir les situations de crise. Le partage des informations entre les trois secteurs (hôpital/ville/ESMS) doit favoriser une coordination des protocoles de prise en charge, une amélioration des pratiques professionnelles, une meilleure régulation des flux.
- Le déficit en gériatres, psychiatres, neurologues qui entraîne une charge en astreinte importante, des risques de points de rupture dans le parcours et une organisation, en interne et avec les partenaires d'aval, non lisible.
- Les difficultés de prise en charge des personnes âgées désorientées, agitées ou déambulantes : le profil de ces patients nécessite une évaluation de la pertinence des hospitalisations en psycho gériatrie.

L'équipement médico-social

Cette thématique est développée dans le volet Evolution des filières d'accompagnement médico-social (cf. titre 2 – chapitre 2)

La Corse compte 28 EHPAD soit 1961 lits et places ce qui représente un taux d'équipement de 78 pour mille qui est très en-deçà des moyennes nationales. Les données 2016 en la matière attestent d'un niveau d'occupation des EHPAD équivalent à celui de 2012 et encore inférieur au seuil critique de 95%.

D'un point de vue qualitatif, le niveau de dépendance et de soins requis des personnes accueillies en EHPAD est cohérent avec les moyennes nationales. Plus de la moitié des résidents accueillies présente une maladie neurodégénérative (principalement démence Alzheimer ou apparentée).

Les priorités d'actions portent sur une structuration de l'offre d'hébergement adaptée territorialement, inclusive pour favoriser le maintien dans le lieu de vie et graduée pour assurer une prise en charge sécurisée même pour la grande dépendance.

L'offre à domicile

L'offre est couverte par les services de soins infirmiers au domicile (SSIAD), les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) et les services polyvalents d'aide, de soins et d'accompagnement à domicile (SPASAD).

Les objectifs opérationnels concernent la structuration d'une offre d'intervention précoce spécialisée et coordonnée autour des maladies neurodégénératives, afin d'assurer une prise en charge adaptée aux besoins par des professionnels formés.

L'offre en établissement non-médicalisé et en hébergement collectif et séquentiel

L'offre en établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) et en habitat collectif et séquentiel pour les personnes âgées est insuffisante et doit pouvoir être renforcée.

Les dispositifs de répit

La solution du domicile est souvent privilégiée par les personnes-âgées (84,5 % des bénéficiaires de l'APA vivent à domicile en Corse contre 58,6 % valeur nationale). L'objectif étant de permettre un maintien en milieu ordinaire, il importe donc de pouvoir structurer une prise en charge hors les murs adaptée (lorsque l'institutionnalisation peut encore être évitée ou retardée). L'organisation d'une offre globale de répit au sein

des infra-territoires est donc un objectif prioritaire : la mise en place d'un panier d'interventions spécialisées (MND) doit être organisée et calibrée en fonction des besoins de la personne et des aidants proches.

Les acteurs de la coordination

Les MAIA et CLIC assurent la continuité des parcours au service des personnes, en apportant une nouvelle méthode aux professionnels de terrains chargés de la prise en charge.

3 MAIA maillent le territoire de santé : dans le nord, mission déployée sur tout le territoire et dans le sud, les deux dispositifs couvrent le grand sud et le grand Ajaccio. Leurs organisations et fonctionnements doivent être rationalisés et renforcés.

La Corse compte 3 réseaux gérontologiques :

- RIVAGE, sur l'infra territoire nord
- AXE sur le grand Ajaccio
- SARV sur le Sartonais/Alta-Rocca /Valinco

Les réseaux gérontologiques ont pour objet de favoriser l'accès aux soins des personnes âgées et la coordination, la continuité et l'interdisciplinarité des prises en charge. Ils interviennent sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic et du suivi. Ils réalisent une expertise médico-socio-psychologique et environnementale pour constituer un plan personnalisé de santé au domicile des patients âgés ou en établissement, en lien avec le médecin traitant et l'équipe pluridisciplinaire.

Le déploiement des plateformes territoriales d'appui devrait à terme permettre d'améliorer la couverture territoriale en matière de coordination polyvalente des parcours complexes. (cf. titre I – chapitre 2)

Objectif stratégique n°3 du COS : accompagner l'accès à la santé des plus fragiles dans une logique de parcours continu.

Les objectifs opérationnels en faveur du Bien Vieillir sont de :

- développer la prévention en faveur du Bien Vieillir ;
- structurer une filière gériatrique coordonnée, graduée et soutenable ;
- limiter les ruptures dans le parcours des personnes âgées en améliorant les transitions entre hôpital, EHPAD et professionnels de ville ;
- sécuriser le maintien à domicile ;
- favoriser la coordination des professionnels du territoire.

Objectif opérationnel N°1 : développer la prévention en faveur du Bien Vieillir

Le Bien Vieillir est un processus qui nécessite une prise en compte la plus précoce possible. Les effets du vieillissement se font sentir progressivement, dès la trentaine, notamment par rapport aux performances physiques et intellectuelles, à l'évolution de la morphologie, à la fécondité... Le métabolisme ralentit, les performances se réduisent, les masses musculaire et osseuse sont plus difficiles à maintenir, la masse grasse se développe, dans les artères comme dans le tissu sous-cutané, l'élasticité de la peau se perd, la capacité d'apprentissage est réduite.

Cette évolution naturelle, ce vieillissement, au-delà des diversités génétiques, peut être accélérée ou freinée en fonction du mode de vie et des conditions environnementales de la personne. Par exemple les effets de l'alimentation, du tabagisme ou du sport sur le processus de vieillissement sont bien documentés. Le développement d'actions de prévention prend donc tout son sens. Ces actions de prévention doivent aller à la rencontre de ceux qui sont ou vont être concernés par la perte d'autonomie. Il peut s'agir d'activités physiques ou intellectuelles, mais également d'activités qui maintiennent le lien social et la joie de vivre.

Action N°1 : former les professionnels au repérage des fragilités et à la prise en charge particulière du patient âgé.

La mise en place au centre hospitalier de Bastia d'une unité de repérage de la fragilité et de prévention de la dépendance dans le cadre du programme PAERPA permet une évaluation gériatrique multidimensionnelle par

une équipe pluridisciplinaire (psychologues, kinésithérapeutes, diététiciens...) où les dimensions pluri factorielles (cognitive, nutrition, chute, sociale...) sont explorées. Cette évaluation se fait en collaboration étroite avec le médecin traitant, qui sera le coordonnateur de l'application des recommandations proposées dans le plan d'intervention et les professionnels de terrain. L'évaluation pourra se faire vers les territoires à l'aide de la télémédecine.

Le patient âgé a en effet des particularités qui nécessitent une certaine adaptation de la part des professionnels qui le prennent en charge. Les traitements médicamenteux n'agissent pas de la même façon et sont plus difficiles à éliminer par l'organisme du patient âgé. Sa mobilité peut être réduite, à la fois sur le plan physique mais également par la perte de la capacité à conduire un véhicule motorisé. Il est également plus souvent appauvri et isolé, notamment si le conjoint est décédé, et si la pension de retraite est peu élevée. Toutes ces particularités peuvent compliquer la prise en charge des patients âgés qui pourraient connaître des difficultés pour suivre la thérapeutique proposée.

Les professionnels de santé doivent recevoir des compléments de formation (iatrogénie, évaluation des fragilités...) afin de mieux intégrer ces particularités dans leur prise en charge, en repérant ces fragilités et en sachant les compenser.

Les aides à domicile, de par leur présence sur le lieu de vie de la personne âgée, leur proximité et la fréquence de leurs interventions, sont en première ligne pour repérer des signes de fragilité chez les personnes âgées. Leur formation permettra des alertes plus précoces vers les professionnels sociaux et les professionnels de santé afin que ces derniers puissent intervenir avant que les troubles ne s'aggravent.

Indicateur de suivi :

- ✓ nombre de professionnels formés, détaillé par métier.

Action N°2 : réaliser un bilan de santé des nouveaux retraités.

La retraite est un cap important dans la vie d'un individu. Elle marque la fin de la période d'activité professionnelle et ce cap peut engendrer des changements importants par rapport à la mobilisation des capacités intellectuelles et physiques et par rapport au maintien des liens sociaux.

Menée à titre expérimental dans le cadre de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie, elle vise à réaliser un bilan de santé des individus dans les premiers temps de ce bouleversement de leur existence.

Indicateur de suivi :

- ✓ nombre de nouveaux retraités ayant bénéficié d'un bilan de santé.

Action N°3 : développer l'Education Thérapeutique du Patient âgé.

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) permet aux patients d'être plus autonomes dans la gestion de leur santé, afin qu'ils soient acteurs de leur prise en charge pour augmenter l'efficacité des thérapeutiques et réduire les risques associés.

Les personnes âgées représentent un public cible pour suivre des programmes d'ETP car ils peuvent être touchés par des maladies chroniques, la dépression, la dénutrition ou le risque de chutes.

Indicateur de suivi :

- ✓ nombre de personnes âgées ayant bénéficié d'un programme d'ETP.

Action N°4 : développer des actions collectives de prévention sur les infra-territoires.

Pour augmenter la participation aux actions de prévention, il convient de les mettre en place sur les territoires, dans les villages, au plus près des personnes âgées.

La conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie développe ainsi de nombreux ateliers dans tous les infra-territoires de Corse : activités physiques, estime de soi, habitat, informatique, lien social, mémoire, nutrition, prévention des chutes...

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre, type et répartition des ateliers sur les infra-territoires ;
- ✓ nombre de personnes âgées y participant.

Objectif opérationnel N°2 : structurer une filière gériatrique coordonnée, graduée et soutenable.

L'objectif de la structuration de la filière gériatrique est de finaliser la mise en place d'une organisation graduée afin d'améliorer l'accès à la santé des plus fragiles dans une logique de parcours continu, de densifier le maillage territorial et de renforcer l'accès de proximité à un système de santé gradué et de qualité.

Face au double défi démographique des dix prochaines années (nombre de professionnels libéraux en baisse sensible d'ici à 2030, vieillissement de la population entraînant un développement des maladies chroniques dont les maladies neurodégénératives), 5 défis sont à relever :

- prioriser le dépistage des fragilités, afin de retarder l'apparition de la dépendance ;
- structurer la prise en charge gériatrique dans une logique de coordination territoriale ;
- assurer la mise en place d'une organisation hospitalière des soins cohérente et graduée autour de la personne âgée ;
- garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charges ;
- accélérer l'innovation numérique en santé et accompagner l'adaptation des équipes soignantes et médicales aux nouveaux métiers.

Le plan quinquennal 2018-2022 d'économies impose également la prise en compte de la dimension médico-économique dans la mise en œuvre des actions.

Le rôle des GHT est donc primordial car ils doivent réguler l'organisation, l'activité de la filière, dans un objectif à la fois de coordination des acteurs et de soutenabilité des dispositifs chargés de couvrir les besoins territoriaux.

Action N°1 : Formaliser une stratégie d'organisation de la filière gériatrique entre les établissements sanitaires de Corse

Une stratégie territoriale de prise en charge hospitalière des patients âgés doit être formalisée par une convention entre les établissements publics et privés de Corse.

Cette stratégie sera déclinée dans les projets médicaux partagés (PMP) des GHT qui doivent porter la mise en place d'une filière optimisée prenant en compte la dimension territoriale et la nécessité d'un parcours de soins continu et coordonné. L'association avec les autres offreurs de santé (établissements hors GHT, réseaux de santé...) est nécessaire dans un souci de démarche qualité et de prise en charge intégrée favorisée par une meilleure connaissance des pratiques et organisations.

L'élaboration des PMP doit être l'occasion de positionner la filière gériatrique comme un élément essentiel de la structuration de l'offre de soins, auprès des acteurs de santé (hospitaliers, privés, ambulatoires...). Un volet important doit porter sur les recrutements et mutualisations des ressources humaines (gériatres, psychiatres...) et leur motivation (qualité de vie au travail, fidélisation des professionnels...).

Indicateur de suivi :

- ✓ signature d'une convention entre les établissements publics et privés de Corse (déclinée dans les projets médicaux partagés des GHT.)

Action N°2 : Développer l'hospitalisation de jour et les consultations ambulatoires en milieu hospitalier

La filière gériatrique doit comprendre une offre d'hôpital de jour et de consultations externes dédiées pour trois raisons essentielles (outre la volonté des personnes âgées d'un maintien sur le lieu de vie) :

- la possibilité de programmer des bilans complets en une seule venue (vu la contrainte géographique et pour éviter la iatrogénie hospitalière) ;
- le besoin identifié des professionnels libéraux d'une offre de réponse de recours spécialisé dans la gradation des soins ;
- l'amélioration de la qualité de la prise en charge afin d'éviter les ré-hospitalisations et le passage par les urgences des personnes fragiles.

La mise en place d'un hôpital de jour dans chacun des deux hôpitaux siège de la filière et du GHT constituera une priorité des PMP en cours d'élaboration, en convergence avec les objectifs du plan quinquennal et les axes des plans d'action demandés par le COPERMO.

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombres de consultations ambulatoires ;
- ✓ nombre de séjours en hôpital de jour des personnes âgées ;
- ✓ taux de ré hospitalisation des personnes âgées ;
- ✓ nombre de passages aux urgences des personnes âgées ;
- ✓ durée moyenne de séjour des personnes âgées ;
- ✓ mutations internes personnes âgées.

Action N°3 : disposer d'un médecin coordonnateur de la filière gériatrique (réfèrent médical) dans les centres hospitaliers.

Le médecin coordonnateur permettra de rendre lisible l'organisation de la filière gériatrique auprès des partenaires et des usagers, de formaliser des liens et créer une relation de confiance afin de réduire notamment les passages inappropriés par les urgences.

S'il est gériatre, il apportera également un appui aux professionnels de santé libéraux, par l'intermédiaire de la plateforme territoriale d'appui (PTA) ou coordination territoriale d'appui (CTA). S'il n'est pas gériatre, il organisera cet appui, en lien avec la CTA/PTA avec un réfèrent gériatre de l'établissement ou hors établissement.

Dans chacun des deux hôpitaux siège de la filière et du GHT, sera désigné un coordonnateur, idéalement médecin spécialisé en gériatrie, qui aura pour rôle :

- de coordonner la stratégie de la filière gériatrique de l'établissement hospitalier avec la direction et les différentes unités de soins (court-séjour gériatrique, urgences, psychiatrie, neurologie, cardiologie, USLD, EMG...);
- d'être le principal interlocuteur de cette filière ; les professionnels de santé libéraux peuvent notamment solliciter l'expertise d'un gériatre, afin de sécuriser leur diagnostic et leur prise en charge des patients âgés ;
- d'élaborer une charte proposant une définition commune et partagée entre les différents services hospitaliers de la personne âgée à risque de perte d'autonomie ;
- d'assurer la communication interne (validation en commission médicale d'établissement (CME) de l'organisation de la filière et des documents y afférant) et la communication externe sur le fonctionnement de la filière ;
- de veiller à la réalisation de protocoles d'admission (sur la base notamment de la charte) et de soins pour les personnes âgées entrant dans l'établissement ;
- de veiller à l'organisation des staffs de sortie et à la qualité des interactions entre les services hospitaliers et les partenaires (PTA/CTA, SSR, HAD, professionnels de ville...).

Indicateurs de suivi :

- ✓ décision de nomination par le directeur du GHT
- ✓ taux de patients âgés répondant à la charte et bénéficiant d'un protocole d'admission, d'un protocole de soins et d'un staff de sortie
- ✓ nombre d'avis donnés par les référents gériatres aux professionnels de santé libéraux.

Objectif opérationnel N°3 : limiter les ruptures dans le parcours des personnes âgées en améliorant les transitions entre hôpital, EHPAD et professionnels de ville.

Le parcours des personnes âgées doit s'adapter aux contraintes spécifiques de la population âgée. Les changements de cadre de vie, notamment les hospitalisations ou les entrées en EHPAD nécessitent des capacités d'adaptation qui ne sont pas toujours mobilisables par les personnes âgées. Les transitions entre ces secteurs peuvent engendrer une augmentation de la dépendance ou des ruptures dans le suivi et la prise en charge. Ces ruptures peuvent occasionner des hospitalisations itératives ou des passages non pertinents par les urgences.

Des ruptures dans la parcours peuvent avoir pour origine des difficultés d'accès à l'offre sanitaire spécialisée qui est fortement concentrée sur les villes d'Ajaccio et Bastia alors que les besoins sont également identifiés en zones rurales et montagneuses. L'adaptation de l'offre sanitaire, notamment par de nouvelles organisations (plateformes d'appui, consultations ambulatoires...) et coopérations (réfèrent gériatre, staffs de sortie d'hospitalisation...), ainsi que la propagation d'outils et méthodes (télémédecine, fiche de liaison...) doit permettre de rapprocher l'offre et la demande sanitaires.

Ces actions doivent mieux s'intégrer dans les territoires, se rapprocher des personnes âgées pour apporter les solutions et anticiper la demande des personnes âgées qui ne sont plus en mesure de s'orienter dans le système de santé.

Action N°1 : élargir le périmètre d'intervention des Equipes Mobiles de Gériatrie (EMG) pour qu'elles puissent intervenir en extrahospitalier.

Dans l'optique de rapprocher les compétences des territoires pour répondre aux besoins des patients âgés et des professionnels, les EMG doivent avoir les moyens d'intervenir en milieu extrahospitalier et se recentrer sur

leurs missions : évaluation gériatrique médico-psycho-sociale et avis gériatrique à visée diagnostique et/ou thérapeutique, participation à l'élaboration des projets de soins et de vie des patients, orientation dans la filière de soins gériatriques incluant les hôpitaux de proximité, organisation des entrées et sorties d'hospitalisation, en partenariat avec les réseaux gériatriques, les CLIC, services sociaux et acteurs du domicile (professionnels de santé libéraux, aides à domicile...).

Indicateur de suivi :

- ✓ nombre et pourcentage d'interventions des EMG en extrahospitalier.

Action N°2 : sécuriser les entrées et sorties d'hospitalisation par la mise en place de staffs pluridisciplinaires, chartes, protocoles (d'admission et de soins) et fiches (d'adressage et de liaison).

La sortie d'hospitalisation est une période à risque pour la personne âgée. Les staffs pluridisciplinaires, dans lesquels s'impliquent les équipes hospitalières et les réseaux gériatriques, doivent s'assurer que la personne âgée dispose de tous les moyens lors de son retour à domicile pour poursuivre sa thérapeutique et son suivi (prévenir les risques iatrogènes, de dénutrition ou d'isolement...).

Un dispositif d'aide au retour à domicile après hospitalisation (ARDH) inter régimes est mis en œuvre depuis le début de l'année 2017, en Corse à destination des personnes âgées.

Les protocoles de soins, fiches d'adressage et de liaison doivent se généraliser afin de sécuriser les coopérations entre professionnels de ville et l'hôpital.

Indicateurs de suivi :

- ✓ pourcentage de patients âgés ayant bénéficié d'un staff de sortie pluridisciplinaire (hospitaliers et réseau gériatrique)
- ✓ pourcentage de patients âgés ayant bénéficié d'un protocole de soins
- ✓ pourcentage de patients âgés ayant bénéficié d'une fiche d'adressage
- ✓ pourcentage de patients âgés ayant une fiche de liaison lors de leur entrée et leur sortie d'hospitalisation.
- ✓ pourcentage de patients ayant bénéficié d'une ARDH

Action N°3 : expérimenter de nouveaux modes de prise en charge afin de réduire les hospitalisations évitables et les passages par les urgences (article 51 de la LFSS pour 2018).

Pour décloisonner les secteurs et favoriser une meilleure coordination dans un contexte de pénurie des acteurs, les expérimentations peuvent consister à :

- développer des consultations avancées dans les EHPAD et maisons de santé pluri-professionnelles en psycho-gériatrie et troubles du comportement (efficience au niveau des dépenses de transport, régulation de l'amont, amélioration de la prise en charge et maintien dans le milieu de vie) ;
- structurer des organisations de travail entre EHPAD et services hospitaliers pour favoriser l'intervention de personnel infirmier formé en gériatrie ou permettre le recours à une expertise gériatrique, pour éviter les hospitalisations en urgence.

Indicateur de suivi :

- ✓ nombre d'expérimentations menées et concluantes.

Action N°4 : développer la télémédecine.

La télémédecine permet à la personne âgée de bénéficier d'une consultation (téléconsultation) ou d'une expertise (télé expertise) à distance, alors que les compétences spécialisées peuvent être éloignées et la mobilité de la personne âgée difficile.

Les consultations de télémédecine qui pourraient se faire dans les EHPAD ou maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) permettraient d'éviter des déplacements sur une longue distance ou une hospitalisation.

Indicateur de suivi :

- ✓ nombre de consultations de télémédecine réalisés dans les EHPAD ou MSP.

Objectif opérationnel N°4 : sécuriser le maintien à domicile.

Les personnes âgées en Corse sont nombreuses à vivre à leur domicile alors même qu'elles sont touchées par de graves problèmes de santé et une perte d'autonomie avancée. La fragilité socio-économique est aggravée et l'isolement géographique ou social accentue les difficultés. Le rôle des aidants, notamment des aidants familiaux, devient dès lors essentiel. Ceux-ci doivent bénéficier d'une offre de répit adapté afin de pouvoir jouer leur rôle avec qualité et sécurité. L'offre de soins et d'aides à domicile, même si elle reste peu diversifiée, permet de répondre aux besoins exprimés par la population. Toutefois, la détection des personnes âgées en situation de fragilité apparaît comme un point essentiel.

Action N°1 : réduire la iatrogénie médicamenteuse par la conciliation médicamenteuse et les bilans de médication.

La iatrogénie médicamenteuse peut entraîner des chutes, des troubles cardiaques ou neurologiques ou d'autres effets indésirables pouvant aboutir à une hospitalisation de la personne âgée. Tous les professionnels de santé, médicaux et paramédicaux, libéraux et hospitaliers, ainsi que les réseaux gérontologiques et les aidants à domicile, ont un rôle à jouer dans le repérage des risques iatrogènes médicamenteux.

La conciliation médicamenteuse est une démarche intra-hospitalière qui permet de prévenir et d'intercepter les redondances et oublis médicamenteux au moment de l'entrée et/ou de la sortie du patient de l'hôpital. Elle fait partie des engagements des établissements de santé figurant dans le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES) depuis le 1er janvier 2018. Coordonnée par le pharmacien hospitalier, la conciliation médicamenteuse repose sur la transmission et le partage d'informations complètes et exactes relatives aux traitements médicamenteux entre les médecins hospitaliers, le corps infirmier, les membres de l'équipe de soins, le patient (et/ou sa famille) et tous les professionnels de ville ayant suivi le patient tout au long de son parcours. Le dossier pharmaceutique est un outil précieux pour communiquer les traitements médicamenteux de ville à la pharmacie à usage intérieur.

Les bilans de médication consistent à faire le point sur la prise de médicaments par un entretien spécifique avec le patient, parfois accompagné de son aidant, pour repérer des conduites médicamenteuses à risque, pour le conseiller sur l'horaire adéquat de prise et les aliments à favoriser ou éviter. Ces bilans de médication visent donc l'observance. Ils sont menés par les pharmaciens libéraux en lien avec les autres professionnels et particulièrement avec le(s) médecin(s) prescripteur(s) et le médecin traitant. Ils peuvent se réaliser en officine ou au domicile du patient permettant également l'exploration de la pharmacie personnelle du patient et d'appréhender plus concrètement les conditions de prise des médicaments.

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre de patients âgés hospitalisés bénéficiant d'une conciliation médicamenteuse ;
- ✓ nombre de bilans de médication réalisés au bénéfice des patients âgés.

Action N°2 : Répondre aux situations de dénutrition

La dénutrition touche un grand nombre de personnes âgées. La baisse des capacités physiques et intellectuelles, la perte du goût, l'isolement en sont les causes.

La sortie d'hospitalisation est une période à risque, notamment quand l'hospitalisation s'est prolongée. Les professionnels libéraux, les aides à domicile, les réseaux gérontologiques sont en première ligne pour repérer et compenser ces situations.

Une évaluation gériatrique standardisée (EGS) partielle réalisée par des diététiciens permettrait d'évaluer le risque de malnutrition ou de dénutrition des personnes âgées en établissement ou au domicile et de proposer les mesures correctives en lien avec le médecin traitant et les autres professionnels.

Indicateur de suivi :

- ✓ nombre de personnes âgées bénéficiant d'un bilan nutritionnel.

Action N°3: étendre le dépistage des fragilités au domicile des personnes âgées en risque de perte d'autonomie.

Le dépistage des fragilités est réalisé à l'aide de grilles d'évaluation qui permettent d'identifier les risques les plus fréquents : cognitifs, chutes, dénutrition, isolement social, épuisement de l'aidant.

Les réseaux gérontologiques et les infirmières libérales réalisent ces évaluations. Leurs coopérations doivent être renforcées afin de mailler toute la Corse.

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre d'évaluations réalisées au domicile des personnes âgées
- ✓ répartition de ces évaluations sur le territoire insulaire.

Action N°4 : favoriser l'émergence de dispositifs numériques et digitaux au service de la personne âgée (Silver économie).

Les dispositifs numériques et digitaux permettent d'améliorer le confort de vie, la prise en charge ou le suivi des personnes âgées, d'augmenter leur sécurité et de favoriser leur autonomie. Pour être généralisables, ces aides techniques doivent être apportées le plus précocement possible et être bien adaptées aux besoins. La connaissance des outils existants et leur utilité sont un préalable indispensable.

Indicateur de suivi :

- ✓ nombre de personnes âgées acquérant des dispositifs numériques et digitaux.

Objectif opérationnel n°5 : favoriser la coordination des professionnels du territoire.

La coordination des professionnels du territoire est le préalable indispensable pour prendre en charge de manière globale un patient dans le cadre d'un parcours. Cette coordination sera permise par de nouvelles organisations et l'utilisation de systèmes d'information et de communication sécurisés.

Action N°1 : disposer de compétences gérontologiques aux Plateformes Territoriales d'Appui (PTA).

Les PTA regroupent diverses compétences afin d'apporter une réponse globale aux difficultés des professionnels de santé dans la prise en charge de leurs patients. Elles permettent l'information, l'orientation, l'appui à la gestion des cas complexes, la mobilisation des expertises et le suivi des plans personnalisés de santé (PPS).

Une coordination territoriale d'appui (CTA) est opérationnelle en Haute-Corse depuis mars 2018. C'est une plateforme d'appui spécialisée sur les personnes âgées et développée dans le cadre du programme PAERPA. Elle intègrera la PTA lors de la création de celle-ci.

Le déploiement du PAERPA en Corse-du-Sud s'inscrira dans le cadre de la mise en service des PTA auxquelles il faudra apporter des compétences gérontologiques, à l'image de la CTA.

Action N°2 : intégrer les professionnels du parcours Bien Vieillir dans les développements des systèmes d'information et de communication. La coopération entre les professionnels intervenant dans la prise en charge d'une personne âgée nécessite un échange d'information sécurisé. Cet échange sécurisé est permis par le développement des dossiers médicaux partagés (DMP) et de la messagerie sécurisée en santé (MSS).

Les partenaires pourront mieux orienter leurs patients dans le système de santé avec un répertoire opérationnel des ressources (ROR) complet et dynamique. La mise en œuvre du ROR, complété d'un module orientation est une priorité du PRS 2

Indicateur de suivi :

- ✓ nombre de DMP ouverts en Corse pour les personnes âgées.

Action N°3 : renforcer les partenariats, notamment si nécessaire par le conventionnement.

Il apparaît nécessaire de cadrer par des protocoles certaines organisations entre partenaires, afin de les optimiser et les sécuriser, dans l'intérêt des personnes âgées prises en charge par de nombreux acteurs.

Trouver des référents dans chaque établissement, notamment les EHPAD, et développer des conventions de partenariat sur des actions concrètes et partagées.

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre de conventions créées ou mises à jour relatives à des interventions en faveur des personnes âgées ;
- ✓ nombre d'actions réalisées.

Action N°4 : réaliser des plans personnalisés de santé (PPS).

Les professionnels de santé libéraux qui s'occupent d'un même patient peuvent se constituer une coordination clinique de proximité (CCP). Cette CCP peut décider, sous l'égide du médecin traitant, de formaliser un PPS, dans un objectif de coordination et de qualité de la prise en charge, pour fixer quelques objectifs à court ou moyen terme, réalistes et pertinents, pour améliorer la prise en charge de la personne âgée. Il peut s'agir par exemple de programmer une consultation spécialisée, de prévoir une entrée en institution ou d'organiser l'acquisition d'un déambulateur...

Indicateur de suivi :

- ✓ nombre de PPS réalisés.

Volet Unités de Soins de longue Durée (USLD)

Les USLD accueillent et prennent en charge des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une poly-pathologie soit active, soit au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation, et pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie. Ces situations cliniques requièrent un suivi médical rapproché, des actes itératifs, une permanence médicale et infirmière, l'accès à un plateau technique minimum.

La circulaire du 10 mai 2007, relative au référentiel d'organisation des soins précise que l'USLD doit avoir :

- une capacité minimale de 30 lits regroupés physiquement et fonctionnellement,
- une présence infirmière et aide-soignante 24/24,
- un encadrement médical sous forme de garde et astreinte,
- un accès sur site ou par convention à un plateau technique adapté aux besoins des patients (radiologie, biologie, pharmacie, ECG, explorations fonctionnelles, soins dentaires),
- des locaux et équipements adaptés aux patients présentant une dépendance physique ou psychique,
- des salons d'accueil pour les familles et patients.

Les USLD constituent un maillon indispensable de la filière gériatrique, au regard des évolutions démographiques annoncées et du développement prévisible des maladies chroniques.

Les USLD ont fait l'objet en 2010, d'une opération de "partition" des capacités entre les unités sanitaires et les unités médico-sociales (EHPAD) sur la base de coupes PATHOS (permettant de qualifier le profil des populations accueillies).

Cette partition s'est traduite par :

- à une diminution de 56% de l'offre USLD (-45 % en Corse) et une progression du nombre de lits EHPAD en regard.
- à la nécessité de recentrer l'activité d'USLD sur sa mission sanitaire : soins aux personnes requérant un suivi médical rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum.

Diagnostic

La couverture territoriale sera appréhendée à partir des périmètres géographiques des anciens départements de Haute Corse et de Corse du Sud, correspondant à l'organisation actuelle de la réponse aux besoins de soins. L'équipement régional est de 190 lits dont 130 lits en Corse-du-Sud et 60 en Haute Corse répartis entre 6 implantations. Le taux d'équipement cible étant de 6 lits pour 1000 habitants de plus de 75 ans, la Corse reste sous-équipée en valeur absolue avec cependant une forte disparité dans la répartition des lits existants entre le nord et le sud.

L'activité des USLD est caractérisée par :

- par des taux d'occupation importants (96 % en moyenne),
- une baisse importante des pathos moyens pondérés (PMP) entre 2006 et 2012 (date de la dernière évaluation validée), avec une prise en compte maintenue de l'évaluation 2006 dans le modèle économique appliqué, dans l'attente de nouvelles orientations sur le positionnement des USLD (rapport IGAS 2016 : amélioration du dispositif existant, recentrage vers une population gériatrique..) ; une réflexion nationale a été annoncée sur le fonctionnement et financement des USLD ;
- des PMP qui s'échelonnent de 156 à 474 en 2012 (la moyenne nationale est à 389) ; le Gir moyens pondérés (GMP) en 2012 est compris entre 861 et 915 pour une moyenne nationale de 853 ;
- une offre qui s'inscrit dans une complémentarité avec l'offre médico-sociale, dans un contexte régional de sous occupation des EHPAD et la nécessité d'une diversification des prises en charge médico-sociales et d'une adaptation des structures d'hébergement et de soins ;

- des installations physiques problématiques, qui se traduisent, dans certains établissements, par des conditions de fonctionnement et d'hébergement dégradées (sur des sites excentrés ou des surfaces insuffisantes).

Les objectifs du PRS I portaient sur une amélioration de la couverture territoriale avec notamment la mise en œuvre d'une autorisation de lits dans le Centre Corse. Il était aussi prévu de mener une réflexion sur une extension de lits sur le grand Bastia, au regard des prévisions démographiques sur l'évolution prévue des + de 75 ans d'ici à 2020.

Les actions recensées étaient : définition d'un protocole d'admission centrée sur des personnes nécessitant des soins médico-techniques importants, intervention de l'EMG dans ces unités, développer la prise en charge en psycho-gériatrie en lien avec l'équipe de liaison ; coordonner les USLD avec les structures en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer et démences apparentées, sous la supervision du CMRR.

Les axes de travail pour le PRS 2 :

- conforter les unités dans le parcours de soins, notamment en assurant un recrutement de personnes âgées requérant des soins médico-techniques importants ou des soins d'accompagnement induits par un état crépusculaire,
- assurer un encadrement formé et qualifié,
- étudier le modèle médico-économique de ces unités, en lien avec la Collectivité de Corse, dans un contexte économique de convergence tarifaire,
- travailler avec la Collectivité de Corse, dans le cadre des conventions tripartites, sur les conditions d'hébergement de ces unités.

Objectif stratégique N°4 du COS : assurer un accès de proximité à un système de santé gradué et de qualité.

Les unités de soins de longue durée doivent contribuer à faciliter l'accès à la santé des plus fragiles dans une logique de parcours continu, dans le cadre d'une offre de qualité, innovante et sécurisée.

Objectif opérationnel N°1 : améliorer la qualité de la prise en charge des personnes âgées poly pathologiques ou présentant une pathologie chronique au long cours

L'objectif doit permettre d'assurer un accès aux soins pertinent et équitablement réparti, dans un souci de réponse aux besoins d'une population identifiée comme relevant de ce type de prise en charge

Action N°1 : lancer une concertation régionale sur un modèle d'évolution de l'offre en USLD (en lien avec les EHPAD), dans une logique de parcours continu et dans le cadre d'une approche prudentielle et anticipatrice (dans l'attente de directives nationales).

Le rééquilibrage territorial en faveur de la Haute-Corse et l'amélioration des conditions d'accueil seront pris en compte dans cette réflexion. La prise en charge de maladies spécifiques et/ou orphelines (chorée de Huntington..) devra également faire l'objet d'une attention particulière.

Action N°2 : évaluer le public accueilli (sur la base du référentiel PATHOS) et les mesures mises en place visant le respect des critères d'accueil dans les USLD en faveur des patients nécessitant des soins médico-techniques importants (renforcer le nombre de SMTI+ M2)

Indicateur de suivi :

- ✓ actions prévues,
- ✓ nombre de patients SMTI+M2 par USLD, PMP par USLD

Objectif opérationnel N°2 : Améliorer le parcours de soins des patients accueillis dans les USLD

Cet objectif doit rappeler le niveau d'exigence nécessaire dans les conditions d'accueil et de prises en charge des patients dans des unités sanitaires, dans un souci d'assurer un accès aux soins sécurisé et de qualité ;

Action N°1 : améliorer la prise en charge des maladies géro-psycho-psychiatriques par un recours à de l'expertise spécialisée,

Action N°2 : renforcer le dispositif d'accompagnement de fin de vie

Action N°3 mener une politique de formation des soignants (prise en charge de la douleur, fin de vie, escarres...)

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre d'interventions (équipes mobiles),
- ✓ types de formation et personnels concernés,
- ✓ nombre de consultations

Objectifs quantifiés (Implantations)

| Activité de soins | Nombre d'implantations existantes PRS1 | Suppression | Création | Nombre d'implantations cibles PRS 2 |
|-----------------------|--|-------------|----------|-------------------------------------|
| Soins de longue durée | 6 | 0 | 0 | 6 |

Chapitre 2 – Le parcours de santé des enfants et des adolescents

Diagnostic

Plusieurs constats sous-tendent l'élaboration du projet :

- de nombreuses données existent sur la santé de l'enfant et du jeune, en lien avec les études menées. Toutefois, ces données ne sont que partiellement partagées.
- le poids des déterminants sociaux et environnementaux dès le début de la vie doit s'examiner attentivement dans le contexte sociodémographique ;
- afin d'assurer le plus précocement possible les interventions en matière de dépistage, de repérage et d'évaluation, la coordination des professionnels de la santé auprès des familles est à conforter ;
- le poids des chrono-distances, reflet de la géographie du territoire, et la démographie des professionnels de santé sont des facteurs qui peuvent favoriser des difficultés d'accès aux soins voire aboutir à du renoncement aux soins ;
- la reconnaissance par les professionnels de santé et les aidants familiaux des spécificités dans l'expression des symptômes à l'adolescence et des modalités d'intervention auprès des adolescents doit permettre une meilleure adéquation de l'offre.

Objectif stratégique N°1 du COS : appuyer les politiques de santé sur les socles de la prévention et de la promotion de la santé.

Objectif stratégique N°3 du COS : accompagner l'accès à la santé des plus fragiles dans une logique de parcours continu.

Objectif opérationnel N°1 : mettre en réseau l'ensemble des partenaires pour améliorer le repérage précoce et les fonctions de veille.

Il s'agit d'accroître l'efficacité de la coordination des politiques publiques en lien avec l'accompagnement de la structure familiale et des enfants et des jeunes en situation de vulnérabilité. Il faut permettre aux professionnels de mieux identifier les signes de mal-être ou de souffrance des jeunes, de mieux orienter vers les professionnels compétents, de faciliter les interventions précoces, de diversifier et d'améliorer les prises en charge.

Action N°1 : mise en place d'un observatoire de la santé des enfants et des jeunes, piloté par l'ARS et porté par un ensemble d'intervenants auprès de ce public dont notamment la CdC, l'Education Nationale, la DRJSCS, Santé Publique France et l'ORS.

Les fonctions sont regroupées en 3 catégories :

- sentinelle pour construire une veille partagée,
- analyse sur demande spécifique,
- suivi sur la mise en œuvre des domaines d'actions en santé des enfants et des jeunes du PRS.

Action N°2 : actualisation des conventions pluri-partenariales.

Indicateur de suivi :

- ✓ mise en place de l'observatoire

Objectif opérationnel N°2 : améliorer l'accès des professionnels de santé et socio-éducatifs à l'information et aux formations.

Le déploiement d'une culture commune permettra, par formation réciproque, d'appréhender les problématiques de chacun pour tendre vers des solutions conjointes plus efficaces. Une meilleure identification des ressources en matière d'ingénierie de formation, d'information et d'intervention en éducation pour la santé contribuera à l'évolution des modalités d'intervention.

Action N°1 : valoriser l'offre de formation.

Action N° 2 : favoriser la participation des professionnels de santé à des formations continues conjointes, au travers, par exemple, des séminaires de formation au parcours éducatif de santé.

Indicateur de suivi :

- ✓ nombre de formations réalisées

Objectif opérationnel N°3 : optimiser le signalement d'insalubrité dans les logements hébergeant des enfants.

Cet objectif vise à diminuer l'impact des inégalités de santé liées aux déterminants socio-environnementaux. Les impacts sanitaires des conditions d'habitat sont marqués avant l'âge de 5 ans et de nature variée : maladies respiratoires (asthme), intoxications oxycarbonées, saturnisme infantile, etc.

Un pôle départemental de lutte contre l'habitat indigne (PDLHI), prévu par le plan départemental pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées (PDALHPD) 2015-2021 est un appui à l'atteinte de cet objectif.

Le travail en commun des acteurs de la lutte contre l'habitat indigne et insalubre, doit permettre de sensibiliser les acteurs sur le terrain à une vigilance accrue pour les logements hébergeant des enfants.

Action N°1 : créer un parcours de signalement accéléré « habitat/enfant ».

Objectif opérationnel N°4 : améliorer la couverture vaccinale.

Action N°1 : poursuivre les actions d'information et d'accompagnement auprès des professionnels de santé et des parents notamment dans le cadre de l'extension de l'obligation vaccinale pour les nourrissons (ex. : semaine européenne de la vaccination, intervenir dès la formation des étudiants du secteur médical/paramédical).

Objectif opérationnel N°5 : bénéficier d'une prévention et d'une prise en charge bucco-dentaire précoce.

Les troubles bucco-dentaires constituent une problématique physiologique qui peut entraîner à l'âge adulte des pathologies chroniques (troubles digestifs, céphalées, maux de dos), donc également un surcoût en terme de dépenses de santé. Ces aspects peuvent également engendrer des troubles psychologiques (« paraître » : regard des autres, problèmes lors des entretiens d'embauche pour les jeunes, acceptation sociale, etc.)

Action N°1 : décliner en Corse le plan national de prévention bucco-dentaire.

Indicateurs de suivi :

- ✓ taux de couverture vaccinale des 24 mois et à 18 ans
- ✓ nombre d'actions en prévention buccodentaire

Objectif opérationnel N°6 : protéger les jeunes en « souffrance ».

La souffrance des jeunes peut prendre différentes formes, parfois silencieuse et être la résultante de multiples facteurs. Grandir ne signifie pas toujours prendre de la force, car l'appui de la structure familiale peut se faire de moins en moins proche, les besoins financiers de plus en plus importants, l'obligation de réussite pressante. De ce fait, les prises en charge peuvent connaître des ruptures au passage de l'enfance à l'adolescence.

Action N°1 : préserver la santé physique et mentale des **jeunes sous main de justice** «éviter la double peine» en favorisant l'accès à l'information des professionnels et à la coordination des intervenants.

Action N°2: mettre en place des séquences d'information auprès des professionnels, des familles pour lutter contre la stigmatisation des **jeunes « hors normes »**.

Un enfant ou jeune adulte atteint d'obésité, ayant un handicap ou une maladie chronique visible (ex. : lecteur de glycémie sur le bras pour les diabétiques de type 1), au-delà du combat mené contre la maladie, souffre parfois davantage du regard extérieur, voire n'a pas de relations sociales. Cet aspect ne doit pas être négligé afin de ne pas aggraver l'état de santé et de bien-être du jeune.

Les jeunes en souffrance psychique

Action N°3: développer un maillage des professionnels du premier recours à partir des dispositifs existants : points d'accueil écoute jeunes et des maisons des adolescents (MDA), en accord avec leur nouveau cahier des charges respectif.

Action N°4 : améliorer la fluidité des prises en charge du repérage à l'accompagnement médico-psycho-social En lien avec le volet parcours psychiatrie et santé mentale, les modalités de coopération seront facilitées entre les intervenants du premier recours socio-éducatifs, les équipes de soins primaires et les structures d'accueil polyvalentes (type MDA) d'une part et avec le maillage des Centres Médico-Psychologiques (CMP) d'autre part.

Les jeunes (dé)connectés

Une majorité de jeune vit au quotidien avec au moins un écran (smartphones, jeux vidéo, réseaux sociaux, télévision). L'usage débute de plus en plus jeune et la consommation quotidienne est de plus en plus importante. Ceci engendre un manque de sommeil et de la fatigue, pouvant influencer sur la réussite scolaire et professionnelle. De plus, les réseaux sociaux peuvent constituer un lieu virtuel néfaste pour certains jeunes, victimes de harcèlement massif.

Action N°5 : prévention du « lynchage en ligne » menant à une grande souffrance psychique : formation d'interlocuteurs ressources au sein des établissements scolaires et des dispositifs de premier recours.

Action N°6 : communication dans les établissements scolaires sur les risques liés aux écrans.

Objectif opérationnel N°7 : prendre en main sa santé.

Le parcours santé des enfants et des jeunes bénéficie d'un a priori positif : la majorité des enfants/jeunes sont en bonne santé (postulat). Toute la problématique est d'arriver à préserver cette bonne santé. Chez les enfants et adolescents, les habitudes de vie étant en construction et les compétences en cours d'acquisition, c'est une population particulièrement réceptive aux apprentissages et à la prévention.

Objectif opérationnel 7.1 : conforter les programmes de développement des compétences psychosociales (CPS) chez les enfants.

Action N°1 : étendre la prise en compte des CPS à l'ensemble de la Corse

Objectif opérationnel N°7.2 : préserver la santé en évitant les conduites à risques.

L'objectif s'inscrit dans l'information et la communication sur les risques d'addiction et leurs effets temporels. Toutefois, quelle que soit la thématique traitée (alcool, sexualité, conduite sur route, musique amplifiée, etc.), l'ensemble des acteurs s'accorde à souligner le manque d'efficacité des messages véhiculés. Une solution pourrait être de développer une nouvelle stratégie de communication, à la fois en terme de supports (ex.: réseaux sociaux) et de vecteurs des messages (ex. impliquer des jeunes).

Action N°1 : réduire les conduites à risque de consommation de substances psychoactives en favorisant l'accès aux consultations avancées des Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) et aux consultations jeunes consommateurs (CJC).

Action N°2 : développer une communication adaptée auprès des adolescents et des jeunes.

- investir dans la promotion en santé sexuelle dans une approche globale et positive en lien avec la stratégie nationale de santé sexuelle
- améliorer le parcours de santé en matière d'IST, dont le VIH et les hépatites virales : à chaque étape de la prévention, au dépistage, et à la prise en charge ;
- faciliter l'accès à l'offre de réduction des risques pour les usagers de drogues.
- améliorer la santé reproductive en lien avec la filière périnatalité. (Cf. titre II – chapitre 1 – partie 1.6 – La périnatalité).

Action N°3 : assurer l'accès à une contraception adaptée pour éviter les grossesses non désirées.

Action N°4 : assurer l'accès à l'IVG.

Actions N°5 : poursuivre les actions de sensibilisation des jeunes dans le domaine l'accidentologie routière, dans le cadre des plans départementaux d'actions de sécurité routière.

Action N°6 : améliorer la formation en santé sexuelle auprès des professionnels de santé, du secteur médico-social et socio-éducatif.

Action N°7 : prévention du bruit :

- auprès des parents dès la naissance au sein des crèches et des écoles : le bruit est source de déconcentration, d'énerverment, de fatigue et, pour les professionnels de l'éducation, source de stress.
- Par la sensibilisation lors des concerts/festivals et distribution de kits « réduction acoustique » (bouchon d'oreille, casque pour les enfants). Une écoute prolongée et forte peut engendrer des problèmes sanitaires potentiellement graves.

En lien avec les orientations du programme national nutrition santé 2017 – 2021

Enfants : prévention de l'obésité infantile

Actions N°8 : information et sensibilisation auprès des parents et des structures d'accueil de la petite enfance.

Action N°9 : promotion de l'allaitement maternel.

Jeunes : prévention des troubles des conduites alimentaires

Face à un accroissement de la pression de la communication commerciale pour les marques alimentaires de mauvaise qualité nutritionnelle et la pression de l'environnement social quant aux habitudes alimentaires, il convient de renforcer les interventions conçues selon les principes du marketing social et les actions de communication menées dans le cadre d'interventions à composantes multiples.

Action N°10 : poursuivre les actions de communication visant à orienter les choix des consommateurs vers des aliments et des comportements favorables à la santé

Action N°11 : augmenter la pratique d'activité physique

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre de programmes en milieu scolaire pour développer les compétences psychosociales
- ✓ nombre d'actions ciblées sur la réduction d'exposition au bruit
- ✓ taux d'IVG chez les moins de 25 ans
- ✓ taux d'obésité à 6 ans
- ✓ pourcentage de fumeurs quotidiens de tabac à 17 ans.

Objectif opérationnel N°8 : conforter l'accompagnement des enfants et des jeunes en lien notamment avec la filière périnatale, l'onco-pédiatrie, la filière pédiatrique et le volet handicaps rares et maladies rares du PRS.

Prévenir et prendre en charge rapidement, dans les structures adéquates, en respectant les particularités incombant au jeune âge des patients nécessite aussi de prendre en compte les besoins des parents.

Le parcours de santé des enfants et des jeunes ne peut se passer d'un volet périnatalité fort, qui englobe à la fois la protection de la femme enceinte, du bébé en devenir et de l'ensemble de la structure familiale. De plus à différente période de vie des fragilités peuvent s'exprimer :

- en particulier lors de transferts sur le continent, en cas de nécessité de prise en charge en maternité de niveau 3 ;
- plus globalement, pour l'ensemble des personnes résidant en Corse, quel que soit leur lieu de prise en charge, en termes d'information et d'apports sur le diagnostic, d'annonce (maladie, handicap, décès...), de prise en charge, de parentalité et de solutions d'hébergement en cas d'hospitalisation nécessaire du nourrisson ou de l'enfant ;
- à l'adolescence dans une phase de revendication d'autonomie.

Action N°1 : faciliter la reconnaissance des associations d'aide à la parentalité.

Action N°2 : améliorer l'accompagnement auprès des familles à l'occasion des prises en charge par la diffusion d'une information relative aux droits et aides disponibles.

- en Corse pour les traitements effectués sur le continent,
- à domicile pour les traitements effectués en établissement,
- à l'école, au travail, *etc.* après une longue interruption.

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre d'actions auprès des familles
- ✓ évolution des taux de fuite en hospitalisation sur le continent pour les moins de 18 ans

Chapitre 3 – Le parcours santé mentale (dont l’addictologie)

La santé mentale intègre dans sa dimension préventive l’ensemble des démarches œuvrant à la promotion d’environnements favorables à la santé mentale. Elle vise à apporter une réponse à la détresse psychologique, à assurer la prévention et la prise en charge des personnes présentant des troubles psychiques ainsi que leur accompagnement social et médico-social. Elle s’attaque aux préjugés, à la stigmatisation qui entourent toujours les troubles psychiques et sont un frein à l’accès aux soins et à l’insertion des personnes concernées.

Le rang occupé par la morbidité psychiatrique parmi l’ensemble des maladies chroniques au plan régional et l’impact social que représente la maladie psychiatrique font de la santé mentale un enjeu majeur de santé publique et d’inclusion sociale.

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a notamment défini la politique de la santé mentale en France et son organisation territoriale. Volontairement transversale elle s’inscrit dans un ensemble de dispositifs, de plans, de cadres réglementaires à différents niveaux de maturité de déploiement : mise en place de communautés psychiatriques de territoire, stratégie quinquennale de l’offre médico-sociale-volet « handicap psychique » 2017-2021, développement des parcours éducatifs en santé au sein des établissements scolaires, du « projet pour l’enfant » loi du 14 mars 2016, du développement de l’offre d’habitat alternatif/inclusif, de la démarche « emploi accompagné », du 4^{ème} plan autisme.

La création en octobre 2016 du Conseil National de Santé Mentale (CNSM), multisectoriel et interministériel, articulé à l’Observatoire national du suicide, aux comités de pilotage de la psychiatrie et du handicap psychique ainsi qu’au comité de suivi du plan autisme, vient conforter la stratégie nationale de la santé mentale dans cette dimension transversale.

Au plan territorial et infra territorial, les objectifs poursuivis par les projets territoriaux de santé mentale (PTSM), viennent concrétiser cette politique en définissant une coopération et une coordination territoriale pour mettre en place une offre diversifiée de soins et un accompagnement social et médico-social.

Compte tenu de la coexistence fréquente de co-morbidités liées à l’usage de substances psychoactives notamment, aux objectifs du parcours santé mentale sont adossés ceux relatifs à la prévention, la prise en charge et l’accompagnement des personnes présentant des conduites addictives.

Constat après le PRS1 (points forts et points faibles) :

Prévention

Les actions de prévention se caractérisent par une coordination insuffisante par leur nature souvent ponctuelle et partiellement reliées à la parentalité et aux consommations de substances psychoactives.

Bien que portées par des intervenants spécialisés, en particulier les centres de soins d’accompagnement de prévention et de soins en addictologie Association Nationale de Prise en charge et de prévention en Alcool et Addiction (ANPAA), Association Départementale de Promotion de la Santé (ADPS) Centre Loretto, et par les généralistes, elles peinent à amplifier leur impact en proximité.

Le travail sur le développement des compétences psychosociales initié en Corse du Sud n’a pu se généraliser sur l’ensemble du territoire.

Repérage précoce, dépistage

Malgré l’effort de formation réalisé et la réactivité des soignants, la prévention et le repérage de la crise suicidaire n’a pu faire l’objet d’un programme dédié.

Le dépistage des troubles neuro développementaux souffre d’une inégalité d’accès territorial. Le territoire de Corse-du-Sud ne dispose pas d’une organisation en équipe pluridisciplinaire pour apporter une expertise complémentaire des troubles DYS.

Equipements

Dans le cadre de l’organisation des prises en charge et des modalités d’accompagnement, l’objectif d’humanisation du secteur hospitalier psychiatrique du centre hospitalier de Bastia ne s’est pas réalisé. La modernisation des pavillons a été partiellement effectuée au centre hospitalier de Castelluccio. La restructuration de l’offre ambulatoire a été partiellement conduite.

Coopération et coordination

La coopération des intervenants identifiée comme enjeu dans le PRS1 devait faciliter le parcours des jeunes et des adultes. Les centres médico-psychologiques (CMP), les centres d'accueil médico-social précoce (CAMSP), les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), les intervenants de l'aide sociale à l'enfance (ASE) et de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), les maisons des adolescents voient leurs professionnels régulièrement en interaction. Pour les adultes, qu'ils soient ou pas en situation de handicap psychique, les coopérations autour de la personne âgée, de l'accompagnement vers le logement, du suivi ambulatoire à domicile, mobilisent de nombreux intervenants et dispositifs médico-psychosociaux. Pour autant, la juxtaposition des dispositifs aux statuts différents est encore trop prégnante dans les territoires.

Le repérage de situations de complexité croissante dans un contexte marqué par une précarité sociale s'aggravant dans la cité, justifie en effet de porter un effort sur ces coordinations.

L'articulation, tant au domicile qu'en établissement auprès des personnes âgées, en perte d'autonomie, n'a pu être pleinement investie.

Les difficultés à recueillir et à échanger des données concernant le champ d'intervention en santé mentale n'ont pu être totalement levées. L'observatoire régional des maladies mentales et d'addicto- vigilances n'a pas été finalisé. Les innovations technologiques intégrant les systèmes d'information et plus particulièrement la télé-expertise et la télé-consultation n'ont pu être portées.

Les stratégies visant à informer, à construire une image positive de la santé mentale sont de plus en plus portées par les professionnels et les aidants.

La semaine d'information en santé mentale est reconduite annuellement depuis 2013. Les groupes d'entraide mutuelle se sont constitués sur Bastia, Ajaccio et Porto-Vecchio tout récemment. En matière d'accompagnement vers l'autonomie l'éducation thérapeutique se déploie. L'activité de l'association union nationale des familles et d'aidants de parents malades psychiques (UNAFAM) s'est développée sur les principaux sites d'hospitalisation et se mobilise activement sur le levier formation.

L'évolution de l'offre de santé est marquée par l'ouverture de l'Unité de Soins Intensifs en Psychiatrie (USIP) pour les personnes présentant des troubles graves du comportement.

Un bureau d'aide psychologique universitaire (BAPU) a été créé également auprès du pôle universitaire de Corte. L'offre ambulatoire a conduit sa modernisation en Balagne à travers le CMP de l'île Rousse.

En Corse-du-Sud, des projets de modernisation ont été engagés à Porto-Vecchio.

Dans un contexte immobilier contraint, les professionnels des établissements de santé de Bastia et de Castelluccio ont assuré une activité de liaison en Corse-du-Sud avec l'équipe l'unité mobile psychiatrie précarité et l'équipe de liaison accueil urgences (ALU).

Les équipes de secteur ont consolidé les prises en charge médico-psychologiques à la maison d'arrêt d'Ajaccio, au centre de détention de Borgo et au centre de détention de Casabianda.

La clinique San Ornello a répondu aux demandes d'hospitalisation pour des patients issus du centre de détention de Borgo. L'évolution du recrutement met à présent régulièrement l'établissement en situation de tension.

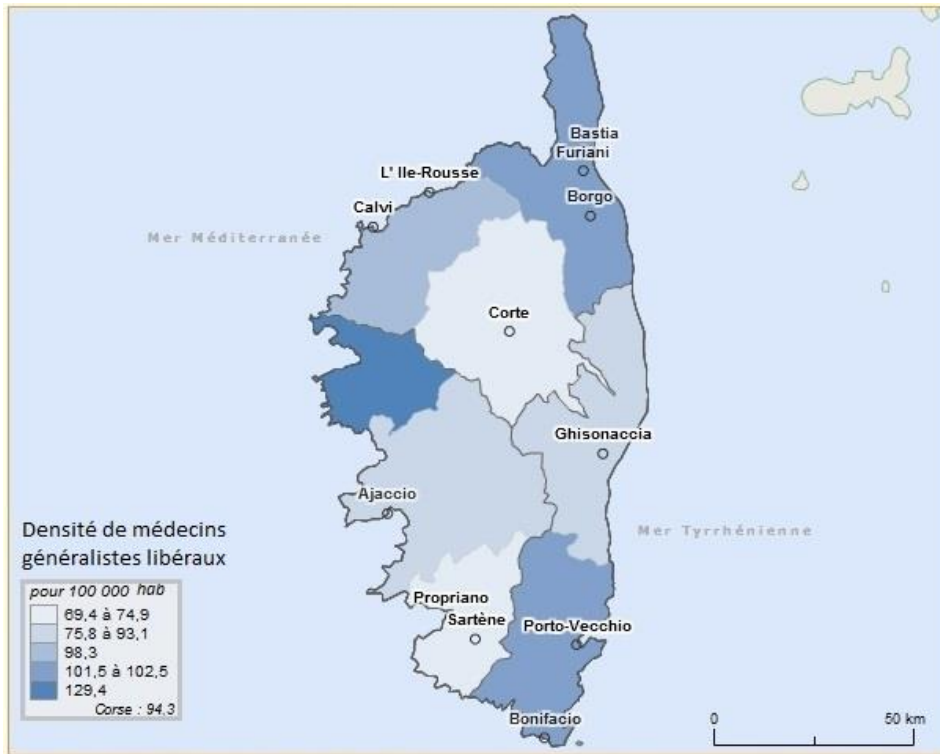
En matière de formation, les équipes des centres hospitaliers de Bastia et de Castelluccio se sont investies de manière remarquable sur des séquences de formation et des journées de regroupement dont certaines d'un recrutement international.

Le centre hospitalier de Castelluccio a réussi à développer les conditions permettant le recrutement d'internes de psychiatrie.

En matière d'offre de santé en addictologie, le renforcement de l'offre en soins de suite, en équipe de liaison, en matière d'activité ambulatoire a été engagé.

Diagnostic

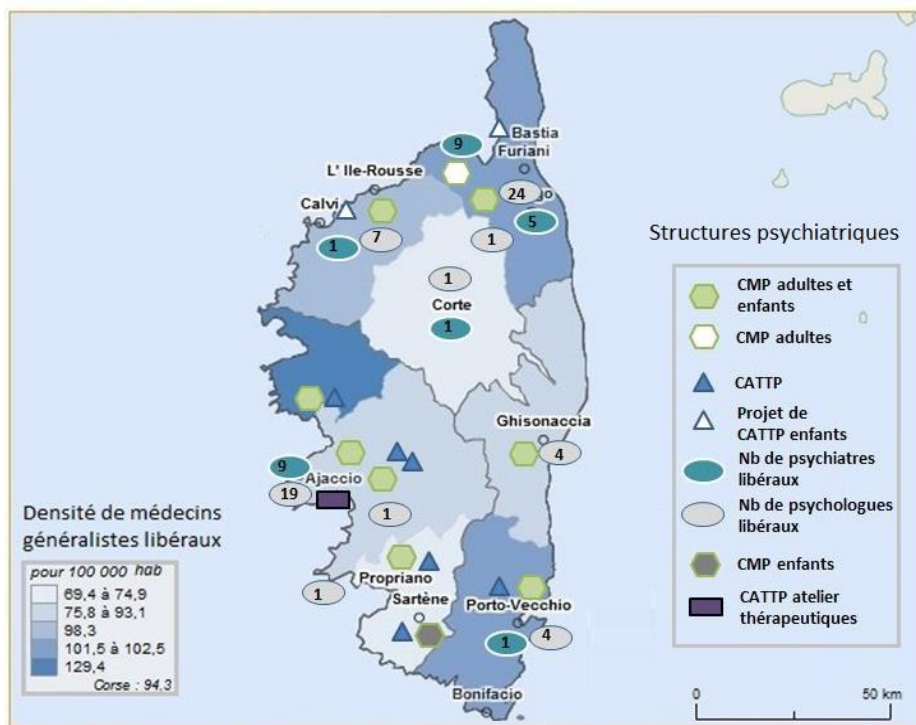
3.1. L'offre en équipements hospitaliers



© ARS Corse - IGN GéoFla - Bassins de vie unifiés

Source : DRSM Paca-Corse, 2016

3.2. L'offre de soins ambulatoires



© ARS Corse - IGN GéoFla - Bassins de vie unifiés

Source : DRSM Paca-Corse, 2016

3.3. L'activité des établissements autorisés en psychiatrie

➤ Centre hospitalier de Bastia

Prise en charge temps complet :

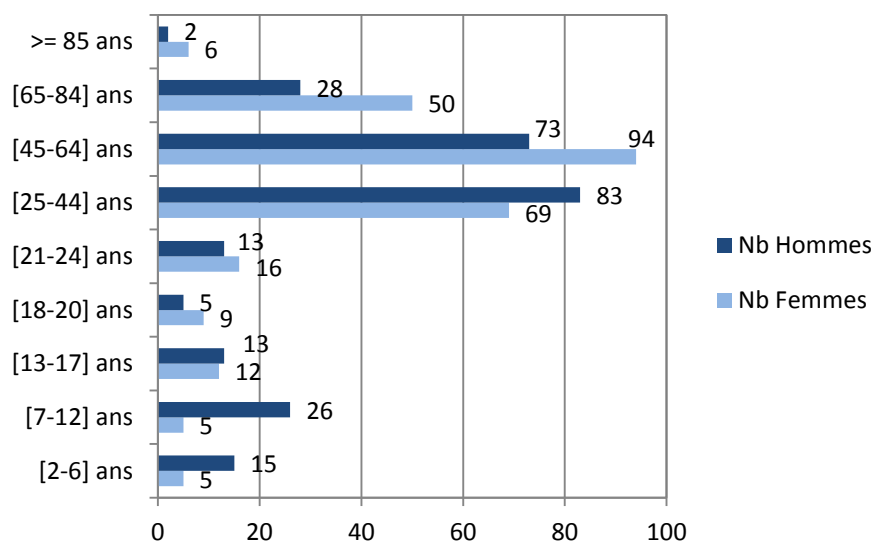
- Nombre de patients : **470**
- Durée moyenne d'hospitalisation : **25,33**

Nombre de patients pris en charge temps partiel : **54**

| Catégorie diagnostic | Nb séjours | Nb journées | Nb patients |
|--|------------|--------------|-------------|
| Troubles mentaux organiques, dont troubles symptomatiques | 8 | 253 | 41 |
| Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives | 73 | 1109 | 145 |
| Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants | 148 | 4446 | 238 |
| Troubles de l'humeur [affectifs] | 259 | 4901 | 834 |
| Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes | 35 | 356 | 367 |
| Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques | 5 | 49 | 8 |
| Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte | 80 | 1378 | 196 |
| Retard mental | 2 | 15 | 13 |
| Troubles du développement psychologique | 71 | 3145 | 256 |
| Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence | 12 | 373 | 111 |
| Total | 685 | 16025 | 2209 |

Source : CH de Bastia, données PMSI, 2017

Nb de patients hospitalisés par sexe et âge : CH de Bastia 2017



Pathologie au long cours :

Nombre de journées au long cours rapporté au nombre total de journées temps Plein et temps partiel : 27%

Nombre total de journées : 4334 ; nombre total de patients : 45

27 patients cumulent 2221 journées

➤ **Centre hospitalier de Castelluccio**

Prise en charge temps complet :

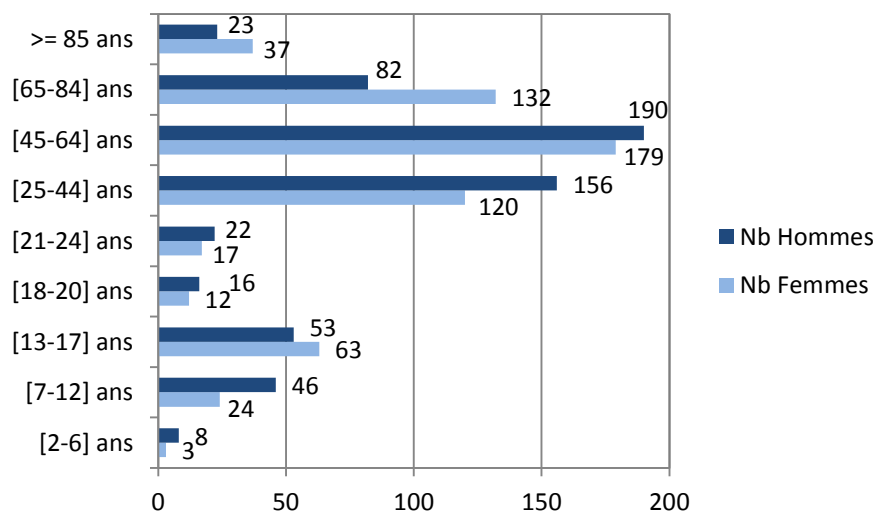
- Nombre de patients : **876**
- Durée moyenne d'hospitalisation : **61,28**

Nombre de patients pris en charge temps partiel : **397**

| Catégorie diagnostic | Nb séjours | Nb journées | Nb patients |
|--|-------------|--------------|-------------|
| Troubles mentaux organiques, dont troubles symptomatiques | 85 | 4644 | 113 |
| Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives | 193 | 5123 | 359 |
| Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants | 291 | 17311 | 561 |
| Troubles de l'humeur [affectifs] | 333 | 10899 | 1192 |
| Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes | 208 | 5286 | 1539 |
| Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques | | | |
| Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte | 147 | 6157 | 298 |
| Retard mental | 32 | 3967 | 48 |
| Troubles du développement psychologique | 41 | 2837 | 41 |
| Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence | 89 | 3130 | 395 |
| Total | 1419 | 59354 | 4546 |

Source : CHD de Castelluccio, données PMSI, 2016

Nb de patients hospitalisés par sexe et âge : CH de Castelluccio 2016



Pathologie au long cours :

Nombre de journée au long cours rapporté au nombre total de journée temps plein et temps partiel : 53%

Nombre total de journées : 33130 ; nombre total de patients : 411

70 patients cumulent 13203 journées.

➤ **Clinique San Ornello**

Prise en charge temps complet :

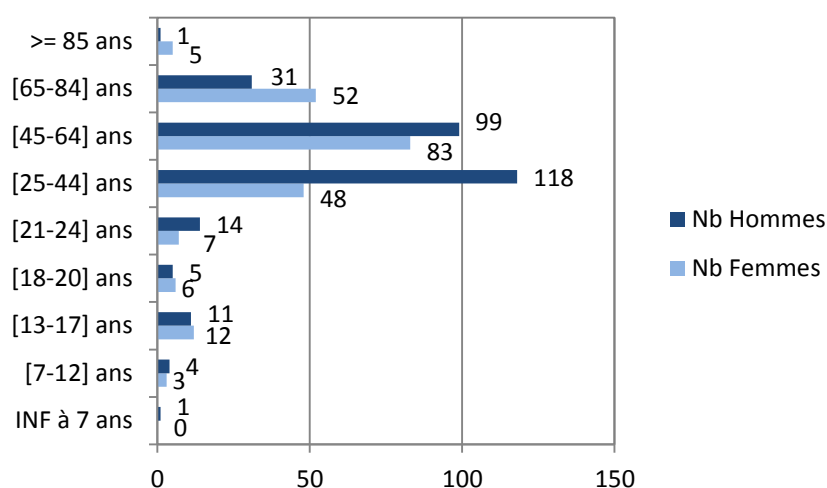
- Nombre de patients : **500**
- Durée moyenne d'hospitalisation : **71,61**

Nombre de patients pris en charge temps partiel : **0**

| Catégorie diagnostic | Nb séjours | Nb journées | Nb patients |
|--|------------|--------------|-------------|
| Troubles mentaux organiques, dont troubles symptomatiques | 2 | 597 | 2 |
| Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives | 145 | 8669 | 126 |
| Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants | 165 | 14134 | 149 |
| Troubles de l'humeur [affectifs] | 195 | 9573 | 172 |
| Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes | 44 | 977 | 43 |
| Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques | 4 | 345 | 2 |
| Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte | 79 | 3857 | 65 |
| Retard mental | 10 | 712 | 8 |
| Troubles du développement psychologique | 17 | 847 | 13 |
| Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence | 18 | 995 | 15 |
| Total | 679 | 40706 | 595 |

Source : Clinique San Ornello, données PMSI, 2016

Nb de patients hospitalisés par sexe et âge : Clinique San Ornello 2016



Pathologie au long cours

Nombre de journées au long cours rapporté au nombre total de journées temps plein et temps partiel : 36%

Nombre total de journées : 40706 ; nombre total de patients : 595

18 patients cumulent 5562 journées

➤ **Clinique du Cap**

Prise en charge temps complet :

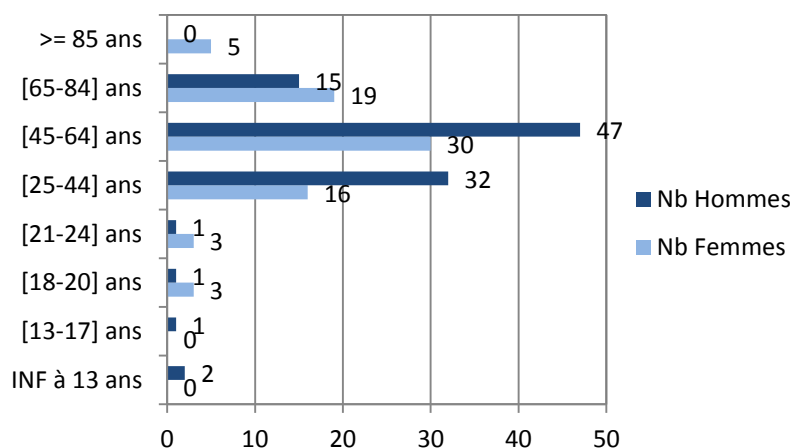
- Nombre de patients : **175**
- Durée moyenne d'hospitalisation : **92,37**

Nombre de patients pris en charge temps partiel : **0**

| Catégorie diagnostic | Nb séjours | Nb journées | Nb patients |
|---|-------------|---------------|-------------|
| Troubles mentaux organiques, dont troubles symptomatiques | 5 | 1030 | 3 |
| Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives | 113 | 4954 | 48 |
| Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants | 57 | 3903 | 25 |
| Troubles de l'humeur [affectifs] | 185 | 6341 | 82 |
| Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes | 54 | 1888 | 17 |
| Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques | 167 | 4132 | 57 |
| Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte | 8 | 498 | 5 |
| Retard mental | 589 | 22746 | 237 |
| Total | 1178 | 45 492 | 474 |

Source : Clinique du CAP, données ePMSI, 2016

Nb de patients hospitalisés par sexe et âge : Clinique du Cap 2016



Pathologie au long cours :

Nombre de journées au long cours rapporté au nombre total de journées temps plein et temps partiel : 50%

Nombre total de journées : 8132 ; nombre total de patients : 26

3 patients cumulent 1097 journées

La villa San Ornello

La Villa San Ornello dispose de 37 places d'accueil de jour. 284 patients ont été pris en charge en 2016 en hospitalisation à temps partiel, représentant 12 261 journées de présence et 847 demi-journées. 18 patients avaient plus de 65 ans (6.3% des patients).

Des prises en charge de longue durée y sont réalisées. Sur les 130 suivis de ce type 61 concernent des patients souffrant de troubles schizophréniques divers, représentant 5254 journées (57% des journées de ce type de séjour). 17 patients (13%), souffrent de pathologies liées aux addictions, représentant 1150 journées (11.6% des journées).

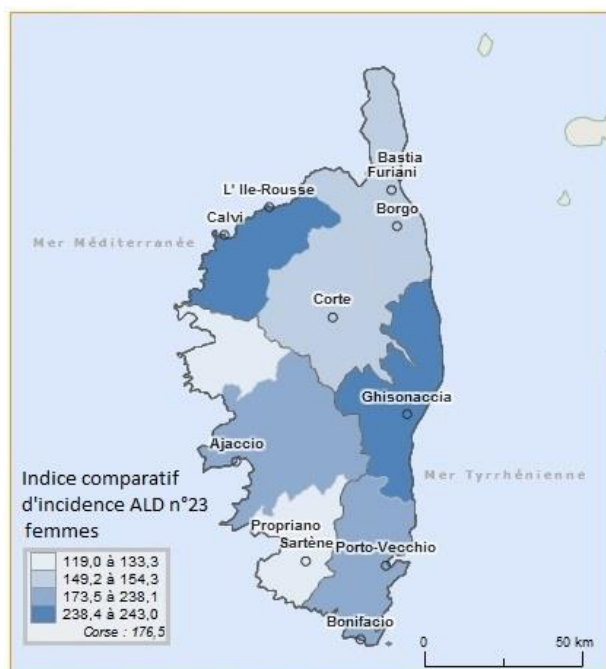
90% des patients effectuent des entretiens avec la psychologue du centre. Comme pour la clinique San Ornello, des prises en charge groupales sont également effectuées et animées par la psychologue (groupe de parole + réhabilitation cognitive + affirmation de soi).

3.4. La consommation de soins

➤ Indice comparatif des affections longue durée affection psychiatrique (ALD n°23)⁹

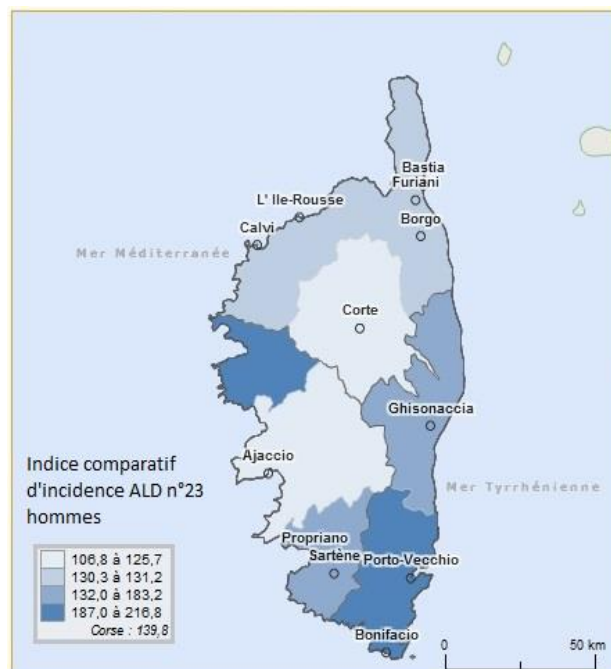
Une affection longue durée est une maladie qui nécessite un suivi et des soins prolongés (plus de 6 mois) et des traitements coûteux.

ALD n°23 psychiatrie - Femmes



© ARS Corse - IGN GéoFla - Bassins de vie unifiés
Source : Cnamts, RSI, MSA, 2013-2014

ALD n°23 psychiatrie - Hommes



© ARS Corse - IGN GéoFla - Bassins de vie unifiés
Source : Cnamts, RSI, MSA, 2013-2014

L'indice comparatif d'incidence (ICI) est égale au rapport en base 100 du nombre d'admissions en ALD dans une population, à celui qui serait obtenu si les taux d'incidence par sexe et âge étaient identiques à ceux de la France pour la période sélectionnée, *i.e.* entre 2013 et 2014.

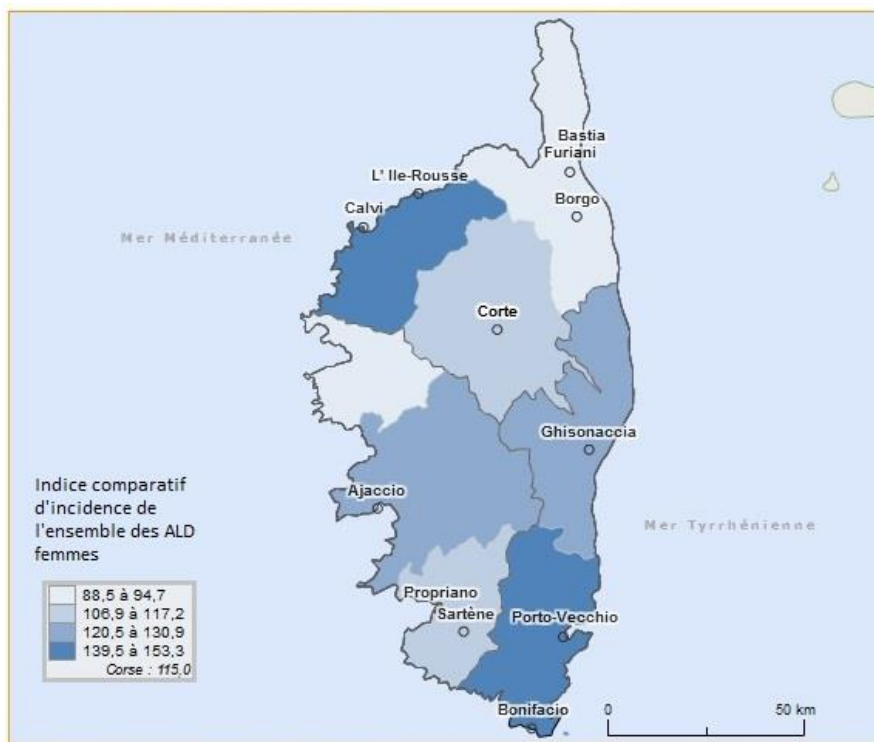
L'ICI relatif à l'ALD psychiatrie, varie de l'ordre de 139,8 pour les hommes à 176,5 pour les femmes, avec pour base 100 le territoire Français.

Les variations spatiales de cet indice sont différentes d'un bassin de vie à l'autre, selon le sexe de la population considérée.

Comparativement à l'ICI mesuré pour l'ensemble des ALD (voir ci-dessous), la psychiatrie femme (resp. homme) présente un caractère persistant en Balagne et Plaine Orientale (resp. dans les aires de Vico et du Grand sud).

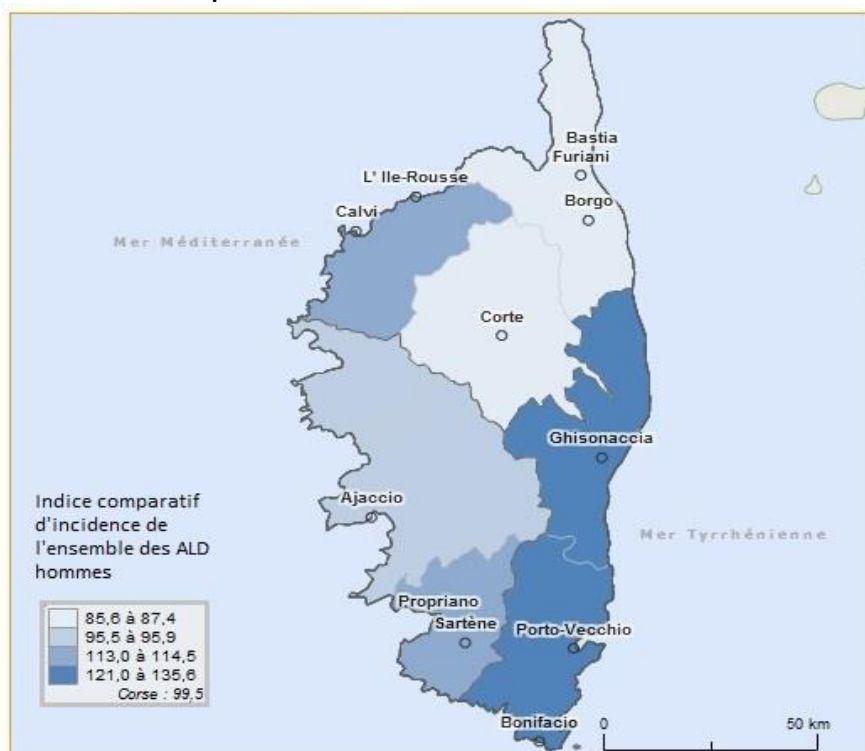
⁹ Source : Sirsé Corse- Cnamts, RSI et MSA

Indice comparatif d'incidence de l'ensemble des ALD - Femmes



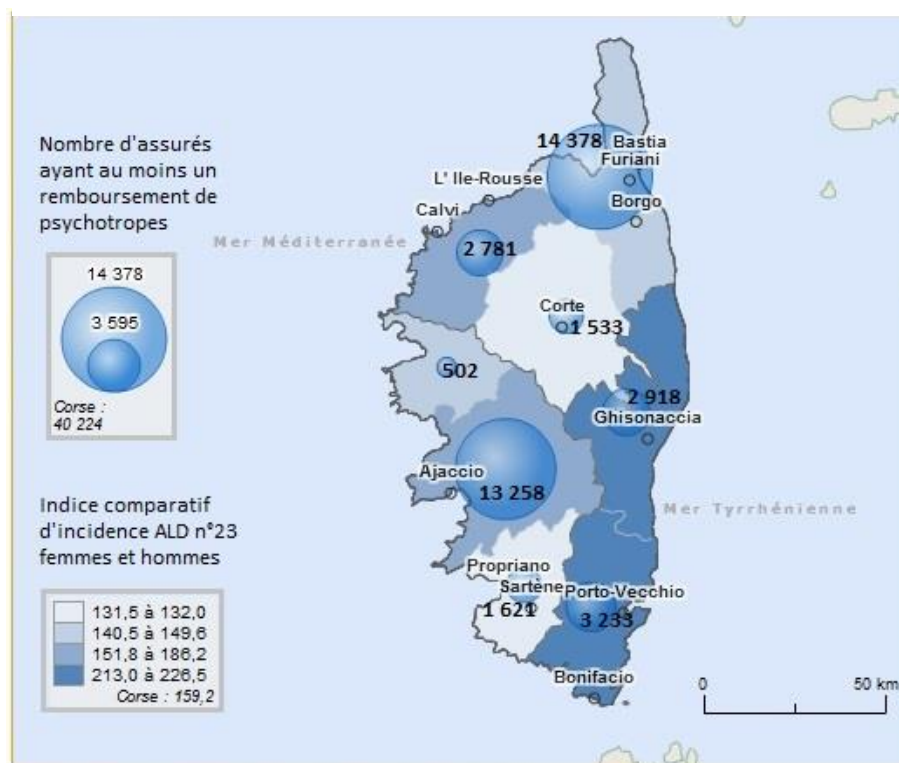
© ARS Corse - IGN GéoFla - Bassins de vie unifiés Source : Cnamts, RSI, MSA, 2013-2014

Indice comparatif d'incidence de l'ensemble des ALD - Hommes



© ARS Corse - IGN GéoFla - Bassins de vie unifiés Source : Cnamts, RSI, MSA, 2013-2014

Recours aux médicaments psychotropes



© ARS Corse - IGN GéoFla - Bassins de vie unifiés

Sources : Cnamts, RSI, MSA, 2013-2014 ; DRSM Paca-Corse, 2015

La carte ci-dessus présente un comparatif de l'ICI des ALD psychiatriques hommes et femmes, à la consommation de psychotropes estimée par le nombre d'assurés du régime général ayant eu au moins un remboursement au cours de l'année 2015 (antipsychotiques, anxiolytiques, hypnotiques et sédatifs hors barbituriques, antidépresseurs, psychostimulants, dépendance alcoolique et dépendance opioïde). Les bassins de vie de Bastia et d'Ajaccio, sont les deux gros consommateurs de psychotropes.

3.5. Décès par suicide

Dans le 2^{ème} rapport de l'observatoire national du suicide, il est recensé en 2012 34 décès par suicide de personnes résidant en Corse (source : INVS-CépiDc). Ces décès concernent 25 hommes et 9 femmes soit un ratio de 2,8 hommes pour une femme ce qui est plus bas que le sex-ratio national qui est de 3.

Nombre de suicides et taux de mortalité bruts et standardisés selon le département de résidence et le sexe en Corse, en 2012.

| | Hommes | Femmes | Ensemble |
|--|--------|--------|----------|
| PACA | | | |
| Nombre de décès par suicide | 25 | 9 | 34 |
| Taux bruts (pour 100 000 habitants) | 16,1 | 5,5 | 10,7 |
| Taux standardisés pour 100 000 habitants)* | 15,3 | 5,2 | 10 |
| Corse- du-Sud | | | |
| Nombre de décès par suicide | 13 | 4 | 17 |
| Taux bruts (pour 100 000 habitants) | 18,4 | 5,3 | 11,6 |
| Taux standardisés pour 100 000 habitants)* | 17,5 | 4,7 | 11 |
| Haute-Corse | | | |
| Nombre de décès par suicide | 12 | 5 | 17 |
| Taux bruts (pour 100 000 habitants) | 14,1 | 5,7 | 9,9 |
| Taux standardisés pour 100 000 habitants)* | 13,5 | 5,5 | 9,3 |
| France entière | | | |
| Taux standardisés (pour 100 000 habitants) | 24,9 | 7 | 15,1 |

* Standardisation sur la structure par âge de la population française en 2012. / Source : CépiDc, analyse INVS

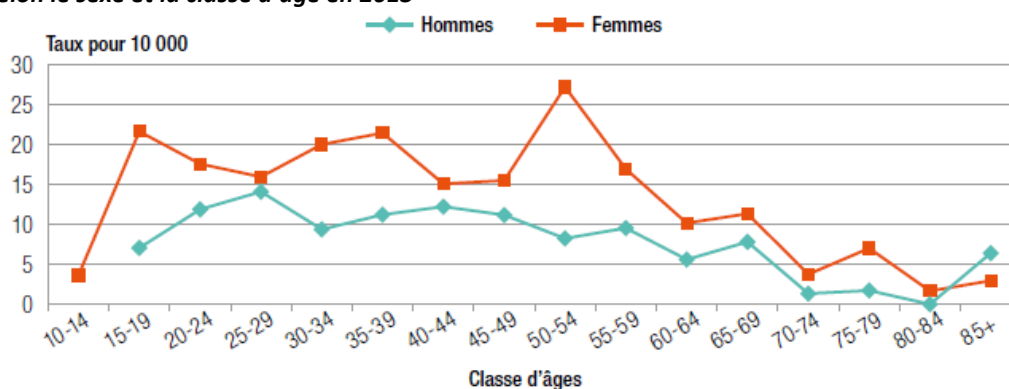
Tentatives de suicide

En 2013, 294 personnes (104 hommes et 190 femmes) résidant en Corse ont eu recours à de l'hospitalisation suite à une tentative de suicide dans des services de médecine et de chirurgie. **Les réadmissions pour récursive de tentative de suicide dans l'année concernent près de 10% des patients (8,7% des hommes et 10,5% des femmes).**

Globalement, les taux féminins d'hospitalisation sont systématiquement supérieurs aux taux masculins sauf dans les âges les plus élevés (après 85 ans) avec un taux d'hospitalisation qui est 1,8 fois supérieur chez la femme que chez l'homme.

Ainsi, chez les adolescentes de 10 à 14 ans, le taux d'hospitalisation est de 3,6 pour 10 000 femmes et il passe à 22 pour 10 000 femmes chez les adolescentes de 15 à 19 ans. Le pic a lieu dans la classe d'âge des 50-54 ans où le taux atteint 27 pour 10 000.

Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide en médecine et chirurgie chez les personnes résidant en Corse selon le sexe et la classe d'âge en 2013



Nombre de suicides et taux d'hospitalisation bruts et standardisés (pour 10 000 habitants) pour tentative de suicide selon le département de résidence et le sexe en Corse, en 2013

Source : ATIH, Analyses InVS

| | Hommes | Femmes | Ensemble |
|--|--------|--------|----------|
| Corse | | | |
| Nombre d'hospitalisations | 113 | 210 | 323 |
| Taux bruts (pour 10 000 habitants) | 8 | 14,1 | 11,2 |
| Taux standardisés pour 10 000 habitants)* | 8,1 | 14,7 | 11,6 |
| Corse- du-Sud | | | |
| Nombre d'hospitalisations | 56 | 105 | 161 |
| Taux bruts (pour 10 000 habitants) | 8,8 | 15,2 | 12,1 |
| Taux standardisés pour 10 000 habitants)* | 9,1 | 15,8 | 12,5 |
| Haute-Corse | | | |
| Nombre d'hospitalisations | 57 | 105 | 162 |
| Taux bruts (pour 10 000 habitants) | 7,4 | 13,2 | 10,4 |
| Taux standardisés pour 10 000 habitants)* | 7,3 | 13,7 | 10,5 |
| France entière | | | |
| Taux standardisés (pour 100 000 habitants) | 12,4 | 18,9 | 15,7 |

Comparés aux taux de l'ensemble du territoire français, le taux corse d'hospitalisation pour tentative de suicide est de 26% inférieur au taux national (-35% chez les hommes et -22% chez les femmes).

3.6. Modes de prise en charge de la population en milieu pénitentiaire

(cf. titre 2 – chapitre 1 – partie 1-17)

Données d'activité psychiatrique 2016 / 2015

Source OSSD

| | MA AJACCIO | CP BORGIO | CD CASABIANDA |
|--|------------|-------------|---------------|
| File active | NR/33 | 340/299 | 171/146 |
| Nombre de consultations de psychiatre | NR/152 | 585/379 | 95/166 |
| Nombre de consultations de psychologue | NR/230 | 668/521 | 2079/1507 |
| Nombre d'actes infirmier | NR/232 | 35673/29694 | 8469/8112 |

3.7 L'offre médico-sociale

Les structures pour les adultes et enfants en situation de handicap et l'offre médico-sociale pour personnes âgées sont développées dans le volet médico-social du PRS 2.

Le renforcement des structures de prise en charge précoce de type CAMSP et CMPP a contribué à l'offre médico-sociale en direction des enfants présentant des troubles du caractère et du comportement.

Parallèlement, 45 nouvelles places ont été autorisées pour la prise en charge de ces troubles à la fois en milieu ordinaire et en institution ; la création d'un dispositif ITEP sur la Haute Corse a été engagée et finalisée à la fois pour répondre au besoin prégnant quant à ce type de structure mais également pour l'organisation de modalités de prises en charge souples et adaptables.

Concernant le polyhandicap, le renforcement de l'offre a majoritairement concerné l'offre institutionnelle en direction des adultes les plus lourdement handicapés (FAM, MAS). 16 places de MAS ont ainsi été autorisées et 40 places de FAM. Sur le secteur des enfants, un SESSAD spécifique de 10 places a également été autorisé sur la Haute Corse.

Auprès des adultes présentant un handicap psychique, l'amélioration de la coopération avec le secteur médico-social et particulièrement avec les SAMSAH constitue un enjeu important. Pour l'accompagnement de la personne âgée en situation ou non de perte d'autonomie, l'offre sociale et médico-sociale plus particulièrement examinée dans le parcours bien vieillir (cf. titre 3 chapitre 1), appelle à des coopérations s'inscrivant dans l'organisation graduée de l'offre de psychogériatrie.

Objectif stratégique N°3 du COS : accompagner l'accès à la santé des plus fragiles dans une logique de parcours continu.

Objectif opérationnel N°1 : agir tôt.

Action N°1 : améliorer le repérage précoce des troubles psychiques.

Améliorer le repérage précoce des troubles neuro développementaux chez l'enfant.

Soutenir l'effort de formation auprès des intervenants de premier niveau : personnel éducatif et médico-social de l'éducation nationale, médecin généraliste, pédiatre, psychologue libéral, infirmier libéral, sage-femme, personnel soignant de la protection maternelle et infantile.

Informar les familles, associations représentant les usagers, professionnels de santé de l'offre spécialisée en matière de :

- troubles du caractère et du comportement,
- précocité intellectuelle,
- troubles déficitaires de l'attention,
- troubles neuro développementaux.

Améliorer la coordination des intervenants en CMP, CMPP et CAMSP pour réduire les délais d'intervention et conforter la filière de prise en charge par l'établissement de conventions de coopération entre les structures de prise en charge ambulatoire.

Harmoniser l'offre de ressource en matière de diagnostic des troubles neuro développementaux pour l'ensemble du territoire.

Etudier la faisabilité à l'échelle régionale d'un centre de ressources vis-à-vis des troubles du caractère et du comportement.

Indicateur de suivi :

- ✓ nombre et âge des enfants repérés

Action N°2 : contribuer à la prévention du risque suicidaire à toutes les périodes de la vie.

- Améliorer le repérage et la prise en charge de la crise suicidaire chez la personne âgée,
- Favoriser le développement de dispositifs de maintien du contact avec les suicidants,
- Soutenir l'effort de formation auprès des intervenants du premier recours,
- Accompagner l'effort de formation au repérage et à la prise en charge.

Indicateur de suivi :

- ✓ nombre et type de situations prises en charge, nombre et type de professionnels formés

Objectif opérationnel N°2 : prendre soin et conforter la capacité d'ajustement de l'intensité des soins aux besoins

Action N°1 : améliorer l'accessibilité à une offre de soins graduée et de qualité sur l'ensemble du territoire

Soutenir la démarche de constitution d'une communauté psychiatrique de territoire entre les centres hospitaliers de Bastia et de Castelluccio.

Encourager la modernisation des établissements de prise en charge en santé mentale :

- Moderniser les équipements en hospitalisation temps complet ou temps partiel des centres hospitaliers de Bastia et de Castelluccio pour faciliter l'accueil et la prise en charge en psychogériatrie pour améliorer la filière d'accueil et de crise.
- Adapter et moderniser les conditions d'hospitalisation des patients en hospitalisation sous contrainte ; tout particulièrement à la clinique San Ornello (fréquemment saturée ces dernières années s'agissant de la prise en charge des détenus du centre pénitentiaire de Borgo) et en étudiant les modalités d'une plus grande sécurisation de cette prise en charge.

Développer l'accès aux psychothérapies (thérapies cognitives et comportementales, familiales notamment) à partir de lieux accessibles à la population (CMP, maisons de santé pluridisciplinaires).

S'engager dans une innovation technique en matière de Stimulation Magnétique Trans crânienne.

Rendre accessible le recours à l'interprétariat et à la langue des signes.

Moderniser l'offre de psychiatrie infanto-juvénile :

- Améliorer les conditions de prise en charge en hébergement et d'accueil dans les locaux de l'Alba en psychiatrie infanto-juvénile au centre hospitalier de Castelluccio.
- Conforter les alternatives à l'hospitalisation.
- Faciliter les relais de prise en charge hospitalière en développant une offre de 2 places en famille d'accueil sur le territoire d'Ajaccio et le sud du département de Corse-du-Sud ainsi qu'une offre sur le territoire de Bastia.

- Adapter l'organisation des CMP aux évolutions sociodémographiques.
- Restructurer le CMP en psychiatrie infanto juvénile de Corte.
- Conforter le CMP de Bastia et le CATTP.
- Développer une offre CATTP dédiée aux adolescents à Bastia.
- Identifier la filière régionale de prise en charge des troubles des conduites alimentaires à l'adolescence.

Indicateurs de suivi :

- ✓ signature de la convention constitutive de la communauté psychiatrique de territoire,
- ✓ type d'opérations de modernisation,
- ✓ activités (nombre et âge des suivis CMP CATTP).

Action N°2 : prévenir et mieux prendre en charge les situations de crises et d'urgence.

Les conditions d'hospitalisation dans les suites de l'admission au service d'accueil et d'urgences du centre hospitalier de Bastia ne permettent pas un accompagnement satisfaisant pour les professionnels et les usagers. L'articulation entre l'offre sectorielle et l'offre hospitalière de San Ornello n'est pas adaptée aux prises en charge des situations de crise. Les adolescents restent au centre hospitalier de Bastia et sont hébergés soit en pédiatrie, en UHCD et dans le secteur adulte.

Des difficultés d'accès en hospitalisation pour les patients hospitalo-requérants du territoire du sud de la Corse ne se déroulent pas dans de bonnes conditions.

La coopération des partenaires de ce territoire en intégrant les établissements de santé, le CMP, les transporteurs sanitaires doit être rénovée en s'appuyant notamment sur les innovations technologiques.

Les situations de crise à domicile par leur caractère parfois inaugural, souvent rapidement évolutif, trouvent les parents et aidants démunis. Pour répondre aux besoins exprimés par les parents et ceux soulevés par les professionnels de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) et de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ) à travers les familles d'accueil et les foyers, l'accessibilité à l'offre spécialisée de santé doit être améliorée.

La tendance à l'accroissement du recours à l'hospitalisation à la demande d'un tiers pour les personnes âgées souligne les difficultés en amont de l'accompagnement des soignants et des aidants. Par ailleurs les conditions d'accueil au sein des centres hospitaliers de Bastia et de Castelluccio ne permettent pas de manière satisfaisante une évaluation et une préparation du retour à domicile dans de bonnes conditions. Ces deux constats soulignent la nécessité d'apporter un soutien en psycho gériatrie au plus près des lieux de vie.

La complexité des situations de personnes en situation d'exclusion sociale nécessite une mobilisation pluridisciplinaire dans des conditions d'urgence médicale voire sociale. L'organisation actuelle souvent mise en tension demande comme le souligne les travaux du PRAPS une meilleure anticipation ainsi qu'un accompagnement durable.

- Assurer les conditions d'un accueil adapté au service des urgences ou en service d'accueil médical non programmé.
 - Evaluer en lien avec les intervenants en santé mentale les conditions d'accueil et de gestion des situations de crise au centre hospitalier de Bastia, à la clinique San Ornello, aux centres hospitaliers d'Ajaccio, de Castelluccio et à la polyclinique du Sud de la Corse.
- Adapter en inter sectoriel les modalités organisationnelles pour accroître les capacités d'intervention concertée et coordonnée au domicile ou au sein des établissements médicosociaux sur l'ensemble du territoire.
 - Faciliter la mobilisation des compétences de psychiatrie en lien avec les maisons de santé pluri professionnels, les équipes de soins primaires.
 - Conforter la fonction de liaison des équipes de secteur en lien avec la permanence d'accueil et de soins des établissements de Bastia, Ajaccio et Porto Vecchio auprès des publics en situation de précarité sociale.
 - Favoriser la coopération des intervenants des secteurs de la PJJ, de l'ASE et de la pédopsychiatrie pour la gestion des situations de crise.
 - Proposition d'un protocole d'intervention.
- Conforter l'offre de prise en charge spécialisée pour les personnes victimes de psycho-traumatismes (femmes victimes de violences, migrants, enfants exposés à des violences...)
 - Accompagner la CUMP régionale dans ses missions de formation.

- Investir dans les innovations organisationnelles et techniques.
 - Mettre en œuvre les modalités de télémédecine (téléconsultation et télé expertise) pour les prises en charge notamment dans le territoire du sud du département de corse du sud, et pour les activités ambulatoires du CMP du Valinco, en Balagne, dans le centre Corse et la plaine orientale.

Indicateurs de suivi :

- ✓ évaluations réalisées
- ✓ nombre et type d'innovations organisationnelles et techniques mises en œuvre
- ✓ nombre d'actes médicaux, d'entretiens psychologiques et de soins infirmiers en psychiatrie de liaison

Objectif opérationnel N°3 : soutenir la personne et l'aidant dans la cité

Action N°1 : assurer les soins et les accompagnements coordonnés dans un cadre ambulatoire (domicile ou établissement).

Il convient de développer les prises en charge en réhabilitation psychosociale.

L'accompagnement coordonné et adapté aux besoins de la personne souffrant de troubles psychiques et des aidants contribue à maintenir une dynamique d'insertion sociale et professionnelle dans le lieu de vie de leur choix :

- expérimenter un programme de retour à domicile en lien avec le premier recours,
- en lien avec la MDPH, garantir une offre de soins et de services coordonnés ainsi qu'une aide aux aidants au domicile dans les premières semaines post hospitalisation,
- promouvoir l'activité des SAMSAH et des SAVS,
- adapter l'offre sanitaire et médico-sociale avec ou sans hébergement au public handicapé psychique vieillissant et mettre en œuvre une étude relative aux besoins,
- faciliter les réunions de concertation pluri professionnelle en périnatalité (Sage-femme libérale, PMI, CAMSP, service d'obstétrique et de psychiatrie),
- promouvoir les services adaptés et diversifiés destinés à faciliter l'accès à la scolarisation concernant les adolescents en rupture scolaire et sociale ayant une co-morbidité psychiatrique.

Indicateurs de suivi :

- ✓ identification des besoins en matière d'offre médicosociale pour le handicap psychique
- ✓ nombre et type de coopérations en lien avec les intervenants du premier recours

Action N°2 : faciliter l'accès aux logements et à l'emploi des personnes porteuses de troubles psychiques :

- développer les dispositifs d'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique dans l'emploi, notamment par le déploiement de dispositifs d'emploi accompagné qui vise à l'insertion et au maintien en emploi en milieu ordinaire de travail, par la combinaison d'un accompagnement à visée d'insertion professionnelle et médico-sociale,
- veiller à l'adaptation de l'accueil en ESAT des personnes en situation de handicap psychique ne pouvant être accompagnées dans l'emploi en milieu ordinaire,
- développer une offre de logements inclusifs, renforcer l'offre de logements adaptés aux personnes présentant des troubles psychiques (résidence accueil, familles gouvernantes...),
- rechercher une coopération étroite avec le dispositif des SAMSAH, des SAVS et des SPASAD en cohérence avec le PRAPS,
- améliorer l'accès à une offre d'hébergement : conforter l'expérimentation « A CASA PRIMA ».

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre de personnes ayant bénéficié des dispositifs de logement inclusif
- ✓ nombre et type de coopérations en lien avec les intervenants des dispositifs relatifs à l'emploi et la formation

Action N°3 : favoriser les dynamiques de proximité qui mobilisent le pouvoir d’agir :

- développer des actions de sensibilisation et d’information :
 - participer à la Semaine d’Information sur la Santé Mentale (SISM),
 - contribuer à travers des actions de la formation et des services d’insertion professionnelle,
 - développer le soutien aux aidants par l’accueil des familles, le soutien téléphonique, les groupes de paroles, la formation des aidants ;
- favoriser l’autonomisation des patients :
 - faire connaître et former à la Pair-aidance,
 - soutenir les GEM de Bastia, d’Ajaccio et de Porto Vecchio,
 - soutenir une offre de formation auprès des représentants des usagers ;
- soutenir les espaces de concertation :
 - établir un programme de travail visant le développement des espaces de concertation et de coordination à partir des CLSM ;
- développer l’offre de formation :
 - conforter les stratégies de formation et de la pratique régulière des analyses de pratiques des intervenants de santé mentale,
 - favoriser les formations interdisciplinaires (sanitaire, médico-social, social),
 - promouvoir le développement de la recherche clinique au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie.

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre et type de formations
- ✓ nombre d’actions d’information.

Objectifs quantifiés (Implantations)

| Activité de soins | Nombre d’implantations existantes PRS1 | Suppression | Création | Nombre d’implantations cibles PRS 2 |
|-------------------------------------|--|-------------|----------|-------------------------------------|
| PSYCHIATRIE ADULTE | | | | |
| Hospitalisation complète | 4 | 0 | 0 | 4 |
| Hospitalisation de jour | 5 | 0 | 0 | 5 |
| Hospitalisation de nuit | 1 | 0 | 0 | 1 |
| Placement familial thérapeutique | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Appartement thérapeutique | 0 | 0 | 1 | 1 |
| PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE | | | | |
| Hospitalisation complète | 2 | 0 | 0 | 2 |
| Hospitalisation de jour | 3 | 0 | 0 | 3 |
| Hospitalisation de nuit | 1 | 0 | 0 | 1 |
| Placement familial thérapeutique | 0 | 0 | 1 à 3 | 1 à 3 |
| Appartement thérapeutique | 0 | 0 | 0 | 0 |

Focus sur l'addictologie

Le triptyque habituel : prévention-repérage précoce, prise en charge médico-psycho-socio-éducative et réhabilitation structure l'organisation de l'offre de santé.

Cette dernière s'appuie sur un maillage composé de professionnels de santé du premier recours en ambulatoire, de centres de soins spécialisés du secteur médico-social pour la Corse (uniquement en ambulatoire) et des équipements hospitaliers MCO et psychiatriques. Pour ces derniers, trois niveaux de prise en charge hospitalière sont identifiés:

Niveau I = consultations + Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA)

Niveau II = Niveau I + Unité d'Hospitalisation pour sevrages complexes + SSR

Niveau III : Niveau II + Activité de recherche en addictologie.

Des facteurs de vulnérabilité sont identifiés :

- une offre peu lisible,
- une coopération peu développée avec l'offre de soins libérale.

Des enjeux sont d'ores et déjà identifiés :

- la promotion des interventions préventives au sein des communautés et adaptées à chaque classe d'âge,
- le maillage du premier recours pour accroître l'accessibilité à l'offre,
- l'offre hospitalière davantage lisible.

Diagnostic :

Le maillage territorial régional 2016

- La Prévention et l'Accompagnement assurés par les trois Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) et le Centre d'Aide d'Accompagnement et de Réduction des Risques pour les Usagers de Drogues (CAARRUD).
- Les soins ambulatoires : le maillage territorial de la Corse repose sur l'intervention :
 - de trois CSAPA
 - CSAPA ANPPAA : régional
 - CSAPA LORETTO : Corse du Sud
 - CSAPA ADPS : Haute Corse ;
 - du CAARRUD régional ;
 - des trois centres hospitaliers : Ajaccio, Castelluccio et Bastia.
 - de la Collectivité de Corse : Consultations Tabac et Consultations en addictologie pour les femmes enceintes.

Les CSAPA et le CAARRUD interviennent également au sein des trois centres pénitentiaires de Corse.

➤ La Filière hospitalière

- centre hospitalier de Castelluccio à Ajaccio : prise en charge de niveau II : patients avec fortes comorbidités psychiatriques

Cette filière de niveau II est complétée par la prise en charge en moyen séjour au SSR Finosello à Ajaccio.

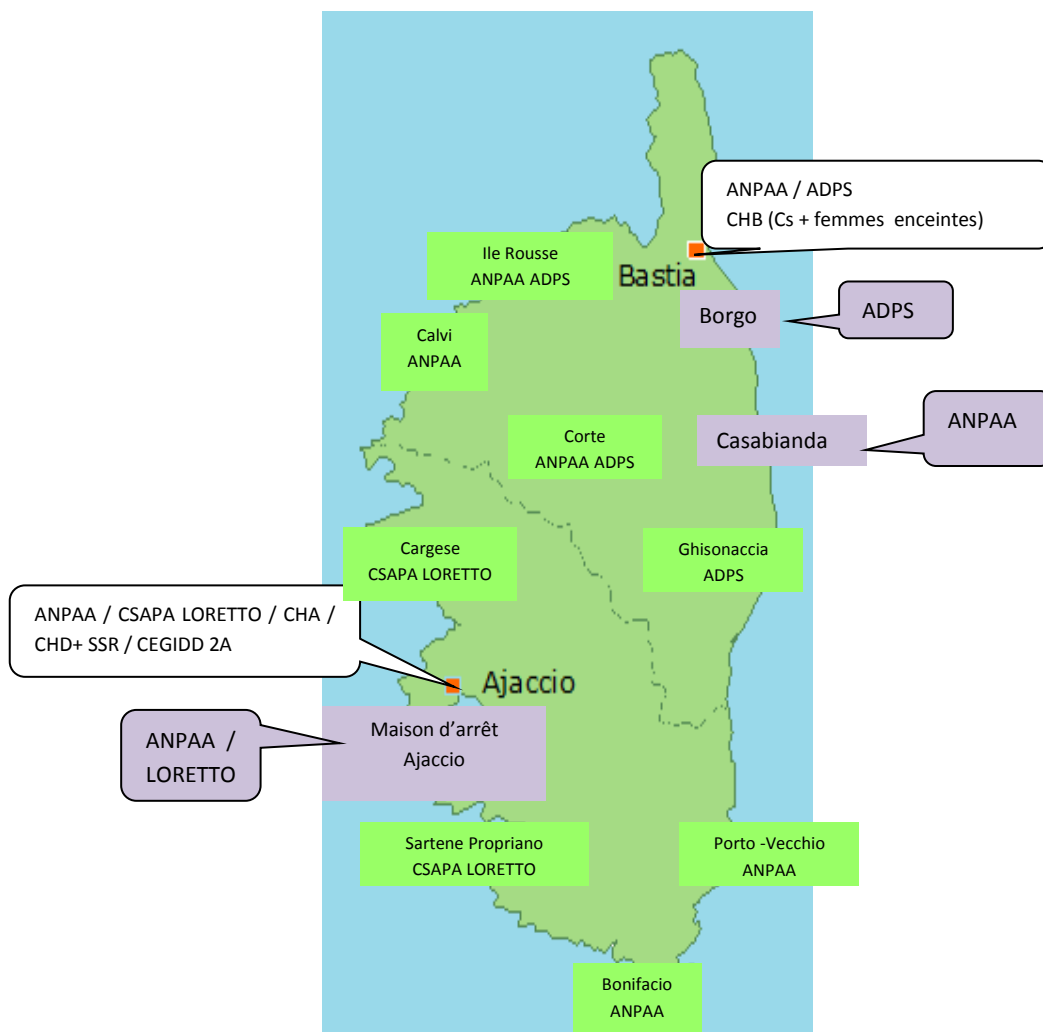
- Centre hospitalier d'Ajaccio : Consultations d'addictologie pour :
 - des patients externes,
 - des patients hospitalisés à la demande des services de gastro entérologie, de médecine interne et neuro vasculaire,
 - des personnels de l'établissement.

- Clinique San Ornello :
 - o 85 patients pris en charge en 2017,
 - o Propositions d'ateliers thérapeutiques (2 ateliers hebdomadaires), d'entretiens individuels avec une psychologue, et d'entretiens infirmiers.

- La Villa San Ornello :
 - o 59 patients pris en charge 2017,
 - o Propositions de prise en charge reposant sur les techniques cognitivo-comportementales, d'ateliers chronologiques et d'entretiens individuels motivationnels.

- Clinique du Cap :
 - o 58 patients pris en charge en 2017,
 - o Propositions d'ateliers thérapeutiques hebdomadaires, d'entretiens infirmiers et coordination des soins en lien avec le centre de jour la Villa San Ornello.

- CRF Finosello :
 - o Consultations et sevrages résidentiels complexes : patients adressés par les médecins libéraux. En fonction des comorbidités associées il leur est proposé un sevrage ambulatoire ou un sevrage résidentiel au CRF.



Objectif opérationnel N°1 : poursuivre, consolider et compléter le déploiement d'une offre diversifiée, graduée et cohérente.

- Centre hospitalier de Castelluccio :
 - Maintenir le niveau II : patients avec fortes comorbidités psychiatriques
 - Développer :
 - ✓ l'activité de l'ELSA,
 - ✓ les ateliers thérapeutiques,
 - ✓ des partenariats avec les professionnels de santé libéraux pour l'accompagnement à l'occasion du retour à domicile, le repérage précoce.
 - Améliorer :
 - ✓ la coordination des intervenants spécialisés de l'ANPAA et du centre LORETTO pour assurer le suivi à domicile de patients en situation de vulnérabilité,
 - ✓ la réponse aux besoins des patients habitant dans les zones rurales,
 - ✓ personnaliser la prise en charge des patients.
 - Optimiser la réinsertion sociale
 - Réaliser un travail exploratoire sur les modalités de prise en charge des patients non hospitalisés et en état de crise
 - Etudier la faisabilité de suivi à domicile des sevrages ambulatoires

➤ Centre hospitalier d'Ajaccio :

Identifier une unité de sevrages résidentiels complexes ce qui permettrait de prendre en charge des patients qui présentent des comorbidités somatiques et ne désirent pas être hospitalisés en milieu psychiatrique au centre hospitalier de Castelluccio.

- Utiliser l'expertise du CRF Finosello spécialisé en addictologie :
 - Etudier la possibilité de réalisation des sevrages complexes dans le cadre d'une procédure d'expérimentation, quand il existe des comorbidités somatiques.
 - Prévention de la « rechute » par des techniques cognitivo- comportementales et de rééducation psychothérapique, balnéothérapique, physique et médicamenteuse.
- Clinique San Ornello et Clinique du Cap
 - Favoriser la structuration de la filière addictologique par l'adaptation de l'offre de soins et notamment par d'éventuelles transformations d'établissement dans le cadre d'une réflexion concertée avec les établissements concernés.
- Développer l'offre en addictologie en Haute Corse :
 - Création d'un niveau II en Haute Corse : Consultation spécialisée + ELSA + unité de sevrage résidentiel pour les patients avec comorbidités somatiques et pour les patients avec comorbidités psychiatriques
 - Développer :
 - ✓ l'activité de l'ELSA,
 - ✓ les ateliers thérapeutiques,
 - ✓ des partenariats avec les professionnels de santé libéraux pour l'accompagnement à l'occasion du retour à domicile, le repérage précoce.
 - Améliorer :
 - ✓ la coordination des intervenants spécialisés du CSAPA et ANPAA et pour assurer le suivi à domicile de patients en situation de vulnérabilité,
 - ✓ la réponse aux besoins des patients habitant dans les zones rurales.
 - Personnaliser la prise en charge des patients.
 - Optimiser la réinsertion sociale

- Réaliser un travail exploratoire sur les modalités de prise en charge des patients non hospitalisés et en état de crise
- Etudier la faisabilité de suivi à domicile des sevrages ambulatoires

Objectif opérationnel N°2 : renforcer les consultations de proximité auprès des publics en situation de précarité, en périnatalité et dans le dispositif des consultations jeunes consommateurs

Objectif opérationnel N°3 : améliorer la coordination des intervenants en addictologie

Etudier la faisabilité d'une plateforme régionale d'appui aux professionnels de santé et aux acteurs du domaine des addictions comportementales ou non.

Objectif opérationnel N°4 : favoriser le développement de l'offre de formation

Objectif opérationnel N°5 : développer une offre de prévention cohérente sur l'ensemble du territoire

Prévenir les conséquences des pratiques addictives en milieu du travail : Développer les compétences des professionnels et des usagers.

- Au repérage précoce et en intervention brève
- Au repérage précoce des comportements addictifs ne relevant pas de consommation à risque

Identifier les points de contacts et les dispositifs d'actions sociales pouvant servir de support aux actions de prévention.

Faciliter l'accès à l'information auprès des parents et des professionnels socio-sanitaires.

Faciliter l'accès aux bases de données.

Indicateurs de suivi :

- ✓ création de l'offre niveau 2 en Haute Corse,
- ✓ file active des consultations de proximité

Chapitre 4 – Le parcours Cancer

Le parcours de santé peut se définir pour les acteurs de santé comme l'ensemble des étapes et le cheminement parcouru par un sujet dans un système sanitaire et social organisé, dans un temps et un espace donné. Il concerne l'ensemble des déterminants de santé, articulant la prévention, les soins, le médico-social et le social.

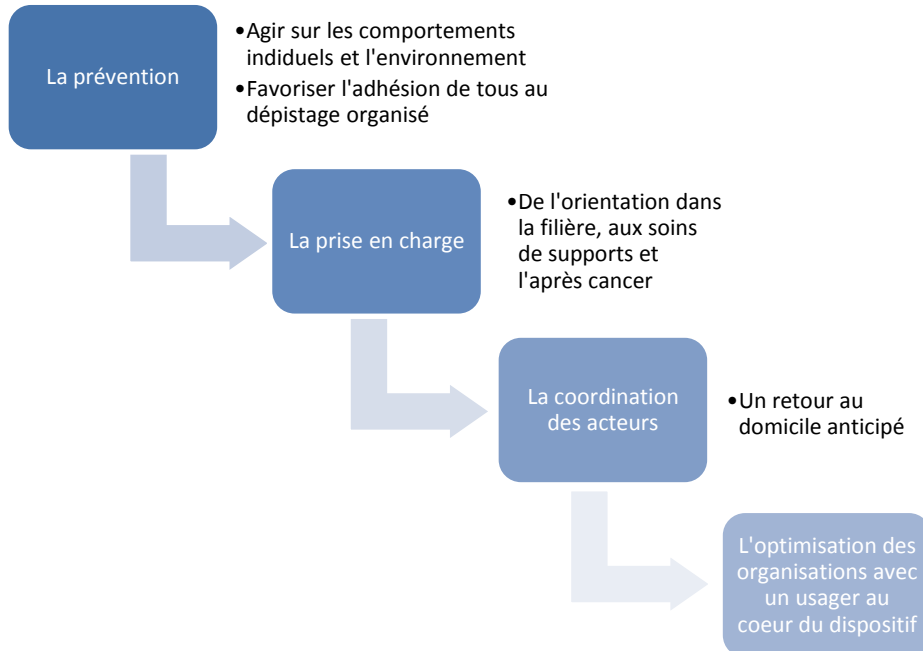
Pour l'utilisateur, le parcours de santé doit assurer l'information sur la maladie et sur les options thérapeutiques, l'établissement d'un plan de soins et l'aide à son suivi, le droit à un second avis, le soutien et l'accompagnement du patient comme de son entourage.

C'est selon ces deux approches et dans le contexte du 3^{ème} plan cancer pour la période de 2014 à 2019 que s'inscrit le parcours en cancérologie d'un usager de Corse.

Ce parcours doit avoir l'ambition de :

- **Investir** dans la prévention et la recherche pour réduire le nombre de nouveaux cas de cancer ; préparer les progrès à venir dans une démarche de proximité en offrant une prise en charge de qualité sur l'île ;
- **Guérir** plus de personnes malades en favorisant des diagnostics précoces et en garantissant l'accès de tous à une médecine de qualité et aux innovations ;
- **Préserver** la continuité et la qualité de vie en proposant une prise en charge globale de la personne pendant et après la maladie, tenant compte de l'ensemble de ses besoins ;
- Avoir la volonté d'**optimiser** le pilotage et les organisations de la lutte contre les cancers pour une meilleure efficacité en y associant pleinement les personnes malades et les usagers du système de santé.

Les étapes de ce parcours sont reprises dans le processus suivant, des données clés permettront de mieux comprendre les enjeux dans certaines étapes.



Objectif stratégique n° 1 du COS : appuyer les politiques de santé sur les socles de la prévention et de la promotion de la santé.

Objectif stratégique n° 2 du COS : faire de l'utilisateur un acteur éclairé et actif du système de santé

Objectif stratégique n°3 du COS : accompagner l'accès à la santé des plus fragiles dans une logique de parcours continu.

Objectif stratégique n° 6 du COS : soutenir l'intégration des pratiques innovantes en santé pour améliorer la qualité, la sécurité et l'accessibilité à la santé

➤ La prévention

Le cancer est la première cause de mortalité en Corse (2011-2013 source ORS), 10% des cancers sont héréditaires et 40 % des cancers (source INCa) résultent de l'exposition à des facteurs de risques éventuels (alcool, tabac, alimentation, risques infectieux, UV ...). En Corse on assiste à une sur-incidence des cancers pulmonaires chez la femme (source INVS).

Agir sur les facteurs de risques individuels permettrait de lutter contre la mortalité prématurée par cancer de l'appareil respiratoire ou par maladie liée à l'alcoolisme. De même promouvoir une meilleure prise en charge par les systèmes de soins permettrait de lutter contre la mortalité prématurée par cancer du sein ou de l'utérus chez la femme en Corse (source ORS).

Depuis 2004, de 41 à 66 cancers du sein par an ont été diagnostiqués par le dépistage organisé, 10 % grâce à la seconde lecture (source ARCODECA).

Il s'agit de donner à chacun les moyens de réduire son risque de cancer en devenant un acteur investi de sa santé.

Objectif opérationnel N°1 : lutter contre les facteurs de risques individuels.

La lutte contre les facteurs de risque s'entend au plus tôt et tout au long de la vie. Les facteurs de risque sont liés aux habitudes de vie y compris la sédentarité, les habitudes alimentaires, la consommation de tabac et d'alcool.

Action N°1 : alcool et tabac :

- déployer le programme national de réduction du tabagisme, protéger les jeunes de l'entrée dans le tabac ainsi que les femmes de 15 à 45 ans, y compris dans le milieu professionnel, afin de conjuguer l'aide au sevrage et l'application de la réglementation. L'implication des politiques locales et du milieu associatif fait partie des leviers insulaires spécifiques ;
- aider les fumeurs et les consommateurs d'alcool à arrêter par l'extension de consultations de sevrage (CSAPA, consultations cancer), par l'engagement des spécialistes d'organes à orienter les patients à des moments où leur implication est majeure (chirurgie, cancer).

Action N°2 : nutrition et activité physique :

- poursuivre les initiatives locales notamment dès les premières années en faisant porter l'effort sur les stratégies de réhabilitation qui prennent en compte le rapport au corps et la capacité à mieux réguler les émotions ;
- favoriser la mise en œuvre d'une pratique d'activité physique mixte comportant des exercices mixtes (développement des capacités cardio respiratoires et renforcement musculaire) avec une quantité hebdomadaire : 30 minutes par jour/5 jours par semaine ;
- mettre en place une information précoce sur la pratique de l'activité physique diffusée dès le début du parcours (consultation d'annonce) afin de sensibiliser les patients sur la possibilité d'initier une pratique sécurisée et sur les bénéfices attendus.

Action N°3 : vaccination :

- relayer les messages scientifiques auprès de la population (semaine de vaccination), harmoniser les pratiques sur les départements en profitant de la mise en place du DOCCU pour travailler avec les professionnels de santé et favoriser les dépistages des virus des hépatites B et C en lien avec les CeGIDD.

Objectif opérationnel N°2 : agir sur notre environnement domestique et professionnel.

Agir c'est collecter des informations pour mettre en œuvre un plan d'actions en collaboration avec d'autres partenaires.

En Corse, trois risques sont identifiés : le radon, l'amiante et les pesticides. Les actions à mettre en œuvre sont en lien avec le PRSE 3. Sur le volet professionnel, la mise en place d'un Groupe Action en Santé (GAST) en 2017 constitue le pilier du dispositif d'alerte en santé/travail.

Radon

La surveillance du radon dans les établissements recevant du public est une mission régalienne de l'agence. Deux nouvelles actions sont prévues :

Action N°1 : des campagnes de mesures dans les habitats (kits DGS) et une sensibilisation du public et des élus pour agir simplement ;

Action N°2 : par une campagne de sensibilisation autour du risque plus important de cancer du poumon avec l'effet « cocktail » radon et tabac sachant que le nombre de décès attribuable à l'exposition domestique au radon serait 3 fois plus élevé chez les fumeurs.

Amiante

Les zones à risque (amiante environnemental) sont bien identifiées en Corse. Le service Santé Environnement de l'ARS a longtemps été impliqué sur ce sujet pour forger des connaissances sur le risque et envisager les moyens de le prévenir. Ces aspects sont techniquement intégrés dans les chantiers et documents d'aménagement.

En l'absence de prescription dans le code de la santé publique, la protection des riverains est principalement assurée par l'application du code du travail par les entreprises chargées de chantiers en zone amiantifère.

Les nouvelles actions à mettre en œuvre seront en lien avec un nouveau plan interministériel amiante actuellement en cours d'élaboration.

Prévention du risque air extérieur / pesticides

Un travail sur les pesticides (Qualitair Corse/ARS) a été engagé, en lien avec la région Paca (AirPaca et l'observatoire des résidus des pesticides), afin de collecter les données sur la présence de pesticides dans une micro-région agricole de la plaine orientale.

Il s'agit d'une première démarche visant à long terme au déploiement d'un observatoire régional des pesticides pour collecter suffisamment de données permettant ensuite d'évaluer les impacts sur la santé, en exposition professionnelle et domestique. Cette action est en lien les plans Ecophyto, PRSQA, PRST 3, PRSE 3.

Le dispositif d'alerte en santé travail

Instauré en 2017 en Corse, le GAST est chargé d'organiser la réponse aux signalements d'événements sanitaires inhabituels en milieu professionnel.

Il est composé entre autres, des représentants de l'inspection médicale du travail (DIRECCTE), la consultation de pathologie professionnelle (CPP), le département santé travail, Santé publique France (SpF) et sa cellule d'intervention en région (Cire sud Paca-Corse).

Le GAST s'articule avec les plateformes régionales de veille et d'alertes sanitaires (ARS). Les signalements concernent toutes les pathologies dont les cancers.

Objectif opérationnel N°3 : favoriser l'adhésion des usagers, professionnels de santé, associations et élus au dépistage organisé (DO), afin d'atteindre à la fin du PRS 2 un taux de participation de 51 % pour le sein, 45% pour le colo-rectal et 50 % pour le col utérin.

La situation du dépistage.

Deux dépistages organisés sont portés par la structure régionale qui anime l'ensemble du territoire, le dépistage organisé du sein et colo-rectal. La population cible 50 à 74 ans est de 102 504 personnes (52 754 femmes et 49 750 hommes), le taux de participation en 2016 est de 37% pour le DO-sein (variations 48.3% Canton Calvi à 18.4 % Sevi Sorru Cinarca) et de 15 % pour le DO-colo rectal (variations 23.4 % Bavella à 11.3 % Sartonais-Valinco).

En 2016, le dépistage du risque aggravé du cancer du sein/ovaire ou du colo-rectal /endomètre, en Corse, a fait l'objet de 359 consultations sur 5 points (Bastia, Ajaccio, Corte, Calvi, Bonifacio).

La répartition des files actives de ces consultations est la suivante :

- nouvelle famille 35%
- apparentés 19%
- résultats et suivi 46%

Un troisième dépistage organisé sera déployé pendant le temps du PRS 2. Il concerne le dépistage organisé du cancer du col utérin (DOCCU). Il doit permettre à chaque femme de 25 à 65 ans l'accès à un dépistage régulier du cancer du col utérin via un programme national avec deux objectifs :

- un taux de couverture de 50 à 80 % ;
- un dépistage plus facilement accessible aux populations vulnérables ou éloignées du système de santé.

Les actions pour atteindre l'objectif N°3 et accompagner la transformation d'un dépistage individuel vers un dépistage organisé sont :

Action N°1 : adapter le dépistage au risque de chacun en communiquant vers les différentes populations : population hors champ, population dans le dépistage organisé, population à risque intermédiaire et aggravé.

La communication auprès de l'ensemble des acteurs en santé et des usagers est nécessaire afin d'unifier et d'amplifier les messages et de placer le médecin traitant au centre du dispositif notamment par la mise en place de prévention pour les femmes âgées de 25 ans à 50 ans.

Il convient de sensibiliser les usagers sur leurs facteurs de risques comportementaux et sur les avantages et limites du dépistage pour aider chacun dans sa prise de décision.

Action N°2 : impliquer l'ensemble des acteurs :

- en poursuivant les expérimentations en cours (IDE) ou à venir avec les pharmaciens voire les laboratoires de biologie médicale ;
- en informant les médecins traitants des campagnes afin de relayer au mieux les messages nationaux et en facilitant l'accès aux kits de dépistage notamment pour les professionnels de santé les plus impliqués ;
- en s'appuyant sur le tissu associatif très présent.

Action N°3 : aller vers les populations les plus éloignées en amplifiant les initiatives pour les communes rurales, en faisant évoluer les courriers d'invitation et en adaptant les messages et actions aux populations qui, par leur culture ou leur situation sociale, n'adhèrent pas aux dépistages.

Action N°4 : affiner les analyses infra territoriales pour concentrer les efforts sur les territoires en recul sur le taux de participation, convaincre les médecins généralistes et spécialistes de l'utilité des dépistages et faire évoluer les dépistages Individuels vers des dépistages organisés.

Action N°5 : déployer le dépistage organisé du cancer du col utérin en :

- intégrant le message aux politiques de prévention ;
- initiant et consolidant le réseau des professionnels de santé y compris anatomo pathologistes ;
- mettant en place le système informationnel ;
- diffusant les recommandations s'appuyant sur le réseau inter régional en cancérologie PACA Corse et en lien avec l'ensemble des URPS.

Action N°6 : promouvoir le dépistage des cancers cutanés par des appels à projets dans une région à forte exposition aux UV.

Indicateurs de suivi :

- ✓ taux de participation par canton aux trois dépistages organisés.
- ✓ suivi des actes de mammographies (DO, dépistage individuel et diagnostiques) dès mise à disposition de l'acte à la CCAM.
- ✓ taux standardisé de recours à la coloscopie.

➤ **La prise en charge : de l'orientation dans la filière, aux soins aigus, soins de supports et l'après cancer.**

Au cours des différents plans Cancer, la prise en charge pour les patients de Corse s'est organisée :

- au sein des établissements publics ou privés autorisés à l'activité de soins traitement des cancers pour la pratique chirurgicale, la chimiothérapie et la radiothérapie. Sept établissements de santé en Corse sont concernés ;
- au sein des établissements de santé de la région PACA (CHR et CLCC) et, dans une moindre mesure, de la région Ile de France avec des liens formalisés avec certaines structures type CLCC (exemple du GCS RTIP2C en Corse du Sud IPC – centre hospitalier de Castelluccio ou des conventions entre l'IPC et le centre hospitalier de Bastia) ;
- en lien avec les deux Centres de Coordination en Cancérologie et les deux réseaux intervenant sur la Corse et la région PACA : le réseau Onco Paca-Corse et le réseau ReHOP (réseau hématologie et oncologie pédiatrique) ainsi que les unités de coordination en gériatrie de la région PACA (Est et Ouest) ;
- au sein des structures non présentes en Corse compte tenu de leurs hyper spécialités telles que les plateformes de biologie moléculaire, les plateaux de radiothérapies (curiethérapie, gamma knife , proton thérapie).

Dans cette organisation, la-Corse doit relever plusieurs défis ;

- sa file active de patients rendant difficile l'atteinte des seuils notamment en radiothérapie, file active réduite par les fuites vers la région PACA qu'elles soient liées à la pathologie du patient ou à son libre choix ;
- la fragilité des ressources humaines reposant parfois sur un ou deux professionnels de santé ;
- une lisibilité imparfaite de la filière et la difficulté des patients lors du retour après une prise en charge en PACA dans des structures absentes en Corse (CHR et CLCC).

Ces éléments concourent à fragiliser la filière par la non atteinte des seuils, limitant ainsi l'attractivité des structures pour les professionnels de santé et impactant les possibilités d'investir dans la modernisation des plateaux techniques compte tenu de la fragilité financière des structures sur cette activité aggravant ainsi les fuites. L'ambition du Plan cancer 3 « guérir plus de patients » fait écho au délai de prise en charge et met en exergue la nécessité de rendre plus efficiente notre filière en Corse.

Malgré ces difficultés, la Corse doit intégrer les évolutions des prises en charge qui vont modifier nos organisations afin de relever les défis de l'intégration et du décloisonnement : intégration de la recherche aux soins et intégration des prises en charge au plus près des lieux de vie.

Ces évolutions sont plurielles : le développement de l'ambulatoire et de la Réhabilitation Améliorée Après la Chirurgie (RAAC) réduisant la durée du séjour hospitalier, la réduction du nombre de séances de radiothérapie (radiothérapie fractionnée), le renforcement des chimiothérapies à domicile, le développement de la biologie moléculaire au stade du diagnostic et du traitement grâce aux thérapies ciblées ainsi que le développement de la radiologie diagnostic et de la médecine nucléaire (PETSCAN), de la radiologie interventionnelle et de la radiothérapie par des équipements de haute technicité (protonthérapie).

L'intégration de la recherche aux soins est un nouvel enjeu pour la Corse compte tenu de l'absence de structure dédiée et de l'importance de l'innovation dans la prise en charge en cancérologie.

Enfin la prise en charge du patient en cancérologie doit être globale et personnalisée, elle doit faciliter l'adhésion à son traitement. Ainsi les soins de support devront se développer au plus près de la prise en charge des patients compte tenu de l'externalisation des traitements hospitaliers et de la gradation de ces prises en charge. Les filières intégrées onco-gériatrie et onco-pédiatrie se déploieront au regard des besoins de la Corse, région avec le plus fort taux de vieillissement pour l'onco-gériatrie, à l'inverse pour l'onco-pédiatrie une file active peu importante mais une prise en charge en aval des structures référentes PACA à conforter.

L'objectif est de garantir à chaque patient un diagnostic précoce et une prise en charge dans une filière de qualité, personnalisée, conforme aux évolutions technologiques et thérapeutiques qui assure l'accès à l'innovation et aux soins de support et qui s'appuie sur l'expertise de l'inter région pour la réalisation des soins de recours.

Objectif opérationnel N°4 : fédérer les opérateurs insulaires pour assurer une filière régionale lisible, fiable, pérenne, adossée à l'inter régional, garantissant la prise en charge par une équipe pluri professionnelle tout au long de la maladie et quel que soit le lieu de prise en charge.

Action N°1 : la création de l'Institut Régional Corse de Cancérologie (IR2C) dont la mission sera de répondre à trois objectifs :



Cet institut doit :

- pour le patient et les professionnels de santé de 1^{er} recours : organiser le parcours sous une bannière unique, un numéro de téléphone dédié, avec un système d'information partagé et des pratiques harmonisées pour des prises en charge respectant la globalité de la personne dans des délais optimaux ;
- pour les opérateurs autorisés à la pratique de la cancérologie en Corse : garantir une structure fonctionnelle respectant la spécificité et la pérennité de chacun. L'institut permettra la co-utilisation des plateaux techniques, la mutualisation de certaines activités (RCP - EPP – RMM - plan de formation- accès à la simulation haute-fidélité par équipes) et facilitera la mise à disposition des ressources transversales (IDEC, ARC, IDE de pratiques avancées). Il permettra d'assurer la modernisation des plateaux techniques y compris pour les équipements de radiothérapie et favorisera la diffusion de l'information et les formations insulaires en partenariat avec les acteurs de la coordination (3C, réseaux de cancérologie et UCOG pour les soins) et avec la structure de gestion pour la prévention des cancers ;
- pour les opérateurs non autorisés mais participant à la prise en charge (ESNA, HAD, SSR, PTI, registre des cancers) : être une structure d'appui garante de la continuité des soins facilitant les prises en charge hors des murs hospitaliers ;
- pour les opérateurs du bord à bord : être un partenaire partageant ses protocoles de prises en charge institutionnels, évaluant ses pratiques et s'investissant dans les programmes de recherche avec l'appui des structures dédiées type GIRCI et cancéropole.

La structuration de l'IR2C.

Sa gouvernance doit assurer une représentation équilibrée avec une coordination médicale permettant d'œuvrer dans le cadre d'un projet stratégique et médical partagé.

Le fonctionnement doit respecter les autorisations des établissements de santé et le statut des personnels. Les mises à disposition seront favorisées en privilégiant l'utilisation des nouvelles technologies de santé afin d'éviter les déplacements des personnels paramédicaux pour les ressources transversales. Concernant les professionnels de santé médicaux, il doit permettre un exercice attractif dans le cadre d'un projet professionnel mobilisateur.

L'assise juridique permettant de mettre en œuvre les fondamentaux de cet IR2C devra être élaborée au cours du PRS 2 afin de s'assurer de l'adéquation du montage juridique au dispositif et à son fonctionnement pour une atteinte de ses objectifs.

La communication en Corse et hors Corse par l'IR2C assurera une lisibilité de tous sur le parcours cancérologie en région.

Objectif opérationnel N°5 : donner aux structures autorisées les moyens de coordonner le parcours de soin des malades de moins en moins hospitalisés.

Le virage ambulatoire et la réhabilitation améliorée après la chirurgie :

- **Action N°1** : accompagner les établissements de santé dans la mise en œuvre de leur potentiel de substitution ambulatoire en partenariat avec l'assurance maladie et soutenir par des Appels à Projets (AAP) les établissements de santé très investis dans des prises en charge plus courtes et plus denses nécessitant une forte coordination avec les acteurs de premier recours ;
- **Action N°2** : favoriser la mise en œuvre de la réhabilitation améliorée en aidant les établissements novateurs dans ce domaine au sein de leur établissement et en lien avec le premier recours par des appels à projets en Corse et par la diffusion de la culture de programme recherche sur le volet organisationnel et performance du système de soins (Programme de Recherche Médico Economique / PRME, Programme de recherche sur la performance du système de soins / PREPS).

Pour rappel : la réhabilitation améliorée (ou fast-track surgery ou Enhanced Recovery) est un ensemble de mesures prises avant, pendant et après l'acte chirurgical, destinées à réduire l'agression chirurgicale.

Elle repose sur trois principes capitaux :

- le fondement scientifique de toutes les mesures appliquées ;
- le développement de l'esprit d'équipe parmi les soignants (chacun dans son domaine) ;
- la participation du patient qui devient un acteur privilégié de ses soins.

Elle a un double objectif :

- durée : convalescence courte ;
- qualité : moins de complications, meilleur confort et qualité de vie à domicile.

Les principes :

- le patient devient acteur de ses soins (se lève le jour même de l'intervention) ;
- la sortie est préparée avant l'entrée ;
- un travail en trinôme pluri professionnel : IDE ou masseur kinésithérapeute, anesthésiste, chirurgien.

La chimiothérapie orale

La chimiothérapie orale a connu un essor ces dernières années. Les molécules concernées sont souvent des traitements innovants ayant démontré initialement un gain d'efficacité chez des patients en échec thérapeutique mais dont le bénéfice est souvent prouvé dès le diagnostic en première ligne de traitement. La prescription de ces nouvelles molécules nécessite de nouvelles organisations mobilisant des temps soignants importants lors de la primo prescription et des professionnels de santé libéraux. Ces différents temps sont repris dans le processus ci-dessous issu des travaux de l'INCa :



Les différentes étapes font appel à de nombreux intervenants :

- oncologues et spécialistes d'organes
- pharmaciens PUI et d'officine
- médecins traitants
- IDE libérales et IDE de coordination

Trois temps forts se dégagent :

- La primo prescription mise en œuvre par une équipe pluri professionnelle doit permettre de rendre moins chronophage l'intervention de chacun. Elle permet de donner les informations aux patients sur la nécessité de l'observance, les effets secondaires et les modalités de suivi en ville et à l'hôpital. Cette primo prescription fait l'objet d'un financement spécifique à travers une MIG primo prescription chimiothérapie orale (MIG PPCO).
- Le contenu de la surveillance au domicile : il doit s'assurer de la compliance, la tolérance, la gestion des effets secondaires et la gestion des ré-hospitalisations si besoin.
- La consultation de suivi oncologique doit évaluer la réponse au traitement et sa tolérance.

Le développement de la chimiothérapie orale nécessite le transfert de savoir de l'hôpital vers la ville. La confrontation de l'articulation des connaissances hyperspécialisées de l'hôpital et celles polyvalentes du premier recours est compliquée. La définition du niveau de connaissance à transmettre peut être alors difficile.

Ainsi plusieurs actions doivent concourir à faciliter la mise en œuvre des traitements de chimiothérapie orale :

- **Action N°3** : la formation des acteurs (pharmaciens, IDE, médecins) relayée par le réseau insulaire en lien avec les URPS en privilégiant les formations par e-Learning ;
- **Action N°4** : l'information, par une mise à disposition sur le site internet du réseau inter régional Onco Paca Corse des fiches médicaments pouvant être visualisées grâce aux smartphones apportant ainsi la connaissance sur le lieu d'exercice ;
- **Actions N°5** : assurer la circulation de la formation et accompagner l'utilisation de la e-santé, notamment dans le cadre de programme de recherche lorsqu'ils impactent les organisations afin de sécuriser les prises en charge.

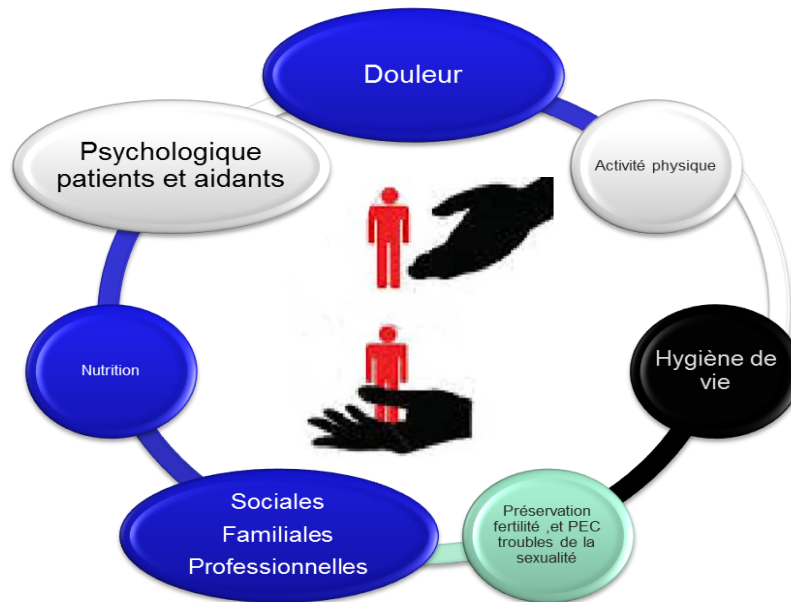
Les hébergements de proximité (hôtels non médicalisés) :

Une expérimentation concernant des hébergements non médicalisés est en cours. Ces structures qui répondent à un cahier des charges national permettent aux patients éloignés des centres spécialisés de pouvoir bénéficier des prises en charge ambulatoire. Selon l'évaluation médico économique de l'expérimentation en cours, une généralisation de ces dispositifs pourrait voir le jour.

Les soins oncologiques de supports (SOS) :

Ils se définissent comme l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie y compris dans l'après cancer et quel que soit le lieu de prise en charge du patient.

L'évolution du panier de soins est issue d'une expertise de l'INCa d'octobre 2016 présentée sous forme de diagramme :



Les soins de support doivent intégrer les techniques d'analgésie : hypoanalgésie et analgésie intrathécale par pompe implantable pour les cancers pelviens à extension loco régionale.

L'instruction du 23 février 2017 a donné un cadre aux actions à mettre en œuvre en région.

Action N°6 : assurer la lisibilité de l'offre par un Répertoire Régional des Soins Oncologiques de Support (mise en ligne fin 2017) dont la veille sera assurée par le réseau inter régional Onco Paca Corse. Il intégrera l'ensemble des prestations en adéquation avec l'évolution du panier de SOS réalisées en Corse par les établissements de santé et par les associations ayant pour objet la cancérologie.

Action N°7 : adapter le maillage territorial pour assurer une continuité dans la prise en charge :

- via les projets médicaux partagés des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) au plus près des lieux de vie notamment pour la douleur et la prise en charge psychologique ;
- via les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) et les exercices coordonnés type Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP) portées par les acteurs de 1^{er} recours ;

Action N°8 : organiser la gradation de l'offre de soins

- du 1^{er} recours via les CPTS ou au sein des établissements de santé autorisés jusqu'aux centres d'expertise : structures labélisées pour la prise en charge de la douleur chronique (SDC), la prise en charge psychologique et ou psychiatrique, les Equipes Mobiles de Soins Palliatifs (EMSP) ;
- par l'expertise dans la gestion des cas complexes des Plateformes Territoriales d'Appui en articulation avec la composante cancérologie.

Action N°9: porter une attention particulière aux adolescents et jeunes adultes.

L'évolution de la prise en charge peut être schématisée ainsi :



Objectif opérationnel N°6 : développer les filières intégrées en s'appuyant sur les états des lieux réalisés à la fin du PRS1.

L'onco gériatrie :

La Corse présente le plus fort taux de vieillissement France entière. En 2012, 32,4% des nouveaux cas ont plus de 75 ans avec plus de 10 % chez les plus de 85 ans, pour les hémopathies : un cas incident sur 2 a plus de 60 ans. On estime qu'en 2050 un cancer sur deux surviendra chez les plus de 75 ans.

La prise en charge de ces populations doit permettre des décisions conjointes entre les gériatres et les oncologues afin d'éviter le risque de sous ou de sur traitement des patients présentant des fragilités apparentes ou potentielles. Nos organisations s'articulent dans chaque département autour des structures autorisées dans lesquelles exercent les oncologues médicaux (structures autorisées aux traitements des cancers par chimiothérapie) et des deux centres hospitaliers pour les gériatres (court séjour, équipes mobiles de gériatrie, consultations externes). Les liens avec les unités de coordinations d'onco-gériatrie de la région PACA (UCOG) doivent être structurés pour permettre aux équipes locales de bénéficier d'expertise en participant aux Réunions de Concertation Pluri-professionnelles de recours gériatrique afin de discuter des cas complexes et de bénéficier des formations mises en œuvre par les UCOG. Le réseau Onco Paca Corse sera un facilitateur dans ce domaine.

Action N°1: assurer une évaluation de tout patient de 75 ans et plus par l'outil oncodage et sensibiliser les spécialistes d'organes à l'utilisation de l'outil ;

Action N°2 : orienter tout patient ayant un score inférieur ou égal à 14 vers le gériatre (consultation, HDJ, équipe mobile) pour une décision collégiale ;

Action N°3 : présentation des cas complexes en RCP recours UCOG ;

Action N°4 : renforcer l'interface avec les UCOG par la participation des équipes locales aux formations et au comité de pilotage (les nouvelles technologies faciliteront les échanges en limitant les déplacements) ;

Action N°5 : s'impliquer dans la diffusion de la culture onco-gériatrique par l'engagement des établissements concernés en signant la charte d'onco-gériatrie, en informant les médecins traitants et les usagers ;

Actions N°6 : favoriser l'inclusion de ces populations dans les essais cliniques d'onco gériatrie.

L'onco pédiatrie :

Un état des lieux a été réalisé en 2016. Au niveau national, ces travaux vont contribuer à l'élaboration de nouveaux textes sur l'onco-pédiatrie. Au niveau régional, ils ont permis d'établir un plan d'actions au regard de l'existant dans nos organisations.

Pour cette spécialité, la prise en charge des patients insulaires est assurée par les centres de référence de la région PACA. Les deux services de pédiatrie de Corse prennent en charge les complications potentielles des traitements en interface avec ces structures. Cette interface bien structurée pour le centre hospitalier d'Ajaccio doit s'organiser pour le centre hospitalier de Bastia. Le réseau d'hématologie et d'oncologie pédiatrique est un acteur de cette coordination inter régionale en assurant les formations des équipes médicales et paramédicales au sein des services hospitaliers de pédiatrie au plus proche du lieu de vie et en interface avec le premier recours, lors d'un besoin repéré, pour une prise en charge au domicile. Les consultations avancées des équipes PACA complètent ce dispositif. En septembre 2017, une journée organisée par l'Université de Corse sur les cancers pédiatriques a permis aux familles d'enfants ayant présenté un cancer de sensibiliser les élus et les responsables de la santé en Corse aux difficultés rencontrées lors des traitements de cancer. Ces retours d'expériences ont enrichi cet état des lieux.

Action N°7 : favoriser l'interface avec les centres référents via le réseau RHÉOP

- en poursuivant et accentuant les missions du réseau dans l'accompagnement des familles et des professionnels de santé insulaires publics et privés ;
- en s'appuyant sur les consultations avancées via le RHÉOP pour une première étape de la structuration nécessaire à l'aval de la prise en charge des patients, notamment dans la gestion des complications de chimiothérapie pour le centre hospitalier de Bastia ;
- en intégrant dans la réflexion les prises en charge hors région PACA.

Action N°8 : faciliter l'échange entre les équipes en s'appuyant sur le dossier partagé incluant le PPS mis en œuvre par le RHÉOP et intégrer la pédiatrie dans le dossier communiquant déployé en Corse.

Action N°9 : porter une attention particulière notamment sur le soutien psychologique :

- aux patients et familles pour un accompagnement tout au long de la maladie, par la mise en place d'un groupe de travail avec les partenaires institutionnels, afin d'identifier des actions à déployer ;
- aux équipes locales de pédiatrie afin de les aider dans leur pratique auprès des patients et de leur famille.

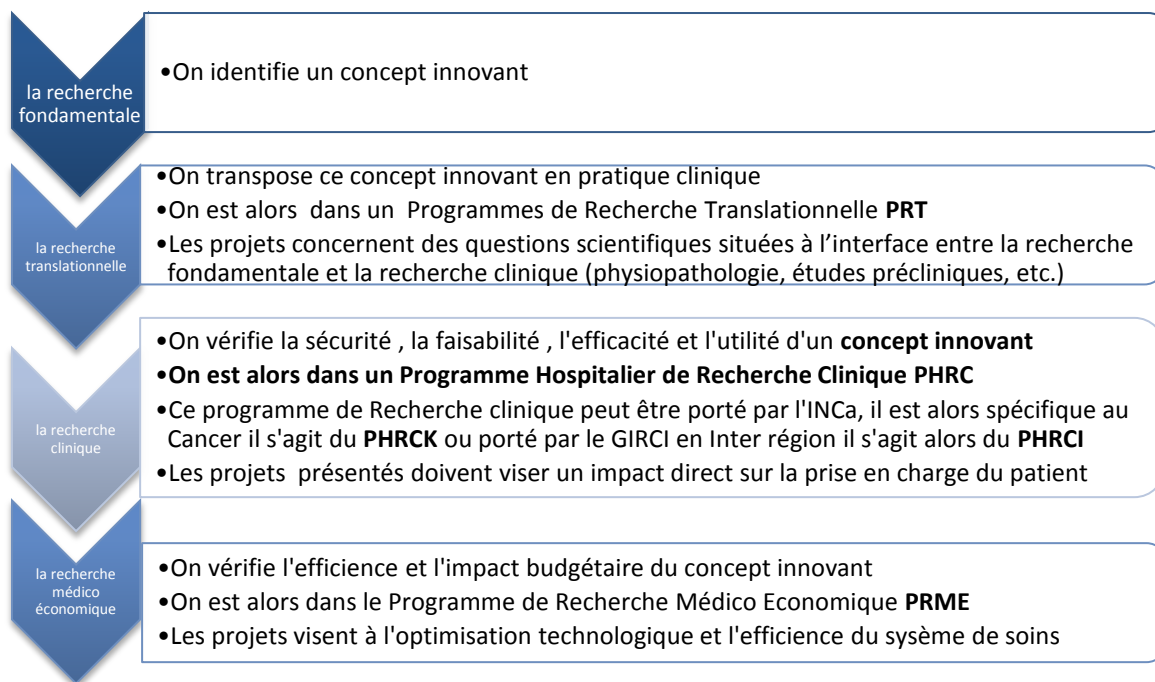
Action N°10 : accompagner les démarches vers les populations adolescents et jeunes adultes.

Objectif opérationnel N°7 : déployer en Corse la recherche et l'innovation.

Le plan cancer 3 fixe dans son objectif 5 : « Accélérer l'émergence de l'innovation au bénéfice des patients », notamment en augmentant le nombre de patients inclus dans les essais thérapeutiques d'ici à 2019 (Action 5.2). En 2015, le financement d'un temps d'Assistant de Recherche Clinique (ARC) a permis de déployer des programmes de recherche. Ainsi en 2016, 8 essais interventionnels ont été disponibles en Corse et ont permis d'inclure 8 patients et 9 observatoires d'inclure 122 patients.

La Corse doit poursuivre le déploiement de cette activité au cours du PRS 2.

Les notions indispensables reprises dans le schéma ci-dessous permettent d'éclairer ce que l'on nomme le continuum de la recherche appliquée en santé et l'objet de chaque programme.



Deux autres programmes complètent le dispositif sur le volet optimisation organisationnelle et efficacité du système de soins :

Le PREPS a pour objectif de sélectionner des projets de recherche relatifs à l'organisation de l'offre de soins afin de valider de nouvelles formes de prise en charge des patients, d'améliorer la qualité des pratiques et d'optimiser les parcours de soins (Health Services Research).

Il s'agit d'un moyen de validation des innovations organisationnelles ou de l'impact organisationnel des innovations technologiques via l'évaluation de l'accessibilité, de la soutenabilité financière, de l'acceptabilité et de l'impact budgétaire.

Le PHRIP (Programme de Recherche Infirmier et paramédicale) outil de développement et de consolidation de la recherche paramédicale en France a pour objectif de financer des projets de recherche comportant une investigation systématique visant à apporter des éléments probants pour l'amélioration des soins réalisés par les auxiliaires médicaux dans le champ clinique et organisationnel, voire médico-économique.

Les porteurs de projet peuvent être des auxiliaires médicaux, mais aussi des équipes pluridisciplinaires.

Au niveau national on compte un certain nombre de structures d'appui à la recherche ; parmi ces structures on retiendra les GIRCI (Groupement Interrégional de Recherche Clinique et Innovation) au nombre de 7 et les DRCI (Direction Recherche Clinique et Innovation) au nombre de 49. Ces structures peuvent exercer les missions suivantes : la coordination territoriale, la conception des protocoles et la gestion de l'analyse des bases de données, l'investigation et l'appui à l'investigation, la coordination, l'organisation et la surveillance de la recherche et les ressources biologiques humaines. Une plateforme collaborative (ATI) permet aux acteurs (professionnels, directions d'établissement, ARS, ministère) de partager un diagnostic sur les ressources allouées et consacrées à chaque mission et sur l'activité réalisée au titre de chaque mission.

C'est dans ce contexte que la Corse devra structurer la recherche en prenant appui sur l'expertise du Groupement Interrégional de Recherche Clinique et Innovation (prochainement GCS Méditerranée) dont les missions sont pour les établissements de l'inter-région :

- le soutien à la participation des Centres Hospitaliers non Universitaires et de la Médecine de ville aux activités de recherche ;
- l'aide à l'accroissement du nombre de postes de professionnels mutualisés et à la mise en place d'essais cliniques multicentriques associant un ou plusieurs établissements de santé ;
- l'appui au suivi des projets mis en œuvre dans l'inter-région ;
- le pilotage des équipes mobiles de recherche clinique en cancérologie et d'appels à projets dédiés à la cancérologie ;
- l'organisation de la formation continue des professionnels de la recherche.

Action N°1 : structurer la recherche en Corse en prenant appui sur le GIRCI méditerranée, en lien avec la Collectivité de Corse et l'Université de Corse pour effectuer les missions à l'origine des financements.

Concernant plus spécifiquement les essais thérapeutiques, ils peuvent être de deux ordres, interventionnels ou observationnels. Les professionnels de santé peuvent être promoteurs ou investigateurs au sein des établissements de santé. De ce fait, il est important que les professionnels aient connaissance des essais ouverts en Corse pour permettre aux patients d'en bénéficier. Le réseau inter-régional Onco Paca Corse a mis à disposition sur son site internet un répertoire de l'ensemble des essais académiques (institutionnels) ou industriels avec pour objectif d'afficher les projets d'essais et les essais ouverts en Corse et de favoriser les collaborations sur la recherche clinique et la communication entre établissements de santé. Le réseau en assure l'actualisation.

Action N°2 : faire bénéficier aux patients de Corse des essais ouverts en privilégiant les inclusions lors des RCP et en évitant les déplacements sur le continent lorsque cela est possible.

Indicateurs de suivi :

- ✓ suivi de chaque activité à seuil annuellement par département de résidence et par organe intégrant les modalités de prise en charge, les fuites, les délais de prise en charge par localisation cancéreuse s'appuyant pour l'analyse sur les résultats des travaux à venir de l'HAS et de l'INCa sur ce thème
- ✓ extraction de l'activité SOS via les programmes personnalisés de soins (PPS) et programmes personnalisés de l'après-cancer (PPAC) (nombre, lieu de PEC, type de PEC)
- ✓ rapport d'activité des réseaux et suivi de l'activité recherche via l'outil PIRAMIG
- ✓ nombre de patients inclus annuellement dans des essais interventionnels et dans des essais observationnels.

➤ **La coordination des acteurs / le continuum dans la prise en charge.**

La diminution de la durée des séjours au sein des structures de soins, l'externalisation de certains traitements décloisonnent les prises en charge et nécessitent une coordination des acteurs afin d'éviter les ruptures de parcours et d'assurer de la robustesse aux nouveaux modes d'organisations.

La communication des informations et les possibilités d'échanges par les nouvelles technologies permettront d'éviter un sentiment de report de tâches par les acteurs de premier recours et d'abandon pour les patients et leur famille.

Le processus en annexe page 223 reprend les différentes étapes de la prise en charge et les outils de coordinations existants.

Les différents plans Cancer prévoient le regroupement de l'ensemble des outils : fiche RCP, programme personnalisé de soins, programme personnalisé après cancer dans le dossier communiquant en cancérologie avec un format prédéfini par l'INCa pour la partie métier et par l'ASIP pour la partie informatique.

L'objectif opérationnel N°8 : faciliter la diffusion de l'information aux acteurs de la prise en charge dans des délais optimaux.

Action N°1 : déployer un outil commun Paca et Corse e-RCP qui permettra aux professionnels de santé de préparer, présenter et valider en ligne les fiches RCP avec un accès pour l'ensemble des professionnels en charge du patient, accélérant ainsi le transfert d'information ;

Action N°2 : assurer l'intégration du PPS et du PPAC dans un web interface répondant aux besoins de chaque spécialité et permettant une circulation de l'information aussi bien pour les professionnels de santé hospitaliers et du premier recours que pour les patients ;

Action N°3 : permettre au médecin traitant de participer aux RCP lorsqu'il le souhaite.

Indicateur de suivi :

- ✓ statistiques issues des outils (nombre de patient pris en charge en région, nombre de RCP par organe, nombre de professionnels de santé participant aux RCP, suivi des filières intégrées, suivi de l'activité SOS, nombre de PPS et de PPAC). Requêtes à conceptualiser et à automatiser.

➤ **L'optimisation des organisations avec un usager au cœur du dispositif.**

Le plan cancer 3 a la volonté d'optimiser le pilotage et les organisations de la lutte contre les cancers pour une meilleure efficacité en y associant pleinement les personnes malades et les usagers du système de santé.

L'organisation en Corse évite les redondances des missions en matière de prévention. La création de l'IR2C contribuera au niveau des soins à potentialiser les forces pour les ressources humaines et à renforcer les équipements. En coordonnant les actions, cet institut sera un gage de sécurité, de qualité et donc d'efficacité. La signature d'une charte par l'ensemble des acteurs symbolisera l'engagement de chacun sur ces valeurs.

Objectif opérationnel N°9 : veiller à la place du malade dans les décisions et à l'implication des usagers dans les instances.

Action N°1 : nomination des représentants des usagers issus des associations ayant pour objet la lutte contre le cancer au sein des commissions des usagers (CDU) et les conseils de surveillance (CS) des établissements **autorisés cancers** et au sein de la CRSA.

Action N°2 : sensibiliser les établissements autorisés à installer des Espace Rencontres et Information. Ces ERI pourront intégrer l'IR2C.

Action N°3 : apporter une formation spécifique aux représentants des usagers, en sensibilisant les associations et les établissements de santé.

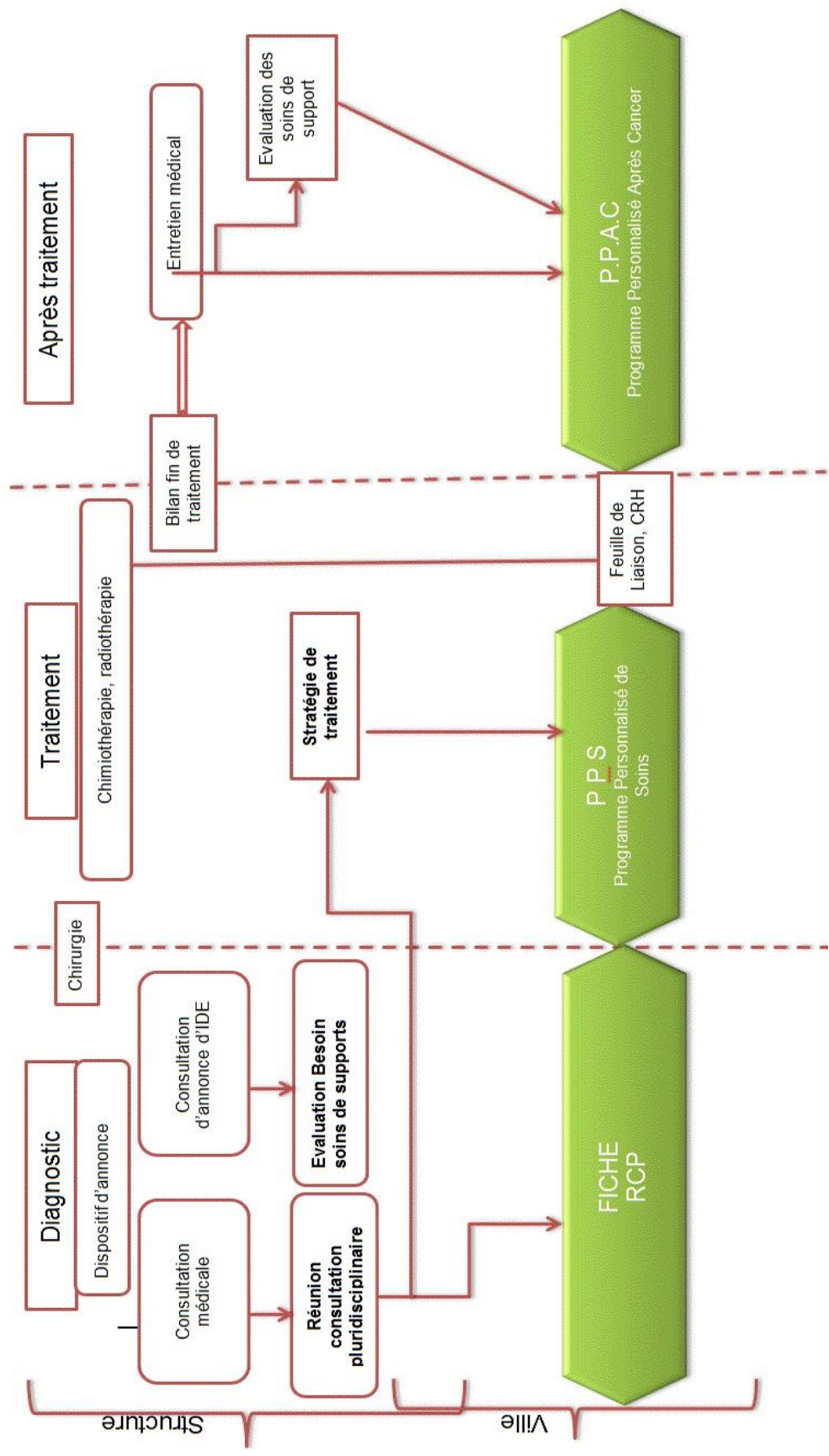
Indicateurs de suivi :

- ✓ composition des CDU et des CS
- ✓ nombre d'implantations des ERI

Objectifs quantifiés (Implantations)

| Activité de soins : traitement du cancer pour les pratiques thérapeutiques | Nombre d'implantations existantes PRS 1 | Suppression | Création | Nombre d'implantations cibles PRS 2 |
|--|---|-------------|----------|---|
| Chirurgie des cancers, subdivisée en spécialités conformément à l'arrêté fixant les seuils d'activité minimale annuelle applicables à l'activité de soins du traitement du cancer : | | | | |
| Chirurgie digestif | 5 | 0 à 1 | 0 | 5 à 4 * |
| Chirurgie urologique | 3 | 0 | 0 | 3 |
| Chirurgie gynécologique | 2 | 0 | 0 | 2 |
| Chirurgie mammaire (tumeurs du sein) | 2 | 0 | 0 | 2 |
| Chirurgie ORL et maxillo-faciale | 2 | 0 | 0 | 2 |
| Chirurgie thoracique | 1 | 0 | 1 | 2 |
| Chimiothérapie | 3 | 0 | 0 | 3 |
| Radiothérapie externe | 2 | 0 | 0 | 2 |

*en fonction de l'évolution des plateaux techniques



Chapitre 5 – Les maladies chroniques et le parcours diabète

Les maladies chroniques

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), « les maladies chroniques sont des affections de longue durée. Responsables de 63% des décès, les maladies chroniques (cardiopathies, accidents vasculaires cérébraux, cancer, affections respiratoires chroniques, diabète...) sont la toute première cause de mortalité dans le monde. Sur les 36 millions de personnes décédées de maladies chroniques en 2008, 29% avaient moins de 60 ans et la moitié étaient des femmes ».

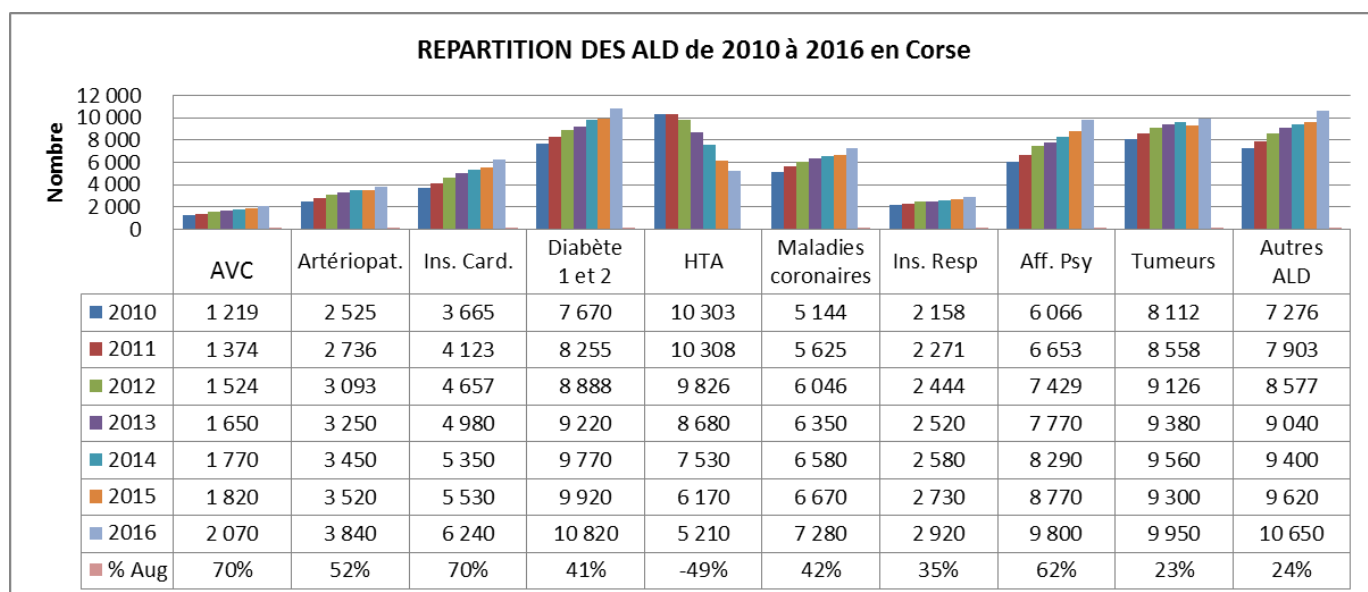
L'impact de ces maladies est d'autant plus lourd qu'elles surviennent tôt dans la vie, elles vont bouleverser l'existence du patient et celle de son entourage mais également son intégration dans la société (travail, droit à l'oubli...).

Le patient va donc devoir s'adapter au rythme de sa maladie et retarder ou éviter autant que possible son évolution.

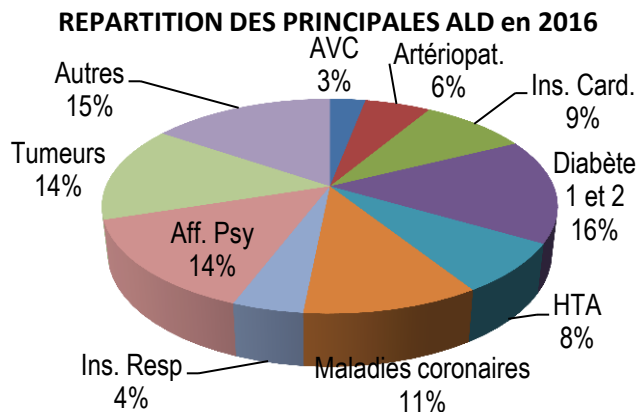
- **Etat des lieux des maladies chroniques en Corse :**

Au 31 décembre 2016, en Corse, 68 780 personnes (source ameli.fr) du régime général bénéficient de l'exonération du ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée (ALD), soit 1 patient sur 5 (moins d'une personne sur six en France continentale).

Les pathologies les plus remarquables sont répertoriées dans le tableau ci après :



Les ALD correspondant aux maladies cardiovasculaires (ALD 1, 3, 5, 12, 13) représentent plus d'1/3 des ALD en 2016. L'ALD diabète, avec plus de 10 000 cas, représente la plus importante des pathologies sur le territoire.



En taux standardisé, la Corse montre des taux bien supérieurs à la moyenne française sur certaines pathologies en particulier : cardiovasculaires, les affections psychiatriques et les insuffisances respiratoires.

L'obésité, priorité régionale du PRS1, est évaluée à partir de l'enquête ObEpi 2012. Le taux d'obésité sévère avec un indice de masse corporelle (IMC) compris entre 35 et 39,9 concerne 3,1% de la population, l'obésité massive avec un IMC supérieur ou égal à 40 concerne 1,2% de la population adulte. L'extrapolation en région sur ces bases ne peut être proposée sans risque de biais (en partie dû à la différence des échantillons comparés : France = 66.6 Mhab / Corse = 0.315 Mhab, soit un échantillon de population de la Corse représentant 0.5 % de la population française).

Le taux de recours standardisé pour 1000 habitants pour la chirurgie bariatrique donne un éclairage sur la prise en charge du patient obèse, il est passé de 0,46 en 2011 (inférieur au taux national) à 1,22 en 2015 contre 0,73 au national. Depuis 2014 plus de 400 indications par an de chirurgie bariatrique ont été identifiées, et réalisées en Corse ou sur le continent. Cette chirurgie concerne les patients dont l'IMC est ≥ 40 (cf. titre 2- volet chirurgie).

Les points de rupture identifiés dans le parcours du malade chronique

Les points de rupture repérés sont communs à l'ensemble des pathologies. Ils ont été recueillis sur la base d'entretien avec les représentants des associations d'usagers.

Ils portent sur :

- la coordination des professionnels de santé
- la difficulté d'accès à une offre spécialisée
- les facteurs psycho-sociaux des patients interférant notamment avec l'observance des traitements
- l'impact financier intégrant les restes à charge liés aux traitements médicaux et non médicamenteux, les contraintes des déplacements et de l'hébergement et les pertes de revenus.
- les habitudes des prescripteurs et des patients ainsi que la compréhension du protocole thérapeutique
- l'influence des messagers relayés par les réseaux sociaux et l'entourage
- la méconnaissance des services et dispositifs administratifs permettant d'accéder aux droits à la santé
- l'absence de programmes d'éducation thérapeutique sur certaines pathologies et suivant les territoires (cancers, addictions, cardio...)
- la méconnaissance de l'existence des programmes d'éducation thérapeutique développés en Corse,
- le manque d'associations de patients dans certaines pathologies ou de représentation de celles-ci sur certains territoires.

Parmi l'ensemble des maladies chroniques le diabète fait l'objet d'une programmation prioritaire.

Le Diabète

Le diabète est une maladie chronique, métabolique, caractérisée par une hyperglycémie chronique résultant d'une déficience de sécrétion d'insuline et/ou d'anomalie de l'action de l'insuline. Il existe deux types de diabète :

- le diabète de type 1 dit « insulino-dépendant », débutant en général dans l'enfance ou l'adolescence, il représente 5 à 10% des cas en France,
- le diabète de type 2 dit « non insulino-dépendant » attribué à une mauvaise alimentation et associé à la sédentarité et à l'obésité, ainsi qu'au vieillissement de la population.

Diagnostic :

Un diabète est avéré lorsqu'à deux reprises le taux de sucre dans le sang est supérieur ou égal à 1,26 g/L selon l'Organisation Mondiale de la Santé.

Le diabète de type 2 représente la forme la plus répandue de diabète, il constitue un problème majeur de santé publique car il représente :

- la première cause d'insuffisance rénale dans tous les pays occidentaux,
- d'un quart à un tiers des causes d'infarctus du myocarde chez l'homme et chez la femme,
- la première cause d'artériopathie des membres inférieurs,
- une des grandes causes d'accidents vasculaires cérébraux,
- enfin parmi les rétinopathies secondaires au diabète (restant la première cause de cécité acquise), la majorité concernent des diabétiques de type 2.

Le diabète gestationnel accroît le risque de complications périnatales pour la mère et l'enfant, en particulier s'il est sévère nécessitant une insulinothérapie.

Etat des lieux du diabète en Corse :

D'après ameli.fr, le 31 décembre 2016, en Corse, le nombre patients relevant de l'ALD 8 correspondant au diabète est de : 10 820, ce nombre est en augmentation de 40% depuis 2010.

Les professionnels de santé constatent le rajeunissement de l'âge d'entrée dans le diabète de type 2, avec des adolescents de plus en plus en surpoids, voire obèses. Une répartition territoriale inégale du nombre de diabétiques de type 1 et 2 entre le département de Haute Corse et celui de Corse-du-Sud est constatée pour les moins de 29 ans.

A l'appui des données de l'agence Santé Publique France un gradient social se dessine en matière de prévalence du diabète de type 2 notamment.

Même si les effectifs semblent plus faibles en Corse (BEH 37/38 du n°12 novembre 2013), mais également par rapport au nombre de patients en ALD pour diabète pour lequel en 2016, le taux standardisé pour 100 000 habitants est plutôt en dessous de la moyenne nationale avec: 3890 patients pour la Corse versus 4207 pour la France entière.

- Il ne faut pas sous-estimer le nombre de diabétiques non encore diagnostiqués, non traités ou non déclarés dans l'ALD 8.
- Le risque lié aux complications permet de rappeler la gravité du diabète. Ces complications, qui sont évitables, restent fréquentes et viennent alourdir les inégalités sociales et territoriales liées à la survenue du diabète.

Les points de rupture :

- le déficit d'endocrinologues sur la région et en particulier en Haute Corse. Déficit entraînant difficulté de suivi des patients ayant une pompe à insuline,
- les restes à charge pour les consultations diététiques, psychologiques et podologues avant le grade 2,
- l'absence de programme d'accompagnement à domicile pour les enfants diabétiques et leurs parents,
- la prise en charge des enfants nécessitant des départs sur le continent, impliquant des frais supplémentaires, pour :
 - ✓ la pose de la pompe à insuline
 - ✓ l'insulinothérapie fonctionnelle

- L'accès au dépistage précoce et à l'éducation thérapeutique du patient sont insuffisants
- La sous-estimation voire le déni de la gravité de la pathologie par le patient
- Les publics en situation de précarité sociale ou d'isolement

L'offre de prise en charge :

➤ **L'offre associative :**

- ✓ L'Association les Diabétiques de Corse- AFD20, reconnue d'intérêt général, est une association de patients, dirigée par des patients. Elle lutte contre l'augmentation constante de la maladie et contribue à l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes ou à risque de diabète, elle fait de la prévention, de l'information et de l'accompagnement.
- ✓ Le Réseau Corse Maladies Chroniques (RCMC), association loi 1901, est impliqué dans la coordination autour du malade chronique. Il développe dans les territoires 4 programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) : diabète, obésité, maladies cardio-vasculaires, insuffisance rénale chronique non terminale. Depuis octobre 2017, il a obtenu des autorisations pour développer un programme à destination des enfants diabétiques de type 1 et un programme à destination des enfants en surpoids ou obèses. Il propose des formations à destination, d'une part, des professionnels de santé impliqués dans les équipes éducatives pour dispenser ou coordonner des programmes et, d'autre part, des élèves de l'IFSI de Bastia sur la sensibilisation à l'éducation thérapeutique du patient. Il est également impliqué dans l'information autour de l'ETP et du diabète auprès des professionnels de santé comme du public.
- ✓ Le dispositif d'ETP Asalée (action de santé libérale en équipe), déjà très présent sur le continent, est en train de se déployer sur le secteur de Moriani / Folelli. Ce dispositif reposera sur la coopération entre 4 médecins généralistes et une infirmière formée par Asalée. Parmi les pathologies suivies l'infirmière contribue au dépistage et au suivi du diabète de type 2.

➤ **L'offre institutionnelle**

- ✓ Le programme Sophia, service personnalisé piloté par l'assurance maladie, est un programme d'accompagnement des personnes diabétiques qui intervient en relais des professionnels de santé. Il contribue au bon suivi des examens recommandés dans la prise en charge du diabète. Par exemple sur la période janvier – août 2016, près de 62% des adhérents ont réalisé un examen du fond de l'œil contre 51,6 % pour les diabétiques non adhérents et plus d'un adhérent sur trois (34%) a eu recours à un bilan rénal contre seulement un diabétique sur quatre chez les non adhérents (26%).
- ✓ L'accompagnement des enfants scolarisés par l'Education Nationale. Les enfants diabétiques sont suivis par le personnel médical et paramédical tout au long de leur scolarité. A demande des parents et, en lien avec le médecin qui suit l'enfant, les enfants bénéficient de la mise en place d'un projet d'accueil individualisé (PAI). En Haute Corse 100 PAI diabète ont été mis en œuvre. Le PAI offre également la possibilité d'aménager le temps de la scolarité. A l'université : Les étudiants sont autonomes et peuvent bénéficier de conseils et, de suivi par le service de prévention de l'université sur la base d'une fiche de suivi.
A l'université : Les étudiants sont autonomes et peuvent bénéficier de conseils et, de suivi par le service de prévention de l'université sur la base d'une fiche de suivi.

➤ **L'offre sanitaire de 1^{er} recours**

Les diabétiques sont pris en charge généralement par le dispositif du 1^{er} recours.

Le médecin traitant joue un rôle central dans l'orientation et le suivi du patient tout au long de son parcours de soins.

L'endocrinologue propose et suit le parcours du patient en orientant également vers des consultations chez les ophtalmologues, cardiologues, diététiciennes, podologues, chirurgiens-dentistes. Le déficit d'endocrinologue en Corse est à souligner en particulier sur la Haute-Corse. L'observation des examens de suivis montre une inégalité territoriale d'accès selon les types d'examen prescrit.

Pourcentage de diabétiques ayant demandé au moins un remboursement d'un des examens suivants :

| Examens de surveillance | Au moins un remboursement de | | | | | | Au moins 3 rems d'hémoglobine glyquée |
|-------------------------|------------------------------|----------------------------|-------------------------------------|------------|-----------------|------------------|---------------------------------------|
| | créatininémie | ECG ou consultation cardio | Fond d'œil ou consultation ophtalmo | Fond d'œil | Dosages lipides | Microalbuminurie | |
| Ajaccio | 89,50% | 24,20% | 40,60% | 25,60% | 83,50% | 24,10% | 45,10% |
| Grosseto-Prugna | 87,00% | 24,80% | 40,30% | 27,40% | 85,00% | 23,90% | 51,60% |
| Porto-Vecchio | 88,20% | 36,60% | 37,60% | 18,20% | 83,10% | 37,50% | 46,00% |
| Propriano | 88,60% | 22,80% | 35,20% | 16,20% | 83,80% | 26,60% | 34,00% |
| Bastia | 90,10% | 32,20% | 25,30% | 7,40% | 85,30% | 28,00% | 47,90% |
| Calvi | 87,90% | 49,40% | 25,50% | 5,20% | 82,90% | 20,10% | 44,20% |
| Corte | 67,40% | 32,10% | 30,80% | 6,10% | 75,50% | 19,70% | 37,90% |
| Ghisonaccia | 89,20% | 33,30% | 30,40% | 16,20% | 82,40% | 28,00% | 42,80% |
| Penta-di-Casina | 88,10% | 28,40% | 28,10% | 14,10% | 85,00% | 16,90% | 44,40% |

Source : Sirsé Corse 2015

- **Le centre de soins de suite et de réadaptation de Valicelli (SSR) :**

Ce SSR, centre de référence des affections des systèmes digestifs métaboliques et endocriniens, propose une hospitalisation avec pour indication l'obésité et le diabète ainsi que pour l'insulinothérapie fonctionnelle (IF). Ce centre propose 3 programmes d'éducation thérapeutique du patient qui font partie intégrante du traitement proposé (diabète de type 1 et de type 2, obésité, insulinothérapie fonctionnelle).

En 2016, la répartition des patients hospitalisés :

- ✓ 291 patients pour diabète
- ✓ 702 patients pour obésité
- ✓ 12 patients pour insulinothérapie fonctionnelle

- **Les établissements de santé autorisés en médecine, chirurgie et obstétrique**

L'enquête PMSI de 2015, sur les hospitalisations potentiellement évitables en Corse, portant sur le nombre de séjours correspondant au diabète, montre que les hospitalisations pour diabète avec acidocétose et coma s'élève à 31 séjours soit 0,02% de l'ensemble des séjours effectués, ce qui semble être peu.

Toutefois, les patients concernés sont relativement jeunes, avec une moyenne d'âge de 48 ans pour les hommes et de 40 pour les femmes, la durée de séjour est de 17 jours pour les hommes et 6 pour les femmes.

- ✓ Le centre hospitalier d'Ajaccio et de Bastia n'offre pas de service dédié
- ✓ Au centre hospitalier d'Ajaccio en l'absence de pédiatre endocrinologue l'enfant est stabilisé et est adressé à l'APHM Timone pour la prise en charge et le suivi
- ✓ Au centre hospitalier de Bastia, une consultation assurée par un endocrinologue permet de prendre en charge les femmes atteintes de diabète gestationnel. Les enfants sont pris en charge par un pédiatre endocrinologue.
- ✓ La polyclinique Maynard, la clinique Clinisud et le centre hospitalier d'Ajaccio disposent d'une activité de chirurgie bariatrique
- ✓ Un programme d'éducation thérapeutique en péri chirurgie bariatrique porté par l'association « Formes à forme » a été autorisé en décembre 2017.

➤ L'offre préventive

En amont de toute pathologie, elle concerne surtout la prévention du surpoids ou de l'obésité ainsi que l'apparition de diabète de type 2. Elle peut être représentée par des actions de sensibilisation ou d'éducation nutritionnelle et liée à la promotion d'une activité physique.

Lorsque le diabète est déjà déclaré les actions vont consister à proposer des actions dans le cadre de l'autonomie du patient.

- Actions nutrition dans le cadre de l'éducation nationale (EN)

Des actions nutrition sont organisées dans les établissements scolaires par le personnel de l'EN lui-même ou par des associations.

Une formation des personnels infirmiers et médicaux sur le diabète et son suivi est prévue pour la rentrée 2018/2019.

Actions financées dans le cadre d'appel à projets ARS :

- ✓ Semaine santé lycée professionnel Jules Antonini (plusieurs thématiques de santé dont la nutrition équilibrée à la cantine et la sensibilisation à une activité physique)
- ✓ Action santé nutrition : organisées par l'UGRM2B dans les établissements de Haute Corse
- ✓ Sensibiliser et responsabiliser les élèves, sur une alimentation équilibrée et sur les comportements favorisant la santé par le lycée polyvalent de Balagne.

- Les actions de sensibilisation à la connaissance de la maladie, ses conséquences, incitation au dépistage :

Ces actions sont menées par les professionnels de santé ou des associations de patients en population générale, auprès de personnes à risque ou des malades.

- ✓ Association des diabétiques de Corse : journée du diabète, ateliers de sensibilisation, nutrition
- ✓ Association L.I.D.E.R. (Lions International Dépistage Et Recherche Diabète) : journées de prévention et dépistage

➤ L'éducation thérapeutique du patient (ETP) :

Ce programme s'adresse uniquement au patient et sa famille, il est proposé par une équipe de professionnels de santé formée et doit être autorisé par l'ARS.

Il existe une part d'information et de conseils donné par les professionnels de santé, mais informer et conseiller ne suffisent pas à rendre le patient compétent. L'ETP fait ainsi partie intégrante de la stratégie thérapeutique du patient en collaboration étroite avec les professionnels de santé. Pour autant, il ne faut pas oublier de prendre en compte les divers facteurs individuels et sociaux : soutien social, dimension cognitive, capacités d'adaptation, attitudes face à la maladie.

Début 2018, 22 programmes sont autorisés, dont :

- ✓ 3 programmes à destination des diabétiques dont un pour l'insulinothérapie fonctionnelle (IF). L'IF permet également de faire connaître la législation grâce à la participation d'un avocat et les conseils par l'association des diabétiques de Corse, patients experts.
- ✓ 1 programme diabète de type 1 à destination des enfants (autorisés en octobre 2017)
- ✓ 2 programmes pour les patients souffrant d'obésité.
- ✓ 1 programme pour enfants en surpoids ou obésité (autorisé en octobre 2017)
- ✓ 1 programme pour patients en chirurgie bariatrique en péri-opératoire (autorisé en décembre 2017)
- ✓ Les promoteurs de programmes diabète :
- ✓ Centre de soins de suite et de réadaptation de Valicelli développe également un programme obésité et IF
- ✓ L'insulinothérapie fonctionnelle donne les moyens à la personne diabétique insulino-dépendante de comprendre quels sont ses besoins et d'adapter ses doses d'insuline. 3/4 des programmes d'ETP diabète-obésité-IF sont réalisés dans ce centre.
- ✓ Réseau Corse Maladies Chroniques (RCMC) diabète et obésité
- ✓ Maison de santé pluridisciplinaire (MSP) de Calenzana diabète de type 2

Le tableau suivant reprend le nombre de patients concerné par un des programmes d'ETP par pathologie entre 2011 et 2016 :

| Nombre de programme ETP réalisés par pathologies de 2011 à 2016 | Nb d'ETP | Nombre d'ALD au 31/12/2015 (ameli.fr) | Nombre de programmes | % |
|---|----------|---------------------------------------|----------------------|-----|
| Maladies cardiovasculaires | 337 | 23 710 | 4 | 1% |
| Diabète | 1637 | 9 920 | 4 | 17% |
| Psy | 0 | 8 770 | 0 | 0% |
| Obésité | 2869 | | 2 | 22% |
| Maladies respiratoires chroniques | 94 | 2 730 | 1 | 3% |
| Tumeurs malignes | 0 | 9 300 | 0 | 0% |
| Lombalgies chroniques | 20 | | 1 | |
| Insuffisance rénale chronique | 300 | 560 | 2 | 54% |

Objectif stratégique N°1 du COS : appuyer les politiques de santé sur les socles de la prévention et de la promotion de la santé.

Objectif stratégique N°3 du COS : accompagner l'accès à la santé des plus fragiles dans une logique de parcours continu.

Objectif opérationnel n°1 : mobiliser les professionnels et les usagers en s'appuyant sur une information validée :

Action N°1 : sensibiliser et informer sur le diabète de types 1 et 2, et sur les bonnes pratiques alimentaires et activités physiques adaptées, (associations, éducation nationale...)

Action N°2 : sensibiliser les professionnels de santé sur la rémunération sur des objectifs de santé publique (URPS)

Action N°3 : adapter les outils aux publics, en particulier les enfants.

Action N°4 : faciliter l'exploitation des modes de communication, média, web...

Indicateur de suivi : nombre de communications réalisées / an

Objectif opérationnel n° 2 : réduire les facteurs de risque et promouvoir une alimentation équilibrée sur toute la Corse, en particulier par la consommation de fruits et légumes, les aliments riches en fibre et en limitant la consommation de produits gras ou les sucres ajoutés tels les sodas

Action N°1 : apprendre ou réapprendre à cuisiner facilement et sainement, à prix raisonnable (associations, professionnels de santé...);

Action N°2 : informer à partir des CCAS, CLS (collectivités, associations...) sur les principes d'une alimentation équilibrée ;

Action N°3 : s'appuyer sur la mise en œuvre des parcours éducatifs en santé au sein des établissements scolaires pour améliorer l'équilibre alimentaire ;

Action N°4 : sensibiliser sur les goûters trop sucrés et ou gras, à destination des élèves et leurs parents (éducation nationale, collectivité de Corse...)

Action N°5 : améliorer l'équilibre alimentaire dans les restaurations collectives notamment scolaires et privilégier les circuits courts (éducation nationale, collectivité de Corse, communauté de communes, direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt-DRAAF...)

Indicateurs de suivi : nombre d'actions et d'établissements scolaires concernés

Objectif opérationnel n°3 : réduire les facteurs de risque et promouvoir la pratique d'une activité physique régulière

Action N°1 : favoriser la mise en œuvre d'expérimentations en matière d'activités physiques régulières et /ou adaptées (associations, DRJSCS ...)

Action N°2 : promouvoir la diffusion d'évènements sportifs, accompagner les campagnes nationales ;

Action N°3 : investir dans la formation d'éducateurs sportifs et d'animateurs en coaching (associations, DRJSCS...)

Indicateurs de suivi : nombre de prescriptions, d'évènements sportifs réalisés

Objectif opérationnel n°4 : prévenir et repérer le diabète en améliorant le dépistage précoce en population générale ainsi que chez les personnes à haut risque

Action N°1 : développer l'information par la médecine du travail

Action N°2 : favoriser le dépistage précoce par des campagnes de communication lors de manifestations annuelles

Action N°3 : mobiliser les professionnels du premier recours les URPS médecins libéraux, biologistes et pharmaciens...

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre d'actions,
- ✓ nombre d'actes de dépistage réalisés

Objectif opérationnel n°5 : développer les programmes ETP diabète et diversifier les réponses en ETP :

Action N°1 : développer des programmes d'ETP à destination des patients obèses et diabétiques notamment dans le rural

- à destination des enfants
- en pré et péri-opératoire en chirurgie bariatrique

Action N°2 : proposer les ateliers « free-style » en fonction des besoins.

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre de programmes diabète, et obésité,
- ✓ nombre de patients pris en charge dans le cadre d'un programme

Objectif opérationnel n°6 : renforcer la coordination entre les professionnels de santé et les usagers

Action N°1 : faciliter et rendre lisibles des actions coordonnées entre les professionnels de santé URPS ML / IDEL/ biologistes / pharmaciens ...

Action N°2 : faciliter l'accès aux programmes au retour à domicile (PRADO)

Action N°3 : développer le dispositif Asalée (coordination médecin / infirmière déléguée à la santé publique)

Action N°4 : améliorer la coordination par le Réseau Corse Maladies Chroniques

Action N°5 : conforter auprès des professionnels du premier recours et des établissements de santé l'accès aux centres experts en PACA

Action N°6 : prendre en compte les modalités de prises en charge des accompagnants

Action N°7 : promouvoir l'innovation organisationnelle en s'appuyant sur les outils de la télémédecine (télé surveillance et téléconsultations)

Action N°8 : conforter les patients dans l'autonomie de leur suivi ayant accès à des applications smartphones

Objectif opérationnel n°7 : faciliter le recours aux examens de suivi des comorbidités (cardio, ophtalmo, néphro, neuro, biologistes, podologues,)

Action N°1 : faciliter et rendre lisible le déploiement des rétinographes en Corse

Action N°2 : réfléchir à un dispositif à destination des patients permettant le dépistage, le suivi et la relance des examens biologiques à partir de l'URPS biologistes,

Action N°3 : améliorer la prise en compte des contraintes liées à la prise en charge du diabète dans le milieu du travail

Action N°4 : améliorer les modalités d'orientation vers l'endocrinologue (cas complexe et découverte d'un diabète de type1)

Action N°5 : améliorer la prise en charge du surpoids et de l'obésité (diététique, SSR, chirurgie bariatrique...)

Objectif opérationnel n°8 : améliorer l'accompagnement des patients et des aidants :

Action N°1 : faciliter l'aide à l'autonomie des patients et des aidants

Action N°2 : améliorer l'accompagnement des enfants diabétiques et les parents en milieu scolaire

Action N°3 : améliorer l'information et les modalités de prises en charge auprès des étudiants en associant le service de médecine universitaire et la filière audiovisuelle de l'université de Corse.

Objectif opérationnel n°9 : assurer la sécurité des soins :

Action N°1 : améliorer l'élimination des déchets de patients en auto traitement

Action N°2 : promouvoir les outils d'aide à la pharmaco vigilance

Indicateurs de suivi :

- ✓ formalisation de l'offre graduée pour les enfants en Corse,
- ✓ taux de suivis des examens complémentaires par territoires (ophtalmologiques, cardiologiques, néphrologiques),
- ✓ nombre de patients et d'aidants pris en charge dans le cadre de la PRAMCA,
- ✓ nombre de programmes expérimentaux

TITRE IV
TRANSFORMER NOS ORGANISATIONS PAR LE
NUMÉRIQUE ET L'INNOVATION

Diagnostic et constat après le PRS1 (points forts et points faibles) :

Une organisation essentiellement tournée autour de la e-santé

Au cours du PRS1, le déploiement du programme régional de télémédecine a permis de structurer le pilotage de cette thématique.

On distingue trois niveaux :

- le niveau stratégique : l'ARS a souhaité co-construire la stratégie de la Corse ; à cet effet elle a mis en place un Copil e-santé regroupant les institutionnels (Etat, Assurance Maladie et Collectivité de Corse), les opérateurs sanitaires représentés par leur fédération et les professionnels de santé représentés par les conseils ordinaires et les unions régionales de professionnels de santé (URPS);
- la maîtrise d'ouvrage a été confiée principalement au GCS SIRS-Co historiquement structuré autour des établissements hospitaliers publics. La Corse ne possédant pas de maîtrise d'ouvrage régionale en termes d'e-santé, l'ARS a souhaité l'ouverture du GCS à l'ensemble des offreurs de santé afin d'élaborer et mettre en œuvre la stratégie régionale e-santé, conduire les projets de cette stratégie, veiller à l'urbanisation, l'interopérabilité et la sécurité des systèmes d'information à l'échelle régionale;
- la communication en Corse est réalisée au sein de l'Instance Régionale de Pilotage afin de diffuser largement les actions mises en œuvre.

Les actions réalisées : la e-santé et la télémédecine

- Le programme "Hôpital numérique" avait pour son objectif de faire évoluer la maturité des systèmes d'information des établissements de santé pour améliorer la qualité et la sécurité des soins, soutenir les projets innovants et coordonner l'ensemble des acteurs autour d'une feuille de route commune . L'observatoire des systèmes d'information mis en place pour recueillir, exploiter et partager les informations décrivant les systèmes, leur degré d'usage et leurs évolutions donne une photographie de déploiement du programme "hôpital numérique". En Corse cet outil est un reflet partiel de la situation régionale car tous les établissements de santé complètent partiellement l'observatoire des systèmes d'information de santé (OSIS).
L'enveloppe financière consacrée à ce programme a permis aux établissements de santé insulaires accompagnés de réaliser les objectifs attendus.
- Le système d'information (SI) urgences et SAMU : les objectifs pour cette activité étaient :
 - pour les SAMU : mise à niveau de l'installation téléphonique et informatique, mise en place d'ANTARES et mise en œuvre d'un dispositif de secours entre SAMU ;
 - pour les Urgences : déployer et améliorer l'efficacité du recueil informatisé dans les services d'urgences.

L'état des lieux des deux SAMU à l'issue du PRS1 est décrit dans le volet « Urgences » du PRS2.

Concernant les services de médecine d'urgence : tous les services sont équipés du Terminal Urgences (TU), outil développé par le GIP ORU PACA. Les passerelles entre TU et le dossier patient informatisé des établissements de santé publics (DxCare) sont opérationnelles. Les résumés de passages aux urgences sont remontés via cet outil vers le système de surveillance OSCOUR, dispositif de veille sanitaire en temps réel et en coopération avec les professionnels de l'urgence.

- Le Répertoire Opérationnel des ressources (ROR), enjeu majeur, est un outil de description de l'offre de santé destiné à tous les professionnels concernés par l'orientation des patients et s'appuyant sur un outil informatique.
Il vise à décrire des ressources disponibles dans chaque établissement de santé et doit s'étendre à l'ensemble de l'offre de soins extrahospitalière.
Il propose une information exhaustive sur l'offre de santé régionale et extrarégionale, sans cloisonnement entre la ville et l'hôpital, sur les champs du sanitaire et à terme sur le champ du médico-social.

Le ROR permet aux acteurs de l'offre de soins de rechercher des informations pour faciliter l'orientation des patients dans leurs parcours de soins et à l'ARS de piloter et de suivre l'offre de soins. Il contribue également aux programmes nationaux tels que le SI SAMU et le programme PAERPA.

La mission de déploiement du ROR a été confiée au GCS SIRS-Co.

Etat du peuplement à la fin 2017 :

- établissements de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) : peuplement finalisé pour 11 établissements et 2 sont en cours de peuplement ;
 - établissements de psychiatrie : peuplement finalisé pour 4 établissements ;
 - établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR) : peuplement finalisé pour 13 établissements ;
- Le partage d'informations entre professionnels de santé repose sur le déploiement du Dossier Médical Partagé (DMP) et de la Messagerie Sécurisée de Santé (MSS). Ces outils doivent permettre de faciliter les prises en charge en garantissant la confidentialité des données et l'efficacité des parcours de santé. En Corse, la montée en charge de ces dispositifs n'a pas été satisfaisante.

Trois freins majeurs ont été identifiés :

- un manque de communication sur les outils ;
- le manque d'accompagnement pour les professionnels de santé ;
- l'incompatibilité entre les systèmes Mac et la MSS.

En 2017, la Corse a bénéficié d'un accompagnement financier dans le cadre d'un appel à projet (AAP) national. Cette aide devrait être une opportunité pour réamorcer le déploiement de ces outils en Corse grâce à la mise en place d'une coordination avec les caisses primaires d'assurance maladie très engagées dans l'accompagnement des professionnels de santé libéraux et le recrutement d'un chef de projet.

- L'ARS a priorisé quatre spécialités sur le volet de la télémédecine :
- la télé-dermatologie ;
 - la prise en charge en urgence de l'accident vasculaire cérébral ;
 - la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale ;
 - la télé-radiologie.

Ces spécialités ont en commun un déficit de ressources humaines médicales à la fois dans les territoires urbains et ruraux. Ces premières expérimentations ont permis de répondre à un besoin mais aussi de mettre en exergue la nécessité d'une filière structurée, la télémédecine n'étant qu'un outil facilitant au service de cette organisation et devant s'adapter au besoin des professionnels de santé notamment en termes d'évaluation.

Les actions non réalisées

Certaines actions n'ont pu être déployées au cours du PRS 1 :

- l'évolution de l'informatisation des SAMU (logiciel SI) et plus particulièrement le lien SAMU/SDIS;
- l'utilisation de la télémédecine pour la spécialité psychiatrie et pour la prise en charge de population telle que les détenus ;
- l'innovation en e-santé pour le maintien des patients au domicile.

Les perspectives après le PRS 1 :

De manière plus générale, lors de l'écriture du PRS 1 et compte tenu du contexte national de cette période, l'innovation qu'elle soit technique, organisationnelle ou thérapeutique n'était pas considérée comme un levier majeur pour répondre aux exigences de la mutation du système de santé dans un budget contraint. En effet, l'e-santé était plus perçue comme un meilleur outillage informatique de l'organisation des services de santé. Pour autant, l'innovation ne saurait se réduire au thème du numérique, elle concerne aussi bien les parcours

que les pratiques de soins et les dispositifs médicaux. C'est en fonction d'un parcours par exemple, que s'établissent l'organisation et les outils métiers (informatisés) des professionnels de santé.

Or, le contexte actuel remet notamment en question la répartition des rôles des professionnels de santé au sein du parcours des patients. En effet, pour assurer une prise en charge de meilleure qualité, on assiste à une spécialisation croissante des corps de métiers (multiplication des spécialités médicales, réforme des études paramédicales ...) et de certains établissements de santé. Il en résulte qu'un nombre croissant d'acteurs, n'appartenant pas aux mêmes structures, sont mobilisés autour des parcours des patients, en devant s'assurer de la coordination entre la prise en charge de proximité, les plateaux techniques et les activités de recours régionaux et interrégionaux. Cette mutation du système de santé amène à un renouvellement des coopérations entre professionnels, entre ville et hôpital pour qu'un patient d'une micro-région isolée puisse bénéficier de l'expertise adaptée à son état de santé. En somme, le système de santé se retrouve confronté à un véritable paradoxe : comment permettre l'émergence de pôles nécessitant une forte concentration de moyens humains et techniques hautement spécialisés et favoriser dans le même temps le déploiement des prises en charge au plus près du patient voir au domicile ou substitut du domicile ?

Face à cette problématique, l'innovation est reconnue comme un levier pertinent. Telle que décrite dans l'article 51 de la LFSS 2018, elle permet aux acteurs de terrain en santé de proposer des solutions nouvelles à des ruptures de parcours et de proposer des projets adaptés aux territoires, non prévus dans le cadre conventionnel commun.

Ainsi l'innovation est un levier d'action majeur pour la Corse reconnue, dans la stratégie nationale de santé dans un volet spécifique. L'émergence d'organisations ou de prises en charge innovantes permettrait de répondre à ces spécificités en termes d'accessibilité, de qualité des soins ou d'efficience par exemple.

L'innovation pour répondre aux spécificités de la Corse pose question : **comment l'organiser pour la rendre plus régulière et répliquable ?**

Sur ce constat, les axes de travail pour le PRS 2 se distinguent en deux thématiques majeures :

- **Comment organiser l'innovation pour la rendre plus régulière et répliquable ?**

- o **1^{er} axe** : faciliter l'émergence et la diffusion des innovations (techniques, organisationnelles...) y compris dans le cadre de programmes de recherche et en s'attachant à leur évaluation.

- **Comment organiser le déploiement du numérique pour s'adapter aux projets innovants et permettre leur diffusion ?**

- o **2^{ème} axe** : conforter le pilotage dans ces trois dimensions : stratégie, maîtrise d'ouvrage, communication en renforçant la place des usagers ;
- o **3^{ème} axe** : permettre au numérique d'être le garant de l'égalité d'accès aux soins quel que soit le lieu de vie y compris pour l'innovation thérapeutique ;
- o **4^{ème} axe** : favoriser le pilotage et la performance des structures par l'informatisation des services supports à la production des soins ;
- o **5^{ème} axe** : permettre l'accès au numérique pour les populations vulnérables ;

Objectif stratégique N°6 du COS : soutenir l'intégration des pratiques innovantes en santé pour améliorer la qualité, la sécurité et l'accessibilité à la santé.

Il consiste à organiser l'activité de conception pour faciliter l'émergence d'une série de projets innovants répondant aux problématiques d'une région spécifique et de ses micro-territoires. Cette organisation s'appuiera notamment sur des outils numériques intégrés dans les projets de territoire, pour des parcours de santé sécurisés, équitables et innovants au service de l'utilisateur.

Comment organiser l'innovation pour la rendre plus régulière et répliquable?

➤ **1^{er} axe : faciliter l'émergence et la diffusion des innovations (techniques, organisationnelles....) y compris dans le cadre de programmes de recherche et en s'attachant à leur évaluation**

Pourquoi parler d'innovation en santé ?

L'innovation est un des volets de la stratégie nationale de santé. Elle apparaît comme un des 4 axes prioritaires pour assurer une meilleure accessibilité aux soins dans le Plan d'égal accès aux soins dans les territoires, notamment avec la création d'un fonds national dédié au financement des innovations organisationnelles. La CNAMTS envisage la création d'un dispositif d'appui à l'expérimentation et à la diffusion d'innovations organisationnelles comme un levier pour accroître la qualité et l'efficacité du système de soins.

L'ARS a décidé d'adopter une définition des sciences de gestion sur l'innovation lui paraissant plus opérationnelle. Elle distingue la recherche, l'innovation et le développement (RID- Hatchuel, Le Masson, Weil - 2001).

Recherche : processus maîtrisé de production de connaissances ne cherchant pas lui-même à définir des valeurs (pour le client et l'entreprise).

Innovation : la structure d'innovation est responsable de deux aspects touchant au travail de conception :

- un processus de définition de valeur ;
- un processus d'identification de nouvelles compétences.

Développement : processus maîtrisé qui active les compétences et les connaissances existantes afin de spécifier un système (produit, processus, organisation...). Le développement se pilote selon des critères clairs (qualité, délais, coûts...) et dont la valeur est nettement conceptualisée et plus ou moins évaluée

L'innovation pose des questions à la recherche et crée des compétences pour la partie développement. L'innovation n'est pas une fin en soi, elle doit permettre à terme d'améliorer la qualité, l'accessibilité des soins et l'efficacité du système de santé. Elle vient au service d'une organisation et elle peut être amenée à la faire évoluer.

Pourquoi se structurer au niveau de la Corse en ce qui concerne l'innovation ?

Les acteurs publics pourraient ainsi s'exprimer sur la pertinence d'un projet innovant pour le système de santé et sur les éventuelles créations de valeur découlant de ce projet. L'objectif serait notamment de repérer et mettre en cohérence des initiatives souvent isolées parfois contradictoires ou complémentaires.

Cette structuration permettra d'assurer la centralisation des ressources (connaissances, compétences) à disposition pour penser et mettre en œuvre la mutation de l'organisation du système de soins. Elle diffusera l'innovation aux autres territoires en Corse.

Les projets alimenteront la réflexion autour d'un idéaltype du modèle d'organisation des soins sur le territoire : comment améliorer les performances du système de santé en termes de qualité, de sécurité et de coûts des services de santé ? Cette réflexion n'incombe pas uniquement à l'ARS mais pour alimenter cet idéaltype, elle prendra en considération les demandes formulées au sein des différents territoires de vie –santé. Les projets permettront la construction d'un savoir-faire en évaluation du service rendu d'une innovation et la structuration une démarche de recherche des initiatives de terrain en termes d'innovation.

Objectif opérationnel N° 1 : co-construire l'innovation et la recherche en santé en Corse dans un cadre de confiance.

Action N°1 : structuration du pilotage de l'innovation et de la recherche afin d'associer l'ensemble des acteurs concernés pour un portage de projets partagés. Cette structuration doit être lisible et accessible par un guichet unique. Elle doit être en capacité de détecter des innovations.

Action N°2 : impulser une dynamique de réponse aux appels à projet nationaux sur le volet recherche (programme de recherche médico-économique (PRME) programme de recherche sur la performance du **système de soins** (PREPS) et infirmier) et faire émerger les futures maisons de santé universitaires.

Faciliter l'appropriation de l'article 51 de la LFSS 2018 par les acteurs de terrain et multiplier les actions expérimentales (droit à l'expérimentation).

Les projets retenus seraient notamment des leviers à la pratique de l'évaluation en Corse.

Action N°3 : permettre aux expérimentations à la suite d'une évaluation d'être généralisées sur l'ensemble du territoire.

Action N°4: proposer des thématiques de recherche aux partenaires universitaires pour alimenter le stock de connaissances nécessaires à la réalisation de projets.

Action N°5 : promouvoir les projets innovants auprès des institutions de formation (Universités, centres hospitaliers universitaires, Ecoles paramédicales, Grandes Ecoles ...) pour leur donner une lisibilité et accroître l'attractivité des territoires expérimentaux.

Objectif opérationnel N°2 : favoriser l'appropriation de pratiques innovantes à l'aide de méthodes telles que la simulation en santé.

La simulation en santé est une méthode pédagogique permettant aux professionnels de la santé et du secourisme de se former à la réalisation de certains actes, de répéter des gestes et interventions, de mieux travailler en équipe et d'avoir une réflexion et un retour d'expérience sur leurs pratiques afin d'améliorer la qualité et la sécurité de leurs interventions.

La concertation avec les acteurs du territoire a permis de préciser leurs besoins en matière de simulation :

- la proximité des centres de simulation afin de permettre un développement régulier des compétences grâce à des séances répétées. Les acteurs ont ainsi préféré que se développent une structure au sein de chacun des centres hospitaliers de recours ;
- des centres accessibles à tous les professionnels de la santé et du secourisme du territoire : salariés d'autres établissements sanitaires et médico-sociaux publics ou privés, professionnels libéraux, pompiers, sécurité civile... ;
- l'organisation de séances communes de simulation entre professionnels qui interviennent concomitamment ou successivement sur certaines prises en charge ;
- des besoins de formation notamment en matière de réanimation cardio-respiratoire ou néonatale, gestion des voies aériennes supérieures, examen de l'abdomen, sutures, accouchement et manœuvres obstétricales.

Action N°1 : disposer en Corse de deux centres de simulation en santé (un en Haute-Corse et un en Corse-du-Sud).

Ces centres de simulation seront positionnés dans les centres hospitaliers de recours et assureront des prestations, dans le cadre de la formation initiale et de la formation continue, qui seront ouvertes à tous les professionnels de la santé et du secourisme.

L'ARS examinera les projets en prenant pour référence le *Guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé* de la Haute Autorité de Santé, notamment pour déterminer la typologie des centres de simulation.

Au regard des besoins de formation et d'équipement exprimés par les professionnels, il sera nécessaire que ces deux centres fonctionnent en partenariat, notamment par la mise en commun de certains outils de simulation afin d'optimiser les investissements et de diversifier leurs outils.

Ces centres pourront également nouer des partenariats avec d'autres centres de simulation pour enrichir leur offre de formation.

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre de formations proposées ;
- ✓ nombre de séances annuelles effectuées ;
- ✓ nombre de professionnels et d'institutions ayant eu recours aux centres de simulation ;
- ✓ proportion de séances avec un public pluridisciplinaire.

Comment organiser le déploiement du numérique pour s'adapter aux projets innovants et permettre leur diffusion ?

- **2^{ème} axe : conforter le pilotage dans ces trois dimensions : stratégie, maîtrise d'ouvrage, communication en renforçant la place des usagers.**

L'instruction GRADeS (Groupement Régional d'Appui au Développement de la e-santé) du 10 janvier 2017 relative à l'organisation à déployer pour la mise en œuvre de la stratégie e santé en région a pour objectif de préciser le dispositif de gouvernance en matière de politique régionale de e santé et d'en définir les caractéristiques.

Elle intègre :

- les exigences du cadre commun des projets d'e-santé :
 - les référentiels à respecter pour la mise en œuvre de tout projet d'e-santé ;
 - le socle commun minimum de services numériques en santé à rendre accessible en tout point du territoire ;
 - les principes de conduite de projets ;
- les programmes et projets nationaux de santé numérique (hors socle commun, par exemple le programme « hôpital numérique ») à décliner au plan régional ;
- les besoins directement issus du projet régional de santé ;
- des projets locaux :
 - d'intérêt commun, susceptibles d'être généralisés à l'ensemble des acteurs du territoire ;
 - innovants (s'inscrivant dans une logique d'expérimentation) ;
- des initiatives connexes portées par d'autres acteurs (par exemple, les projets à l'initiative de l'assurance maladie, des collectivités territoriales, des URPS, etc.).

Dans ce contexte, la réalisation d'un état des lieux et une évaluation des besoins des professionnels de santé sont indispensables pour pouvoir élaborer un schéma directeur e santé et télémédecine. De même, une maîtrise d'ouvrage régionale portant les projets e-santé au service de l'ensemble des offreurs de santé et du médico-social doit être construite. Elle sera un outil à disposition de l'ensemble des opérateurs en Corse pour pouvoir répondre à ces nouvelles missions en tant qu'animateur et fédérateur pour porter la stratégie régionale en e-santé.

Objectif opérationnel N°3 : accompagner la mise en œuvre du GRADeS pour permettre de répondre à de nouvelles missions et à déployer le schéma directeur des systèmes d'information de santé en Corse

Action N°1 : réaliser un diagnostic du fonctionnement actuel de la structure GCS SIRS-CO et de l'organisation e-santé sur l'île en s'appuyant sur les référentiels décrits dans l'instruction GRADeS et réaliser une cartographie des attentes des acteurs de la santé et du médico-social. Ce diagnostic et cette cartographie permettront d'évaluer les besoins de la future maîtrise d'ouvrage régionale au regard de ses nouvelles missions et d'établir un schéma organisationnel cible.

Action N°2 : accompagner la mise en place d'un nouveau modèle de maîtrise d'ouvrage incluant le volet juridique, les ressources humaines et économiques pour répondre aux besoins identifiés.

Action N°3 : définir une feuille de route du nouvel opérateur permettant la déclinaison du schéma directeur SI en Corse un calendrier établi.

➤ **3^{ème} axe : permettre au numérique d'être le garant de l'égalité d'accès aux soins quel que soit le lieu de vie y compris pour l'innovation thérapeutique.**

La médecine de demain plus technique, toujours plus innovante renforcera la nécessité d'une gradation pour maintenir une qualité de prise en charge et de vie du patient.

Pour permettre à la Corse de bénéficier pleinement de cette médecine en pleine mutation compte tenu de sa spécificité, «seule région française sans centre hospitalo universitaire », il faut repenser les formes de gradation de la prise en charge qui ne peuvent plus reposer sur les logiques en silo hospitalières et ambulatoires mais évoluer vers des niveaux de services d'intensité variable qui feront intervenir les acteurs de la ville et de l'hôpital (niveau de proximité, niveau régional et niveau interrégional) tout en assurant la continuité des prises en charge. L'interface ville hôpital assurant la mise à disposition d'informations médicales indispensables aux prises en charge du 1^{er} recours permettra à la Corse cette mutation.

La mise en œuvre du virage ambulatoire, l'intégration de pratiques innovantes techniques, technologiques et thérapeutiques (chimiothérapie à domicile...), le renforcement de la coordination des soins autour des parcours coordonnés vont modifier profondément nos organisations de travail utilisatrices et permettre de répondre aux besoins de demain avec la montée en puissance des maladies chroniques.

L'amélioration de l'efficacité des organisations implique une meilleure coopération au sein des territoires entre les secteurs hospitaliers, ambulatoires et médico-sociaux et une modification des organisations appréhendée dans de nombreux leviers de la loi de modernisation du système de santé (GHT, plateformes territoriales d'appui, communautés professionnelles territoriales de santé, exercice coordonné ...).

La Corse, île montagne, s'emploie au déploiement de l'ensemble de ces outils, le système d'information est l'outil indispensable à la coordination des acteurs.

Au regard des caractéristiques de l'île, une population vieillissante - densité régionale très faible sur les territoires ruraux (le tiers de la population corse réside sur les deux tiers du territoire - la majorité des structures de recours sanitaire concentrées sur deux zones d'emplois Ajaccio et Bastia distantes de plus de deux heures trente- un vieillissement de la population médicale (40% des médecins généralistes libéraux ont plus de 60 ans) et une présence importante des professionnels de santé libéraux paramédicaux , les progrès organisationnels constituent un enjeu majeur permettant de répondre à la fois aux nouveaux besoins liés aux parcours mais également de tendre vers une plus grande efficacité dont les gains obtenus viendraient en soutien à l'accès aux innovations.

Objectif opérationnel N°4 : permettre à tous l'accès sécurisé à l'expertise par la télémédecine en réponse à un projet de santé de territoire intégrant la prévention et s'appuyant sur la consultation, l'expertise, la surveillance et l'assistance.

Action N°1 : garantir par la téléconsultation une équité d'accès aux soins en lien avec un projet de territoire (équipes de soins primaires (ESP) – communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) permettant aux usagers de bénéficier de ressources médicales en voie de raréfaction.

Action N°2 : co-construire le développement de la télé expertise graduée (1er recours – spécialité – hyperspécialisé) assurant l'accès aux soins de tous au sein d'une filière structurée garantissant une réponse adaptée limitant la perte de chance. Cette télé expertise doit s'inscrire en appui des consultations avancées. Elle doit être réalisée par un spécialiste médical.

Action N°3 : impulser la mise en œuvre de la télésurveillance dans un continuum de prise en charge curative. Elle doit être aussi un outil de prévention primaire.

Action N° 4 : développer la télé assistance médicale « qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte » au sein d'équipes territoriales. Cette télé assistance pourra être un levier au déploiement des protocoles de coopération entre professionnels de santé, gage de qualité et de sécurité.

Objectif opérationnel N°5 : poursuivre l'articulation des secteurs ambulatoires, hospitaliers et médico-sociaux par le déploiement des services numériques.

Action N°1 : permettre le déploiement du DMP dans sa nouvelle version structurée en coordination avec la Direction de la Coordination de la Gestion du Risque (DCGDR) de la CPAM de Corse du Sud en déclinant la politique nationale, en coordonnant les acteurs de soins, en finançant les actions locales. Pour cette action, l'appui opérationnel du GRADeS sera sollicité.

Action N°2 : assurer une communication sécurisée de l'information médicale par le déploiement de la messagerie sécurisée :

- pour les professionnels de santé en établissement public : un accompagnement par l'agence des systèmes d'informations partagés de santé (ASIP) et l'ARS pour permettre le déploiement de la MSS santé, la structuration de la lettre de liaison et son utilisation ;
- pour les laboratoires d'analyses médicales : un accompagnement par l'ASIP et l'ARS pour permettre l'intégration des comptes-rendus dans les flux MSS, la structuration des dits comptes-rendus et la formation des utilisateurs ;
- pour les professionnels de santé libéraux et le médico-social : un accompagnement par l'ARS et l'assurance maladie pour permettre l'ouverture de la MSS et son utilisation par le biais de formation.

Action N°3 : accompagner le déploiement des systèmes d'information dans les maisons de santé pluri-professionnelles et favoriser les partages d'information dans les équipes de soins primaires.

Guider les MSP dans leurs choix de solutions logicielles afin d'éclairer les professionnels de santé exerçant au sein de structures d'exercice coordonné sur les garanties apportées par un logiciel labellisé «ASIP V2 » répondant de manière plus ciblée aux attentes des éditeurs et des professionnels de santé.

Objectif opérationnel N°6 : faciliter l'orientation des usagers dans le système de soins par l'amélioration de la connaissance de l'offre et des informations en santé

Action N°1 : consolider le ROR et lui permettre d'intégrer l'ensemble des acteurs participant à la prise en charge et les outils de gestion de crise pour assurer le rôle de référentiel unique de description de l'offre de santé.

Action N°2 : déployer un module d'orientation sur le secteur sanitaire et sur le secteur médico-social.

Objectif opérationnel N°7: favoriser la prise en charge dans le cadre de parcours de soins coordonnés.

Action N°1 : déployer les Services Numériques d'Appui à la Coordination (SNACs) au service des organisations sanitaires, médico-sociales et sociales au travers des dispositifs d'appui à la coordination (Plateforme Territoriale d'Appui, Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie) répondant à la stratégie régionale. Cette action a nécessité un recensement des outils numériques existants, un benchmark des expériences des territoires de santé numérique, un recueil des besoins auprès des acteurs de santé.

Action N°2 : poursuivre les travaux menés dans le cadre de la mise en place du Dossier Communiquant en Cancérologie (DCC) qui permet d'améliorer la coordination des prises en charge en cancérologie en proposant aux professionnels de santé impliqués dans les prises en charge de disposer des informations clés à chaque étape du parcours de soins tels que :

- les comptes-rendus d'anatomo-cytopathologie et les comptes rendus opératoires
- la fiche "réunion de concertation pluriprofessionnelle" RCP
- le programme personnalisé de soins
- le programme personnalisé de l'après cancer

➤ **4ème axe : favoriser le pilotage et la performance des structures par l'informatisation des services supports à la production des soins.**

Dans le cadre de l'élaboration des plans régionaux de santé de seconde génération, l'e-santé représente un levier majeur susceptible de favoriser l'atteinte des objectifs régionaux de santé, notamment en matière d'amélioration de l'organisation des parcours de santé ou d'accès aux soins, de prévention et d'accompagnement des personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie.

Le déploiement des systèmes d'information de santé s'appuie en effet sur un ensemble de services interopérables et sécurisés, mis en œuvre dans le respect du cadre commun d'e-santé, du cadre national d'interopérabilité et de la politique générale de sécurité des systèmes d'information de santé. Il se décline à travers un ensemble de programmes pluriannuels.

Ces programmes ont pour but d'élever le niveau de maturité des systèmes d'information utilisés par les professionnels dans le cadre d'une prise en charge coordonnée des patients. Ceci doit se traduire par une extension de la couverture fonctionnelle, ainsi que par une amélioration de la qualité, de l'interopérabilité, de la sécurité et de l'ergonomie des systèmes d'information utilisés par les professionnels et les établissements de santé, afin de leur permettre d'assurer leurs missions auprès des patients dans de meilleures conditions. Ces programmes doivent également permettre le développement de nouveaux services portés par les acteurs professionnels et industriels ainsi que par les représentants des usagers.

Objectif opérationnel N°8 : poursuivre la modernisation des systèmes d'information des établissements sanitaires et médico-sociaux

Action N°1 : impulser une dynamique commune d'identito-vigilance (serveur régional d'identito-vigilance) afin de rendre inter opérable les dossiers patients informatisés (DPI) des établissements de santé publics et permettre aux établissements de santé privés de bénéficier du serveur d'identito-vigilance.

Action N°2 : poursuivre la modernisation des SAMU et des urgences

Modernisation des logiciels existants, déploiement d'une cartographie adaptée et de la géolocalisation, téléphonie avancée et équipements radio performants. Le programme SI SAMU sera déployé en Corse durant la période début 2022 – mi 2023.

Action N°3 : accompagner l'informatisation des établissements médico-sociaux.

Outiller les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) pour permettre un meilleur suivi des parcours et une meilleure connaissance des besoins pour la prise en charge des personnes handicapées

Action N°4 : instruire le programme E-HOP 2.0 dans la continuité du programme Hôpital Numérique.

Le ministère de la santé a décidé de prolonger les travaux engagés dans ce programme dans le cadre d'un plan d'investissements pour la période 2017-2021. Il s'agira de soutenir financièrement le développement de solutions numériques visant à faciliter les liens des établissements avec les patients et avec les établissements partenaires (prise de rendez-vous et résultats d'analyses en ligne, comptes-rendus d'exams d'imagerie, etc.)

Action N°5 : Accompagner la mutualisation des SI GHT.

Optimiser le SI, au service d'un projet médical et plus globalement d'un projet d'établissement au sein des GHT. Validation des Schémas directeurs SI des GHT.

Accompagner la convergence vers les systèmes d'information unique (SIU) et la mutualisation de la fonction informatique au sein des GHT.

Objectif opérationnel N°9 : assurer la politique de sécurité des systèmes d'information.

Action N°1 : promouvoir et vérifier la bonne prise en compte de la politique générale de sécurité des systèmes d'information de santé PGSSI-S.

S'assurer que chaque établissement décline une politique de sécurité des systèmes d'information au niveau de la structure.

L'Observatoire des Systèmes d'Information de Santé (OSIS) devra être renseigné par les établissements de santé.

Action N°2 : vérifier la bonne prise en compte de l'instruction du 28 septembre 2017 relative à la mise en œuvre du dispositif de déclaration obligatoire et de traitement des signalements des incidents graves de sécurité des systèmes d'information des structures de santé.

Action N°3 : s'assurer de la bonne prise en compte de l'instruction du 14 octobre 2016 relative à la mise en œuvre du plan d'actions sur la sécurité des systèmes d'information dans les établissements.

Assurer le suivi du plan d'actions.

Action N°4 : diffusion des référentiels ASIP et contrôle de la bonne prise en compte du cadre commun des projets de e-santé.

S'assurer que l'ensemble des initiatives en matière de systèmes d'information répond aux directives de l'instruction du 11 mai 2016 relative au cadre commun des projets e-santé.

➤ 5ème axe : permettre l'accès au numérique pour les populations vulnérables

La stratégie nationale de santé fixe comme orientation d'innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des usagers.

Elle précise «le volet numérique comme une chance pour l'amélioration de la qualité au service du patient. L'usage de ces outils numériques libère du temps médical, améliore la pertinence et la qualité des soins ainsi que l'expérience des patients et peut contribuer à la maîtrise durable des dépenses de santé. Pour que cette évolution profite à tous et n'accroisse pas les inégalités sociales de santé, il convient d'assurer un accès effectif aux technologies numériques et de définir un cadre éthique adapté pour leur application ».

L'ARS doit garantir à la population Corse vieillissante et présentant un fort taux de précarité l'absence de perte de cette chance.

Objectif opérationnel N° 10 : garantir à tous l'accès à l'innovation levier de transformation du système de santé

Action N° 1 : mobiliser les compétences pour éviter la fracture numérique en intégrant, dès la conception des outils, une ergonomie adaptée et l'utilisation privilégiée de l'image, du son et des langues peu usitées.

Action N° 2 : déployer la médiation en santé « faire avec » voire « faire pour » en s'appuyant sur le référentiel HAS, pour faciliter l'accès aux supports numériques.

Action N°3 : garantir l'accès à un relais humain (présentiel, téléphone, visio,...) en cas de difficulté d'accès aux outils numériques.

Indicateurs de suivi :

- ✓ suivi des actions inscrites aux portefeuilles de projet du schéma directeur système d'information et télémédecine
- ✓ nombre de DMP créés et alimentés
- ✓ nombre de MSS déployées et actives
- ✓ suivi du peuplement du ROR et outils d'orientation déployés
- ✓ nombre de projets de territoire intégrant des actes relevant de la télémédecine en distinguant la réalisation pour des patients en ambulatoire
- ✓ nombre de projets recherche et innovation déployés en Corse
- ✓ nombre de supports (applications smartphone, sites internet, bornes, plateformes téléphoniques, guides, ...) et de services ou prestations dont l'ergonomie permet un accès des plus démunis (déficients sensoriels, illettrés, analphabètes, non francophones, ...) en autonomie ou avec l'aide d'un médiateur et ou opérateur. / Nombre de supports et modalités d'accès aux services et prestations inadaptés à une partie de leur cible

TITRE V

FAIRE DE LA QUALITÉ DES SOINS ET DE LA RÉPONSE AUX RISQUES ET AUX SITUATIONS EXCEPTIONNELLES L’AFFAIRE DE TOUS

Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de santé est l’un des axes de la Stratégie Nationale de Santé.

Compte tenu de sa position en Méditerranée, de son climat favorable, la Corse doit faire face à des mouvements importants de population qui peuvent s’accompagner aussi de risques potentiellement infectieux et exposent à l’apparition de foyers de maladies émergentes.

Afin de donner la réponse adéquate aux besoins courants de la population, d’éviter l’apparition de foyers non maîtrisés, la veille sanitaire doit être renforcée et la gestion de situations exceptionnelles doit être anticipée. Notre capacité à répondre aux évolutions socio-démographiques et aux exigences de qualité dans la prise en charge, doit permettre de réduire les atteintes évitables à la santé et d’améliorer l’offre et son organisation au plus près des besoins.

Chapitre 1 – La qualité, la sécurité et la pertinence des soins

Diagnostic

La culture de la qualité et sécurité des soins est structurée autour d'un certain nombre de fondamentaux dont notamment l'appropriation par les établissements de santé de la culture positive de l'erreur et la mise en œuvre d'une démarche aboutie de gestion des risques.

La culture positive de l'erreur peine à s'installer dans les établissements de la région : en 2016 et en 2017, seulement trois établissements de santé ont déclaré la survenue d'infections nosocomiales sur le logiciel national de déclaration. Les modalités de traitement de ces événements indésirables au sein de chaque établissement de santé, s'avèrent très diverses en terme de ressources et de nombre d'évènements traités.

Pour faciliter cette démarche envisagée dans sa globalité (signalement et traitement) et abordant tous les types de risque, l'ARS a développé sur la période 2013-2017 un programme de dotation pour tous les établissements de santé de l'île, d'un outil facilitateur à la déclaration en ligne et au traitement des évènements indésirables (EI).

Le bon usage des antibiotiques était déjà une des préoccupations actées dans le PRS 2012-2016. Concernant les indicateurs nécessaires au pilotage d'une politique régionale de lutte contre l'antibiorésistance, les données diffusées au niveau national font état d'une consommation régionale parmi les plus importantes par rapport au national. En 2015, concernant le secteur de ville qui concentre 93 % des prescriptions d'antibiotiques, la Corse était la 4ème région la plus consommatrice de ce type de médicaments.

De nombreux plans nationaux donnent les lignes directrices à décliner en Corse :

- la Stratégie nationale de Santé 2018-2022,
- le Programme de prévention des infections associées aux soins 2015 (PROPIAS),
- l'instruction du 19 juin 2015 plaçant la lutte contre l'antibiorésistance sous la responsabilité des ARS,
- l'instruction du 15 juin 2016 relative à la mise en œuvre du programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins dans le secteur médico-social 2016/2018

Dans le PRS 1, les grandes orientations stratégiques en lien avec la gestion des risques ciblaient principalement la gestion du risque infectieux avec quatre objectifs:

- 1- promouvoir la pratique du signalement des infections associées aux soins (IAS) et la gestion des épidémies par les professionnels concernés ;
- 2- développer les bonnes pratiques de prescriptions des antibiotiques et des anti-infectieux ;
- 3- accroître les compétences des professionnels de santé en matière de gestions des évènements indésirables liés aux soins par la formation et l'information, soutenir les démarches qualité dans les établissements de santé et médico-sociaux ;
- 4- impliquer les professionnels de santé du premier recours à la veille et l'alerte, développer le réseau ville/hôpital et interprofessionnel centré sur le patient.

Les préoccupations qui ont prévalu lors de l'élaboration de ce volet du PRS 1 sont toujours d'actualité. De fait, ce volet du PRS 2 a vocation à s'inscrire dans la continuité du PRS 1, dans une dynamique d'élargissement et d'amplification de la démarche initiée. Il intègre également un axe dédié à l'amélioration de la pertinence des soins. Dans sa définition, une prise en charge est pertinente lorsqu'elle est conforme aux besoins du patient, sur la base d'une analyse bénéfices/risques relatives à la sécurité des soins et conforme aux recommandations de la HAS et des sociétés savantes. Ainsi, la pertinence des soins présente un double enjeu : contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et à une meilleure efficacité du système de santé.

Axe 1 : l'amélioration de la culture de la qualité et sécurité par un appui aux structures dans leur capacité à traiter les événements indésirables associés aux soins notamment des EI graves et dans le développement de leur politique de gestion des risques

Axe 2 : le renforcement du bon usage des antibiotiques et de la prévention de l'antibiorésistance

Axe 3 : améliorer la pertinence des soins (prescriptions des actes, des examens et des hospitalisations)

Objectif stratégique n° 5 du COS : consolider les capacités d'anticipation et de réponses appropriées en matière de risques sanitaires et environnementaux

Les objectifs définis visent les moyens d'accompagnement et outils à apporter aux professionnels de santé dans leur pratiques ainsi qu'aux structures pour développer et conforter leur politique de qualité et sécurité des soins, notamment grâce à des propositions en terme méthodologiques et organisationnelles génératrices d'évolutions positives de la culture de gestion des risques.

L'intégration des représentants des usagers dans ces projets s'inscrit pleinement dans le développement d'une démocratie sanitaire éclairée et constructive.

Objectif opérationnel N°1 : l'amélioration de la culture de la sécurité par un appui aux structures et acteurs des trois secteurs de l'offre de santé (ambulatoire, hospitalier et médico-social), dans leur capacité à traiter les événements indésirables associés aux soins notamment des événements indésirables graves (EIG).

La culture de la sécurité est une démarche relativement jeune et dont le développement demande la mise en œuvre de compétences particulières dont tous les établissements de santé ne disposent pas, ou seulement en partie.

La réalisation de cet objectif passe par l'appui aux professionnels de santé grâce à des structures expertes ainsi que par une articulation optimale entre l'ARS et ces structures.

Action N° 1 : en complément des actions réalisées depuis 2016 dans le cadre du PRS 1, l'ARS s'est d'ores et déjà fortement engagée dans un projet de création d'une structure régionale d'appui (SRA) dédiée à la qualité des soins et sécurité des patients.

Elle sera en charge de missions plurielles, au plus près des établissements, dans une logique d'amélioration des pratiques via l'analyse systémique et le retour d'expérience en équipe, concernant notamment :

- l'accompagnement des établissements de santé dans leur démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins grâce à la proposition de formations, l'apport de conseils, d'une expertise;
- l'appui sur site autour d'un objectif ciblé relatif au développement de la culture qualité et sécurité ;
- le développement de la culture du signal en interne ;
- l'appui pour la gestion des événements indésirables graves déclarés selon les dispositions du décret 2016-1606 du 25 novembre 2016 ;
- le renforcement des compétences méthodologiques dans l'analyse approfondie des causes des EIG ;
- l'appui aux établissements de santé en difficulté sur certaines thématiques de la certification ;
- le développement de la communication inter-établissement (partage d'expérience, valorisation des actions entreprises, réseau).

Elle aura également pour mission de contribuer à l'atteinte des objectifs de la politique régionale de l'ARS dans le domaine de la qualité des soins et sécurité des patients ainsi qu'à éclairer celle-ci sur les conclusions relatives aux événements indésirables graves (EIG) déclarés selon les dispositions du décret du 25 novembre 2016.

Le périmètre d'action de cette structure a vocation à évoluer pour être un appui dans un premier temps aux établissements de santé, dans un second temps aux établissements médico-sociaux (EMS) et, in fine, au secteur de ville.

Elle devra également s'intégrer dans le réseau régional de veille et d'appui (RREVA).

Les usagers sont représentés par France Assos Santé au sein du comité d'administration de l'association loi 1901 porteuse de la structure.

Indicateurs de suivi :

- ✓ contractualisation ARS / SRA (indicateurs à définir à cette occasion) ;
- ✓ présentation à l'ARS du bilan annuel de l'année N ainsi que du programme de travail de l'année N+1 en conformité avec les orientations nationales.

Action N°2 : le Centre de Prévention des Infections Associées aux Soins (CPIAS) fait partie des structures expertes sur lesquelles l'ARS doit s'appuyer pour mettre en œuvre les politiques de qualité et sécurité des soins actées au niveau national ainsi que la déclinaison d'actions spécifiques à la Corse pour renforcer la lutte contre les infections associées aux soins.

La Corse est dotée depuis novembre 2017 d'un CPIAS est en charge des missions déjà investies par l'ex ARLIN (Antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales), auxquelles s'ajoute la reprise de certaines missions de l'ex CCLIN (centre de coordination des comités de lutte contre les infections nosocomiales) Sud Est, avec un élargissement de son périmètre d'actions : sanitaire, médico-social et secteur de ville.

Le CPIAS devra veiller à articuler son programme d'action avec celui des autres structures composant le réseau régional de veille et d'appui.

Indicateurs de suivi :

- ✓ élaboration d'une convention avec l'établissement porteur de la structure ;
- ✓ présentation à l'ARS du bilan annuel de l'année N ainsi que du projet de programme de travail de l'année N+1.

Fortes de ces deux structures, l'île sera dotée de deux leviers fondamentaux pour œuvrer à l'amélioration de la qualité des soins et sécurité des patients, par exemple en consolidant les étapes à risques du parcours du patient telles que le passage du patient entre le secteur de ville et le secteur sanitaire grâce à la conciliation médicamenteuse (lors de l'entrée à l'hôpital) ou la lettre de liaison (lors de sa sortie d'hospitalisation). Cela peut se traduire aussi par un renforcement des actions auprès des usagers sur les règles d'hygiène individuelle et collective pour la prévention des maladies infectieuses respiratoires, digestives, respiratoires et cutanées.

Bien que ces deux structures ne soient pas en contact direct avec le patient, elles œuvrent de concert à la sécurisation du processus de soins de ce dernier.

Objectif opérationnel N°2 : le renforcement de la prévention de l'antibiorésistance.

La lutte contre l'antibiorésistance est un enjeu majeur national de santé publique. L'ARS a pour mission, en lien avec l'Assurance Maladie, la mise en œuvre d'un programme d'actions concourant à la réalisation à l'échelle de l'île des objectifs nationaux de la politique de santé publique correspondante.

Les premières données disponibles en 2017 pour la Corse relatives à la consommation d'antibiotiques et des résistances bactériennes associées, font état d'une situation alarmante pour certaines familles d'antibiotiques et dans certains secteurs avec une résistance de l'E. Coli plus forte en région qu'au niveau du réseau Medqual (9 régions concernées à ce jour) ainsi qu'une résistance beaucoup plus forte en EHPAD, concernant l'E. Coli vis-à-vis notamment de l'amoxicilline, des fluoroquinolones, de la ceftriaxone.

La mise en place d'une politique de bon usage des antibiotiques, concertée avec l'ensemble des acteurs locaux concernés est essentielle. La réussite de cette politique est directement liée à la synergie des divers acteurs autour de ces actions.

Un comité de pilotage (COFIL) animé par l'ARS et l'Assurance Maladie a été constitué. Ce COFIL à périmètre variable en fonction des actions envisagées sera composé notamment des partenaires suivants : l'unité fonctionnelle d'infectiologie régionale (UFIR), l'URPS des médecins libéraux, l'URPS des pharmaciens, l'URPS des biologistes, l'URPS des infirmiers, le CPIAS, l'observatoire du médicament des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (OMEDIT), la CIRE (cellule d'institut de veille sanitaire en région) Sud, les usagers, les établissements de santé.

Les usagers sont représentés par France Assos Santé au sein de ce comité de pilotage.

Le COFIL doit être un espace de concertation, d'échange d'idées et de propositions.

Le programme pluriannuel de bon usage des antibiotiques et de lutte contre l'antibiorésistance nécessitera la mise en place d'actions, à prioriser pour certaines par le COFIL :

Action N°1 : la mise à disposition de données actualisées de consommations d'antibiotiques et de résistance bactérienne associée pour le secteur sanitaire, le secteur médico-social et le secteur de ville.

Ces données consistent un outil de pilotage des actions engagées.

Indicateurs de suivi :

✓ Définir 1 à 3 indicateurs de résistance à un germe ciblé et mettre en miroir de 1 à 3 indicateurs de consommation d'antibiotiques

Action N°2 : la formation et l'information des prescripteurs, définies en fonction des données de consommations et de résistance recueillies à l'année N-1.

Indicateurs de suivi :

✓ nombre de prescripteurs ayant bénéficié d'une formation sur le bon usage des antibiotiques pour une pathologie donnée

Action N°3 : la communication auprès du public. La sensibilisation et l'implication des patients dans la juste utilisation des antibiotiques est fondamentale pour diminuer la consommation des antibiotiques.

Indicateurs de suivi :

✓ forme de la communication réalisée (public concerné et date de réalisation).

Action N°4 : le soutien de l'existant.

Il s'agit de prioriser une action par an, validée par le COFIL ; par exemple, cela pourrait être l'appui au conseil téléphonique diagnostique et thérapeutique ou un déploiement élargi des tests d'orientation diagnostic rapide auprès des médecins libéraux et du secteur sanitaire.

Indicateurs de suivi :

✓ définis en fonction de l'action ciblée

Objectif opérationnel N°3 : améliorer la pertinence des actes, prestations, prescriptions et parcours.

Depuis la parution du décret du 19 novembre 2015 relatif à la pertinence des soins, la prise en compte de cette démarche en région s'est traduite par la mise en place de l'Instance Régionale de l'Amélioration de la Pertinence des Soins (IRAPS) en juillet 2016. Cette instance a pour but de concourir à la diffusion de la culture de la pertinence des soins et à la mobilisation des professionnels de santé.

Lors de son installation, l'IRAPS a été consultée pour la publication du premier Plan d'Actions Pluriannuel Régional d'Amélioration de la Pertinence des Soins (PAPRAPS). Ce plan, élaboré sur la base d'un diagnostic régional des taux de recours de 33 gestes ciblés nationalement avait mis en exergue trois actes et une filière identifiés comme atypiques en Corse : les endoscopies digestives, la chirurgie bariatrique, les angioplasties coronaires et le SSR.

Le contrat type d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins CAQES a été signé (socle du contrat) en 2017 pour l'ensemble des établissements de santé de Corse. Ce contrat correspond au plan d'actions régional pour 2018.

Action N°1 : actualiser le PAPRAPS au regard des évolutions réglementaires liées à la création des CAQES comme support de contractualisation « simplifié » (suppression des CBU et des CAQOS) et de l'inscription de nouvelles thématiques prioritaires.

Action N°2 : définir pour chaque thématique prioritaire retenue dans le PAPRAPS, les critères de ciblage pour la signature des volets additionnels « pertinence » des CAQES.

Action N°3 : accompagner et sensibiliser les professionnels de santé aux enjeux de la pertinence, notamment dans le cadre du nouveau plan Ondam.

Chapitre 2 – L'hémovigilance et la sécurité transfusionnelle

Diagnostic

Les deux sites de l'Établissement Français du Sang (EFS) – Ajaccio et Bastia - dépendent de l'EFS Alpes Méditerranée (EFS AM).

Ces deux sites ont une activité de prélèvement limité au sang total et de distribution / délivrance aux quatre dépôts et aux dix établissements transfuseurs de l'île.

Ils ne réalisent pas les examens d'immunohématologie.

Le transport des produits sanguins collectés vers l'EFS Alpes Méditerranée (AM) et l'approvisionnement en produits sanguins labiles (PSL) des sites d'Ajaccio et de Bastia par l'EFS AM sont assurés bord à bord

- par la compagnie de fret aérien du lundi au samedi inclus,
- par la compagnie de voyageurs Air Corsica si besoin le dimanche et les jours fériés
- par la compagnie maritime Corsica Linea, la nuit, lorsque la voie aérienne est indisponible

Des conventions sont passées avec ces compagnies

Les stocks de PSL : compte tenu de la spécificité de la Corse, le stock régional en globules rouges est de 15 jours (12 jours en PACA) et celui des plaquettes a été augmenté (par rapport aux stocks des autres sites)

En période estivale et/ou lorsqu'un évènement médiatique est prévu (manifestation sportive, festival, déplacement de personnalités...) les stocks sont augmentés dans les 2 sites de l'EFS AM et dans les dépôts.

L'approvisionnement en situation dégradée : en cas de nécessité de réapprovisionnement pendant la nuit après le dernier avion du soir, en accord avec l'armée, un approvisionnement des sites sera assuré par hélicoptère au départ du dépôt de sang de l'hôpital de la TIMONE (DZ sur le toit).

Dans le cadre du plan Vigipirate, la mise à disposition de plasma lyophilisé sur la Corse est prévue :

- définition des besoins par les sites EFS locaux
- approvisionnement, sur demande, par le site Marseille – Baille, qui lui-même est réapprovisionné, sur demande, par une cellule de régulation nationale au niveau du siège EFS. Celle-ci est en contact avec le CTSA ? dont le site de production est actuellement en rénovation et retrouvera sa capacité de production fin 1^{er} trimestre 2018
- retour des plasmas lyophilisés vers le site de Marseille Baille pour éviter la péremption (prévoir un délai suffisant de retour) et réapprovisionnement sur demande

Les temps de trajet entre les sites et les établissements de santé à approvisionner, souvent importants (supérieur à deux heures), et l'organisation des sites d'Ajaccio et Bastia, ont conduit à la création de 4 dépôts : 3 dépôts d'urgence vitale et 1 dépôt d'urgence vitale et relai.

La pénurie de ressources médicales est de nature à fragiliser l'organisation de l'hémovigilance et de la sécurité transfusionnelle dans les établissements.

Le maillage territorial

- La coordination régionale d'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle
 - 1 coordonnateur régional d'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle
 - 1 assistante : IDE hémovigilante
 - Basée à l'ARS
- Les sites EFS : dans les centres hospitaliers d'Ajaccio et de Bastia
- Les dépôts

- 3 dépôts d'urgence vitale : centre hospitalier d'Ajaccio, centre hospitalier de Bastia, centre hospitalier de Calvi Balagne
- 1 dépôt d'urgence vitale et relai : Polyclinique du sud de la Corse (Porto Vecchio).
- Leur création ou leur suppression sont fonction des activités autorisées dans les établissements de santé qui les hébergent : toute modification de l'offre de soins pourra entraîner la création ou la suppression d'un dépôt.
- Les établissements transfuseurs :
 - 4 au sud : centre hospitalier d'Ajaccio, centre hospitalier de Castelluccio, SA Clinique d'Ajaccio (Clinisud), Polyclinique du sud de la Corse à Porto-Vecchio
 - 6 au nord : centre hospitalier de Bastia, centre hospitalier intercommunal de Corte Tattone (Corte), centre hospitalier de Calvi Balagne, Polyclinique Maynard, Clinique de Toga, Clinique de Furiani.

Objectif stratégique n°5 : consolider les capacités d'anticipation et de réponses appropriées en matière de risques sanitaires et environnementaux

Il s'agit d'assurer la sécurité transfusionnelle des patients.

Objectif opérationnel N°1 : meilleure prise en compte de la thématique dans les projets médicaux des établissements transfuseurs.

Action N° 1 : créer une équipe pluridisciplinaire au sein de chaque établissement:

- plus ou moins dédiée en fonction de l'activité de l'établissement : regroupant un temps de médecin – le correspondant local d'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle -, un temps d'infirmier(e) ou de sage-femme, un temps de secrétariat, un temps d'ingénieur qualité
- chaque équipe doit remplir les missions réglementaires prévues dans le code de la santé publique (CSP):
 - organiser la traçabilité interne des PSL
 - déclarer les événements indésirables et déclencher les mesures correctrices
 - répondre aux demandes externes: Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM), coordonnateur régional d'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle (CRHST), Etablissement Français du Sang
 - élaborer, actualiser les procédures
 - signaler les difficultés pouvant compromettre la sécurité transfusionnelle : Agence Nationale de Sécurité du Médicament, CRHST
 - représenter activement l'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle aux réunions de son établissement
 - rédiger le rapport annuel d'activité : commission et conférence médicale d'établissement, directeur général de l'établissement, CRHST, ANSM
 - former, informer, évaluer les professionnels impliqués dans le processus transfusionnel

Action N°2: former les membres de l'équipe pluri-disciplinaire aux fonctions de correspondant local d'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle, d'assistante du correspondant, à la gestion de dépôt... (Lieux de formation : Institut National de la Transfusion Sanguine, EFS Alpes Méditerranée).

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre d'équipes constituées
- ✓ nombre de personnes ayant suivi la formation correspondant au poste occupé
- ✓ taux de traçabilité des PSL

Objectif opérationnel N°2 : création d'un réseau régional d'hémovigilance et sécurité transfusionnelle

Action N°1 : réunion annuelle de toutes les équipes qui visera à

- créer des liens entre les équipes
- échanger sur les pratiques, les problématiques, les besoins
- tendre vers l'uniformisation des pratiques régionales : informatisation, prescription, dossier transfusionnel, procédures, gestion documentaire...

Indicateur de suivi : tenue d'une réunion régionale annuelle

Objectif opérationnel N°3 : inspection réglementaire des dépôts pendant la durée de l'autorisation.

Les dépôts sont autorisés lorsqu'un établissement de santé transfuseur est situé à une grande distance d'un établissement de transfusion sanguine. Leur implantation est décidée en concertation entre l'ARS et EFS lors de l'établissement du schéma d'organisation de la transfusion sanguine (SOTS).

Leur présence contribue à une amélioration de la qualité des soins et de la sécurité transfusionnelle.

Les dépôts de sang font l'objet d'au moins une inspection par l'agence régionale de santé pendant la durée de validité de l'autorisation.

Indicateur de suivi : taux de réalisation des inspections réglementaires

Chapitre 3 – La santé environnementale

Notre cadre de vie et notre santé

Notre environnement, qu'il soit resté à l'état naturel, transformé par l'homme, que l'on soit à domicile, dans un lieu public, dans tel ou tel groupe social ou professionnel nous amène à interagir et influe sur notre état de bien-être et de santé.

En Corse, le cadre de vie est marqué par des traits spécifiques qui sont aussi le reflet de réalités liées à l'insularité, à l'organisation du territoire, aux infrastructures publiques, à la perception collective du risque, aux inégalités sociales et aux échanges multi-factoriels que la Corse connaît (nouveaux virus, parasites, espèces envahissantes et moustiques). C'est le cas par exemple, de la qualité de l'approvisionnement en eau potable qui est corrélée à une certaine organisation du territoire, ou encore, des expositions au radon ou à l'amiante, spécifiques de certains secteurs géologiques qui mettent aussi en lumière une perception asymétrique du niveau de risque par le public.

Les politiques publiques ont vocation à agir sur le cadre de vie pour qu'il soit favorable à la santé ; le plan régional santé environnement (PRSE) de la Corse, porté par les services de l'Etat, de la Collectivité de Corse et de l'ARS doit être en cohérence avec le projet régional de santé.

Les enjeux

En quoi la mobilisation des acteurs du système de santé, en Corse, au travers du Projet régional de santé, peut répondre aux enjeux de santé environnementale ?

C'est en agissant au domicile de chacun, auprès des publics les plus vulnérables, dans les comportements quotidiens qu'il est possible de modifier les conséquences défavorables de certains facteurs de l'environnement sur la santé. Les professionnels de santé, lors de leurs visites à domicile, ou en entretien singulier avec les patients au cabinet comme en officine sont à même de porter et d'expliquer ces messages de prévention.

Dans le champ de la santé environnementale, le projet régional de santé de la Corse identifie 3 axes stratégiques :

- l'amélioration de la qualité de l'air intérieur et extérieur ;
- la lutte contre les maladies à vecteurs ;
- la structuration de réseaux, l'information et la formation des professionnels de santé, comme relais des politiques de prévention en santé environnement.

Objectif n°5 du COS : consolider les capacités d'anticipation et de réponses appropriées en matière de risques sanitaires et environnementaux

Axe 1 - L'amélioration de la qualité de l'air intérieur et extérieur

Objectif opérationnel N°1 : améliorer la connaissance de l'exposition et de l'impact des polluants atmosphériques en Corse.

Au niveau national, la pollution atmosphérique serait responsable chaque année de 48 000 décès. Il n'est actuellement pas possible d'extrapoler cet impact à l'échelle de la Corse, compte tenu d'un bassin de population trop faible pour dégager des conclusions statistiquement représentatives. Cependant, certaines sources de pollutions atmosphériques identifiées en Corse mettent la lumière sur un premier enjeu ; celui de la nécessité de constituer de la connaissance territoriale partagée, tant sur les expositions que sur les impacts. Cela concerne la poursuite, voire le renforcement du réseau de surveillance de la pollution atmosphérique générale assurée par l'association Qualit'air Corse, mais également l'approfondissement des recherches sur certains polluants spécifiques comme par exemple la présence de pesticides dans l'air, les retombées atmosphériques des carrières d'extraction de matériaux, les brûlages de végétaux, les incendies, les pollens et les rejets des navires à quai. La surveillance des pollens et des substances allergisantes mérite d'être étendue au-delà du bassin d'Ajaccio, en faisant appel le cas échéant à des démarches complémentaires et participatives comme les jardins témoins. Il semble également nécessaire de développer une analyse de plus en plus fine des conséquences de ces polluants sur la santé, que ce soit en matière de passages aux urgences, de décès prématurés et de prévalence de certaines pathologies associées à ces expositions.

Le besoin de connaissances locales concerne aussi les polluants de l'air intérieur. Il s'agit notamment du radon, mais aussi de la présence de polluants à l'intérieur de bâtiments accueillant du jeune public (composés organiques volatils, hydrocarbures aromatiques polycycliques), voire de substances allergisantes ou de perturbateurs endocriniens.

Action N°1 : accompagner la réalisation d'études visant à quantifier l'exposition aux pesticides dans l'air.

Action N°2 : accompagner la réalisation d'études visant à quantifier les retombées atmosphériques des navires à quai.

Action N°3 : accompagner la création de dispositifs de surveillance des pollens et substances allergisantes.

Action N°4 : accompagner les campagnes de mesures des polluants de l'air intérieur.

Action N°5 : accompagner les campagnes de mesures du radon dans les logements

Indicateur de suivi : constitution d'une base de données géo-référencées de surveillance de polluants spécifiques

Objectif opérationnel N°2 : améliorer la diffusion des données disponibles en matière de surveillance de la qualité de l'air et des mesures de prévention associées.

Les pollens sont mesurés de façon hebdomadaire dans la région d'Ajaccio et ces mesures alimentent la base nationale du RNSA (réseau national de surveillance aéropollinique). Cette surveillance mériterait une meilleure diffusion auprès des professionnels de santé et des patients allergiques afin qu'ils puissent adapter leur traitement de façon spécifique, en fonction des pollens circulants. De même, la pollution atmosphérique est surveillée en continu et lorsque survient un pic de pollution, des préconisations sont diffusées par les autorités, à l'attention des publics fragiles.

Le relais par les professionnels de santé de ces recommandations de portée générale (explications complémentaires aux questions posées par les patients, préconisation de traitement ou d'attitude spécifique pour certain public) constituerait un levier supplémentaire pour réduire l'impact sanitaire de la pollution atmosphérique.

En matière de pollution de l'air intérieur, des recommandations au cas par cas peuvent être formulées par les professionnels de santé à leurs patients, pour renouveler l'air, fournir des explications sur le radon, le monoxyde de carbone, les allergènes, voire envisager l'intervention de conseiller médicaux en environnement intérieur (CMEI).

Action N°1 : relayer auprès des professionnels de santé et du public la surveillance aéropollinique.

Action N°2 : relayer auprès des professionnels de santé les données de surveillance de la qualité de l'air et les mesures de prévention associées.

Action N°3 : relayer auprès des professionnels de santé les mesures de prévention visant à réduire l'exposition au radon et aux polluants intérieurs.

Indicateur de suivi : taux de signalements de pollutions atmosphériques transmis à l'URPS médecins relayés auprès des professionnels du réseau.

Objectif opérationnel N°3 : promouvoir l'engagement des professionnels de santé, comme relais des actions d'amélioration de la qualité de l'air intérieur et extérieur.

Compte tenu de leur présence sur le territoire, de la relation de proximité qu'ils entretiennent avec les patients et des vecteurs de communication dont ils disposent, les professionnels de santé, en particulier les pharmaciens d'officines ou les infirmiers sont des relais efficaces des initiatives concourant à améliorer la qualité de l'air extérieur et intérieur.

Ainsi la promotion par ces professionnels de santé auprès de leurs patients des alternatives au brûlage des déchets verts, des mobilités douces (marche, vélo, navette...) permettant de réduire l'usage de la voiture, des transports en commun (train, bus, navette...), des véhicules propres donnerait un élan supplémentaire à ces politiques d'amélioration de la qualité de l'air.

Action N° 1 : mieux associer les professionnels de santé aux réflexions et initiatives concourant à améliorer la qualité de l'air intérieur et extérieur.

Action N°2 : mobiliser davantage les vecteurs de communication des professionnels de santé dans la diffusion des messages de prévention.

Action N°3 : encourager les professionnels de santé à décliner à travers les entretiens singuliers ou les visites à domicile avec les patients les messages concourant à améliorer la qualité de l'air.

Indicateur de suivi : nombre de campagnes de prévention sur la qualité de l'air relayées sur les écrans des officines de pharmacies.

Axe 2 - La lutte contre les maladies vectorielles

Objectif opérationnel N°1 : encourager la transmission rapide par les professionnels de santé des signalements de pathologies vectorielles

La présence en Corse de nombreux vecteurs potentiels de maladies, combinée à de nombreux mouvements de personnes, qu'il s'agisse de résidents partant en voyage ou de touristes, font que le risque d'introduction de pathologies émergentes ou inhabituelles en Corse est réel.

La maîtrise de leur expansion est étroitement liée au délai d'intervention des acteurs de l'environnement, conditionné par la qualité et la réactivité de la transmission du signalement par les premiers à rencontrer les personnes malades que sont les professionnels de santé.

S'il existe un système organisé et performant de remontée des données d'analyses laboratoires, le signalement précoce au moment du diagnostic clinique permet de prendre des mesures de prévention ciblées.

Action N°1 : assurer une information régulière des professionnels de santé sur les risques de pathologies vectorielles.

Action N°2 : identifier des professionnels de santé référents, en capacité d'appuyer les professionnels dans le diagnostic, l'orientation et la prise en charge de patients porteurs de pathologies vectorielles.

Action N°3 : informer de façon périodique les professionnels de santé des actions menées sur l'environnement suite à des signalements de pathologies vectorielles.

Indicateur de suivi : proportion de signalements de suspicions de pathologies vectorielles provenant directement d'un professionnel de santé en Corse.

Objectif opérationnel N°2 : réduire le risque moustique au sein des lieux d'accueil de patients en Corse.

Les établissements de santé ou les cabinets médicaux seront les premiers lieux dans lesquels se rendraient les patients atteints de pathologies vectorielles. Si pendant leur temps d'attente, ils se font piquer par un moustique vecteur, pourra démarrer alors une chaîne locale de transmission de la maladie. Les lieux d'accueil des patients sont donc sensibles au risque vectoriel et justifient d'une attention particulière vis-à-vis du risque de prolifération de moustiques. Il s'agit donc au travers d'actions de contrôles, de sensibilisation, d'accompagnement de promouvoir des lieux d'accueil de patients protégés du risque moustique.

Action N°1 : mettre en œuvre des audits moustiques auprès des établissements de santé et construire des partenariats entre les services techniques des établissements et les services de démoustication.

Action N° 2 : sensibiliser en priorité les lieux d'accueil de patients (cabinets médicaux, officines) sur l'intérêt de prévenir la prolifération de moustiques.

Indicateur de suivi : nombre d'établissements de santé ayant bénéficié d'un « audit moustique »

Objectif opérationnel N°3 : Sensibiliser les professionnels de santé au risque vectoriel et les moyens de le prévenir.

Il est important que les professionnels de santé disposent d'une information actualisée sur les risques ou pathologies auxquels les personnes peuvent être exposées, sur les moyens de s'en protéger et sur les consignes de vigilance au retour d'un voyage (efficacité ou non de certains répulsifs, conseils auprès des infirmiers ou aides à domicile sur des mesures permettant d'éviter la prolifération de moustiques à domicile).

Action N°1 : assurer un accès des professionnels de santé à une information actualisée sur les pathologies vectorielles dans le monde.

Action N°2 : assurer une information périodique des professionnels de santé, en particulier avant la période estivale, sur le niveau de risque vectoriel en Corse et les mesures de prévention correspondantes.

Action N°3 : promouvoir auprès des professionnels de santé le dépistage de la bilharziose.

Indicateur de suivi : nombre annuel de séances d'information des professionnels de santé au risque vectoriel.

Axe 3 - La structuration de réseaux, l'information et la formation des professionnels de santé, comme relais des politiques de prévention en santé environnement

Les professionnels de santé disposent à la fois de réseaux de diffusion de l'information, d'une présence sur le territoire, d'une écoute des patients, mais également d'un intérêt manifesté à de nombreuses reprises sur les sujets touchant à l'environnement en Corse. Il existe donc un enjeu réel à les associer davantage aux initiatives et stratégies d'amélioration de l'environnement, ainsi qu'aux actions de formation et d'information dans ce domaine. De façon générale, il est utile d'encourager les initiatives permettant de diffuser les valeurs de la santé environnementale.

Objectif opérationnel N°1 : construire et mettre en œuvre avec les professionnels de santé des stratégies partagées de mobilisation.

L'amélioration de la qualité de l'air intérieur ou la lutte anti-vectorielle nécessitent l'implication des individus dans la mise en œuvre de gestes de prévention à domicile que les professionnels de santé peuvent relayer avec efficacité. Il importe donc de les associer en amont des stratégies de communication et de mobilisation.

Action N°1 : associer les professionnels de santé à la stratégie partagée de mobilisation de lutte contre les moustiques.

Action N°2 : associer les professionnels de santé à la stratégie partagée de mobilisation sur la qualité de l'air intérieur.

Indicateur de suivi : nombre d'officines de pharmacies relayant la communication sur le risque moustique

Objectif opérationnel N°2 : développer une capacité de surveillance et d'expertise en Corse sur les pathologies vectorielles.

Compte tenu de son positionnement géographique, la Corse, plus que d'autres régions métropolitaines est concernée par les pathologies vectorielles ou émergentes, ce qui justifie qu'elle développe une capacité locale d'analyse et de réponse à ce type d'enjeu.

Action N° 1 : accompagner la montée en compétences des laboratoires environnementaux de Corse pour la recherche des pathogènes vectoriels (bilharziose notamment)

Action N°2 : identifier des relais en Corse disposant d'une expertise sur les pathologies vectorielles pouvant apporter un appui aux professionnels de santé

Action N° 3 : examiner l'opportunité de créer en Corse un comité d'expert des maladies infectieuses et émergentes

Action N°4 : capitaliser et valoriser au niveau national l'expérience de terrain acquise dans la surveillance et la gestion de la bilharziose

Indicateur de suivi : développement d'une capacité d'analyse laboratoire des pathologies vectorielles en Corse.

Objectif opérationnel N°3 : structurer des réseaux de professionnels autour d'enjeux de santé environnement.

Plusieurs thématiques en santé environnement nécessitent la construction de réseaux d'acteurs à l'échelle de micro-territoires. C'est le cas notamment de la collecte des déchets d'activités de soins, autour de bornes d'apports volontaires réparties sur le territoire, ou bien de la lutte contre les moustiques.

Action N°1 : développer des réseaux territoriaux d'infirmiers pour structurer la collecte des déchets d'activité de soins

Action N°2 : accompagner sur des sujets de santé environnement la mise en œuvre des contrats territoriaux de santé

Indicateur de suivi : nombre de réseaux territorialisés de professionnels de santé organisant la collecte des déchets de soins.

Objectif opérationnel N°4 : soutenir la création et le développement de modules de formations en santé environnement.

En Corse, plusieurs organismes assurant des formations de professionnels pouvant avoir un lien avec la santé ou l'environnement, sans que des modules spécifiques existent. C'est le cas notamment des instituts de formation en soins infirmiers, de la filière médicale de l'Université de Corse, du centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT).

Action N° 1 : développer avec le CNFPT des modules de formation des collectivités dans les domaines de l'habitat insalubre, la LAV, la gestion de l'eau potable

Action N°2 : formaliser des liens avec l'Université de Corse pour promouvoir l'enseignement de la santé environnementale dans la formation des étudiants de la filière sanitaire

Action N°3 : Développer l'offre de formation en santé environnement au niveau des IFSI de Corse du Sud et de Haute-Corse

Action N°4 : proposer aux URPS des initiatives de formation et d'information des professionnels sur des sujets de santé environnementale

Action N°5 : accompagner la montée en compétences des nouveaux acteurs issus de la loi Notre (intercommunalités en charge de la gestion de l'eau potable)

Indicateur de suivi : nombre d'actions de formation en santé environnement mises en œuvre chaque année dans les IFSI.

Chapitre 4 – La veille et la sécurité sanitaires

Diagnostic

La Corse, comme toutes les régions, est confrontée à un ensemble de risques sanitaires, que ce soit des maladies à déclaration obligatoire, d'autres situations épidémiques ou à potentiel épidémique, ou encore des événements indésirables susceptibles d'avoir un retentissement sur la santé des populations et/ou l'organisation des soins.

Constat après le PRS1 (points forts et points faibles) :

Une plate-forme de capture des alertes sanitaires et environnementales a été mise en place, avec l'utilisation d'une application informatique appelée « orages » pour partager les informations. Aux fins de recueillir les signalements, un numéro de téléphone et une adresse mèl uniques dont le relai est pris par l'astreinte administrative de l'ARS en dehors des jours et heures ouvrables, ont été créés.

Le constat fait après le PRS1 montre une lisibilité insuffisante pour les partenaires du point d'entrée des signaux à l'ARS, ainsi qu'un manque de protocoles et procédures actualisés pour leur réception et leur traitement. On note également globalement une sous-déclaration des événements pouvant avoir un impact sur la santé, que ce soit de la part des établissements ou des professionnels.

La réglementation a évolué vers la mise en place d'un point focal régional (PFR) devant représenter le point d'entrée unique ascendant ou descendant de tout signalement ou déclaration d'événements sanitaires. Le système d'information a été remplacé par un logiciel commun à toutes les ARS appelé SIVSS.

Les axes de travail pour le PRS 2 :

Outre le renforcement des dispositifs existants, les axes de travail intègrent les nouvelles orientations nationales définies dans le cadre législatif depuis la fin de l'année 2016. Il s'agit principalement d'affirmer le rôle de l'ARS en tant que pilote de la veille et de la sécurité sanitaires.

Le signalement au point focal régional de l'ARS, de tout événement indésirable grave associé aux soins est une obligation qui s'impose à toutes les structures sanitaires et médico-sociales, à tous les professionnels de santé, et une possibilité ouverte aux usagers à travers la mise en ligne d'un accès pour tous à un portail de signalement des événements sanitaires indésirables.

L'ARS doit également mettre en place et piloter un réseau des vigilances sanitaires à l'échelon régional.

Objectif n°5 du COS : consolider les capacités d'anticipation et de réponses appropriées en matière de risques sanitaires et environnementaux.

Conforter la qualité et l'efficacité des dispositifs et des organisations en matière de veille sanitaire.

Objectif opérationnel N°1 : améliorer la détection précoce et la gestion des événements pouvant avoir un impact sur la santé des personnes et des collectivités.

Le signalement le plus précoce possible et la mise en place de mesures de gestions efficaces représentent les garanties d'une maîtrise des risques sanitaires.

Action N°1 : développer le signalement des maladies et des événements dans et hors les systèmes de surveillance

- améliorer la visibilité du point focal régional comme point d'entrée unique des signalements à l'ARS en multipliant les actions de communication auprès des partenaires,
- renforcer l'utilisation du dispositif de signalement des maladies à déclaration obligatoire, et contribuer à la mise en place du signalement par voie électronique (e-DO)
- promouvoir le signalement des événements indésirables,
- renforcer l'utilisation d'outils tels que le portail des signalements,
- maintenir un état des lieux actualisé des capacités de diagnostic biologique permettant d'obtenir des résultats rapides et fiables, et clarifier les circuits d'envoi des prélèvements sur le continent, quand cela est nécessaire,
- développer les procédures de réception des signalements et déclarations au sein de l'ARS
- mettre en place une rétro information systématique des déclarants,
- faire un bilan d'activités périodique et le diffuser en Corse.

Action N°2 : renforcer les capacités de gestion d'événements exceptionnels à potentiel épidémique qui seraient signalés.

- s'assurer que des procédures d'identification et de circuit des patients porteurs de maladies hautement transmissibles et de leurs éventuels contacts soient développées et connues des acteurs concernés au sein des établissements, y compris pour les isolements et /ou transferts de patients selon les cas,
- formaliser les protocoles d'échanges et de coordination et contribuer au renforcement des capacités diagnostiques pour de telles situations,
- organiser des réunions thématiques périodiques,
- développer des outils d'information rapide des professionnels et du grand public sur des situations présentant un risque sanitaire,
- promouvoir les pratiques de retour d'expérience et en assurer selon les cas l'organisation
- coordonner le cas échéant avec les acteurs de la prévention le développement d'actions susceptibles d'agir sur des facteurs de risque de certains événements

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre d'actions de communication faites,
- ✓ nombre de signalements reçus,
- ✓ élaboration de procédures et de bilans périodiques d'activité,
- ✓ diffusion des bilans,
- ✓ comptes rendus de réunions thématiques,
- ✓ suivi de la mise en place de chambres d'isolement et d'élaboration de documents de circuit des patients hautement contagieux,
- ✓ nombre de retours d'expérience (RETEX) sur les événements à potentiel épidémique.

Objectif opérationnel N°2 : structurer et animer les réseaux régionaux

La constitution d'un réseau des partenaires apporte les bases d'une relation de confiance permettant d'assurer l'échange de bonnes pratiques

Action N°1 : mettre en place un réseau régional de partenaires de veille sanitaire

- Identifier les acteurs de veille sanitaire et tenir à jour leurs coordonnées

- Créer un réseau de veille sanitaire permettant un échange d'informations entre les différentes personnes, institutions, établissements ou services
- Inscrire les acteurs des deux départements dans une dynamique régionale d'amélioration continue des pratiques
- Organiser régulièrement des réunions de veille sanitaire à visée d'information réciproque et de partages d'expérience

Action N°2 : consolider et coordonner la politique de vigilance sanitaire.

- identifier pour la Corse les différents référents au sein des structures constituant le RREVA (Réseau Régional de Vigilance et d'Appui)
- élaborer les conventions avec chaque vigilant
- constituer le Réseau régional des vigilances et d'appui de la Corse
- élaborer un programme de travail avec les structures constituant le RREVA
- animer des réunions périodiques du RREVA
- déterminer les programmes d'actions en définissant les axes prioritaires d'intervention au vu de la situation régionale
- organiser des réunions de sécurité sanitaire régionale

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre de réunions de veille sanitaire et de rencontres avec les partenaires
- ✓ élaboration de conventions avec les différentes vigilances
- ✓ nombre de réunions du REEVA
- ✓ nombre de réunions de sécurité sanitaire régionale

Chapitre 5 – La gestion des situations sanitaires exceptionnelles

Diagnostic

L'existence de menaces et de risques en Corse

La Corse peut avoir à faire face à des situations exceptionnelles pouvant déstabiliser l'organisation habituelle du système de santé. Cela peut être dû à l'afflux de victimes en grand nombre, suite à une catastrophe, une épidémie, un phénomène météorologique majeur (canicule, inondations) ou au fait que des opérateurs majeurs du système de santé ne sont plus en capacité de répondre.

Pour faire face à ces événements, la Corse dispose de moyens propres, qu'il s'agisse de ressources ordinaires (hospitalières, ambulatoires, publiques ou privées), d'organisations spécifiques (plans blancs, dispositif ORSAN) ou d'équipements exceptionnels (postes sanitaires mobiles).

Cependant, il peut arriver, selon l'ampleur de l'événement (attentat avec nombreuses victimes) ou bien de la nature des blessures des victimes devant être prises en charge (pédiatriques, grands brûlés, etc.), que les capacités de réponse propres à la Corse soient dépassées et nécessitent de faire appel à des renforts en provenance du continent.

Les procédures internes devront être adaptées, les personnels suffisamment formés et les équipements opérationnels.

Depuis plusieurs années, un travail d'harmonisation des différents plans de secours a été mené, en regroupant les stratégies de réponse des acteurs du système de santé autour du dispositif ORSAN qui reste à consolider.

La préparation et la réponse du système de santé en Corse aux situations exceptionnelles constitue une préoccupation forte du projet régional de santé. Ainsi, l'article R 1434-6 du code de santé publique rappelle que « *le schéma régional de santé comporte des objectifs visant à [...] 4° préparer le système de santé à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles déclinées dans le dispositif ORSAN mentionné à l'article L 3131-11* ».

Les enjeux

La résilience des acteurs de santé en Corse a ce type d'événement majeur, la plupart du temps difficile à prévoir, repose sur 3 axes stratégiques complémentaires :

- Avant l'alerte, se préparer
- Pendant l'alerte, réagir vite et efficacement
- Après l'alerte, évaluer et prévenir.

Objectif n°5 du COS : consolider les capacités d'anticipation et de réponses appropriées en matière de risques sanitaires et environnementaux.

Axe 1 – Avant l’alerte, se préparer

Objectif opérationnel N°1 : approfondir la connaissance sur les menaces et les moyens disponibles pour y faire face

La typologie des risques, des menaces n’est pas homogène sur le territoire national et la Corse connaît des spécificités liées à son climat (risque incendie), son tissu industriel (Seveso seuil haut en zone agglomérée) ou son activité touristique (navires de croisières). De la même manière, elle ne dispose pas des mêmes ressources, notamment sanitaires pour y faire face et dépend fortement de renforts du continent.

Action N°1 : approfondir la connaissance sur la quantification des risques et menaces présents en Corse, ainsi que leur impact potentiel sur le système de santé.

Action N°2 : disposer d’une connaissance actualisée et agrégée des capacités de réponse ordinaires du système de santé, ainsi que des seuils de rupture.

Action N°3 : accompagner le développement des outils de suivi dynamique des ressources (ROR, etc.) et des impacts (Résumé de passage aux urgences - RPU, certification électronique des décès).

Action N°4 : identifier les possibilités de renforts en Corse et depuis le continent, ainsi que les modalités de recours.

Indicateur de suivi : nombre d’établissements de santé renseignant de façon dynamique le ROR

Objectif opérationnel N°2 : renforcer les capacités locales de réponse aux situations exceptionnelles ou complexes

Compte tenu des délais nécessaires à la mobilisation de certaines ressources du continent ou du fait que certaines situations nécessitent une prise en charge minimale en Corse, notamment pour les patients atteints de pathologies hautement contagieuses, il importe de disposer d’une capacité minimale permettant de répondre à l’événement dans les premières heures. Cela passe notamment par l’existence de postes sanitaires mobiles (lots PSM1 – prise en charge de 25 victimes), mais également de chambres d’isolement à pression négative pour les patients hautement contagieux, de procédures rodées de prélèvements et d’envoi d’échantillons biologiques contenant potentiellement des agents hautement pathogènes (Ebola).

Action N° 1 : maintenir des moyens de réponse tactiques (lots PSM) opérationnels.

Action N°2 : renforcer les capacités locales de prises en charge complexes (isolement, diagnostic,...).

Indicateur de suivi : nombre de chambres d’isolement de patients hautement contagieux

Objectif opérationnel N°3 : formaliser et actualiser les documents de planification

La réponse aux risques et menaces qui peuvent affecter la Corse nécessite d’être préparée et coordonnée. Il s’agit donc que les plans d’urgence élaborés par les préfets, en particulier les dispositifs ORSEC soient articulés avec les plans de réponse des acteurs du système de santé, notamment les volets ORSAN. L’organisation mise en place par un établissement de santé, au travers du plan blanc ou du plan de sécurisation d’établissement, doit être cohérente avec celle mise en œuvre au niveau régional (ORSAN), comme au niveau zonal (plan zonal de mobilisation), avec un focus particulier sur les modalités de déploiement des renforts, dont dépendent grandement les acteurs en Corse en cas de situation sanitaire exceptionnelle.

La dynamique de convergence des plans départementaux sectoriels (plan canicule, plan vaccination, etc.) vers des dispositifs de réponse globaux (ORSAN-Clim, ORSAN-AMAVI, etc.) doit se poursuivre.

Enfin, des documents de planification synthétiques auront vocation à davantage fixer des principes d’organisation, qui seront plus largement connus, durables et adaptables en fonction de la situation.

Action N°1 : veiller à l'actualisation des plans blancs d'établissements.

Action N°2 : rédiger et veiller à l'actualisation régulière des dispositifs ORSAN.

Action N°3 : veiller à l'élaboration des plans de sécurisation des établissements de santé (PSE).

Action N°4 : veiller à l'actualisation régulière des documents internes d'organisation de l'ARS en situation exceptionnelle.

Indicateur de suivi : nombre de plans blancs actualisés

Objectif opérationnel N°4 : promouvoir une culture collective de réponse aux situations sanitaires exceptionnelles

Parfois considérée comme étant réservée à quelques spécialistes, la réponse aux situations exceptionnelles mérite d'évoluer vers une pratique professionnelle connue d'un plus grand nombre d'acteurs du système de santé. Il s'agit aussi d'accroître le nombre de professionnels de santé, aptes à répondre rapidement à ce type de situation qu'il s'agisse de la prise en charge somatique ou psychologique (cellule d'urgence médico-psychologique - CUMP). A l'instar des formations aux premiers secours qui permettent aux non spécialistes de pratiquer des gestes utiles sur les victimes dans l'attente des secours, il paraît opportun de développer une offre de formation permettant de promouvoir une culture collective de réponse aux situations exceptionnelles.

De même, le risque d'attentat nécessite de développer de nouvelles pratiques de prise en charge des victimes, en particulier le damage control, ainsi qu'un meilleur suivi des victimes dans leur parcours de prise en charge (Système d'information des victimes – SI-Vic).

Action N°1 : veiller à l'organisation régulière de formations des professionnels de santé aux outils et techniques de réponse aux situations exceptionnelles (damage control, systèmes d'information).

Action N°2 : maintenir un réseau actif et coordonné au niveau de la région de professionnels volontaires pour participer aux cellules d'urgence médico-psychologiques (CUMP).

Action N°3 : accroître le nombre d'agents au sein de l'ARS formés à la réponse aux situations exceptionnelles.

Action N°4 : promouvoir au sein de l'ARS les formations concourant à la construction d'une culture du risque (premiers secours, etc.).

Indicateur de suivi : nombre annuel de sessions de formation aux situations exceptionnelles dans les établissements de santé

Axe 2 – Pendant l'urgence, réagir vite et efficacement

Objectif opérationnel N°1 : disposer de circuits d'alertes et de montée en charge opérationnels et réactifs

Le délai entre le début d'un événement grave et la mise en œuvre opérationnelle des moyens de réponse doit être rapide. Si les SAMU interviennent chaque jour dans ce type de situation et sont rapidement opérationnels, les déclenchements des cellules de crises dans les différents services (hôpitaux, préfecture, ARS) sont moins fréquents et mobilisent un grand nombre d'acteurs. Il s'agit donc de disposer d'outils, si possible automatisés (SMS, messagerie...), permettant le rappel rapide des personnels, mais surtout de procédures et de listes de contacts actualisées, de systèmes d'astreintes, de points d'entrée clairement identifiés dans les structures et dans la mesure du possible moins personne-dépendants.

Action N°1 : veiller à l'actualisation régulière et partagée des listes de contacts fonctionnels des structures sanitaires et médico-sociales susceptibles d'intervenir en situation de crise.

Action N°2 : disposer de procédures réflexes à l'attention des cadres d'établissements et de l'ARS permettant d'activer rapidement les organisations de crise.

Action N°3 : développer les outils permettant de lancer une alerte automatisée des agents et de rappel des personnels.

Indicateur de suivi : délai moyen d'activation des cellules de crise (hôpitaux, ARS)

Objectif opérationnel N°2 : disposer de structures de commandement de la chaîne santé opérationnelles, réactives et coordonnées

De nombreux acteurs interviennent en situation exceptionnelle (SAMU, SDIS, préfecture, collectivités, ARS, hôpitaux, forces de l'ordre, zone de défense, etc.), avec plusieurs centres de commandement qui doivent être coordonnés (poste médical avancé, poste de commandement opérationnel, centre opérationnel de défense, cellule d'appui ARS, cellule de crise hôpital, cellule de crise de la collectivité, etc.).

Chaque acteur dispose de prérogatives (opérationnelles, administratives...), mais il existe des zones de croisement de responsabilités et de nombreux canaux de transmission de l'information qui imposent une identification précise afin d'éviter de la confusion dans une situation nécessitant une grande réactivité.

Il est donc nécessaire de caler à froid, et d'éprouver lors d'exercices, le champ de responsabilités des différents échelons d'intervention, d'identifier les niveaux d'autorité et de veiller à respecter les circuits de transmission de l'information et des consignes.

Action N° 1 : clarifier les champs de responsabilités des acteurs de la chaîne santé (SAMU, hôpital, ARS, zone) et celles des différents centres de commandement (poste médical avancé - PMA, centre opérationnel départemental - COD, cellule régionale d'appui - CRA, cellule crise hôpital) en situation exceptionnelle.

Action N°2 : veiller au respect des circuits d'alerte et de transmission des informations et des consignes entre les différents échelons de la chaîne santé.

Action N°3 : veiller à l'utilisation partagée des systèmes d'informations en santé dédiés au suivi des situations exceptionnelles (ROR, SIVIC, Portail-Orsec...).

Indicateur de suivi : procédures validées de transmission de l'information et des commandes des acteurs du système de santé.

Objectif opérationnel N°3 : être capable de gérer la crise dans la durée

Pouvoir gérer une crise requiert des locaux dédiés, des équipements, des organisations permettant de fonctionner en mode dégradé et des personnels formés pour prendre la relève et assurer la continuité de la mission.

Ces équipements, notamment de téléphonie, étant utilisés de façon ponctuelle, il est nécessaire de vérifier régulièrement leur caractère opérationnel. De même, il est nécessaire de veiller à la formation périodique des personnels (dans les établissements de santé, comme en ARS) pouvant être mobilisés en renfort en cas d'événement durable.

Action N° 1 : disposer au sein des établissements de santé, de l'ARS de personnels formés pouvant prendre la relève de la conduite de crise, sur l'ensemble des champs de compétences.

Action N°2 : pré-identifier au sein des établissements de santé et de l'ARS, les lieux et équipements mobilisés en situation de crise.

Action N°3 : vérifier de façon régulière le caractère opérationnel des équipements dédiés à la conduite de crise (transmissions, produits de santé, etc.).

Action N°4 : procéder à des sessions périodiques d'information des personnels pouvant être appelés en renfort en situation exceptionnelle.

Indicateur de suivi : existence de salles de crises identifiées au sein des établissements de santé de niveau 1 et 2 du dispositif ORSAN

Objectif opérationnel N°4 : être capable de mobiliser rapidement les moyens exceptionnels disponibles en Corse

A l'échelle de la Corse, des procédures et moyens particuliers peuvent être mobilisés pour faire face à une situation exceptionnelle : l'utilisation de postes sanitaires mobiles (lots PSM1), les réquisitions de professionnels (notamment ambulanciers) ou de matériels (produits de santé), le rappel de personnels en congés, le recours à la réserve sanitaire ou aux volontaires des CUMP, la déprogrammation d'opérations non urgentes, les sorties anticipées de patients, etc.

Les produits de santé ou équipements présents dans les malles PSM doivent être régulièrement renouvelés et vérifiés. Certains équipements (tenues NRBC, masques, etc.) nécessitent pour les utiliser un savoir-faire particulier qui s'entretient régulièrement. Les procédures de réquisitions doivent être anticipées et réfléchies quant à la proportion de professionnels dédiés à la gestion de la crise et celle prévue pour répondre aux situations ordinaires.

Action N°1 : garantir une maintenance régulière des lots PSM et réaliser des inspections périodiques.

Action N°2 : garantir des formations régulières à l'utilisation des équipements spécifiques (NRBC, etc.).

Action N°3 : identifier au sein des plans blancs d'établissements les modalités de rappels de personnels, de déprogrammation et de sorties anticipées.

Action N°4 : disposer d'arrêtés types de réquisition de professionnels ou de moyens, réfléchis avec les professionnels concernés.

Action N°5 : garantir une animation régionale du réseau des professionnels volontaires en urgence psychologique (CUMP).

Indicateur de suivi : fréquence d'inspections des lots PSM1

Objectif opérationnel N°5 : être capable de mobiliser rapidement les renforts

En cas de dépassement des capacités exceptionnelles de réponse des acteurs de santé en Corse, des renforts provenant soient d'autres acteurs locaux (sécurité civile, militaires) ou du continent peuvent être sollicités. Il peut s'agir de places d'accueil dans les hôpitaux du continent, de moyens aériens pour évacuer les victimes, de professionnels en renforts des hôpitaux ou de la réserve sanitaire, des lots de type PSM2 (pouvant prendre en charge 500 victimes), de produits sanguins ou de santé et de moyens de communication. Cependant, leur mobilisation est encadrée par des circuits de validation hiérarchique et nécessite une logistique ainsi que des délais d'acheminement en Corse.

Action N°1 : identifier précisément les circuits de validation hiérarchique de mobilisation des renforts locaux, zonaux et nationaux.

Action N° 2 : identifier les contraintes et délais de mobilisation des renforts.

Action N° 3 : disposer d'une cartographie actualisée des renforts (humains, équipements, etc.) à l'échelle de la zone de défense.

Indicateur de suivi : délai d'acheminement d'un lot PSM2 en Corse

Axe 3 – Après l'alerte, évaluer et prévenir

Objectif opérationnel 1 : réaliser de façon systématique des retours d'expérience partagés

De façon générale, les exercices ou les alertes réelles dévoilent des initiatives intéressantes à développer ou des erreurs à corriger. Il peut s'agir des modalités d'alerte et d'information des acteurs, de coordination des chaînes de commandement, de prise en charge de victimes, de mobilisation de ressources exceptionnelles et de communication avec le public.

Parce qu'une fois l'événement terminé, le cours ordinaire reprend, et les erreurs ou initiatives favorables ne sont pas prises en considération, s'il n'est pas consacré un temps partagé à l'analyse *a posteriori* de la situation et des voies d'amélioration : le retour d'expérience.

Action N° 1 : formaliser un cadre commun de rédaction des retours d'expérience.

Action N°2 : veiller à consacrer des rencontres régulières de bilan d'expérience et de partage de bonnes pratiques avec les professionnels de santé.

Action N°3 : assurer une diffusion large des retours d'expérience des alertes et exercices.

Indicateur de suivi : taux d'alerte ou d'exercices ayant donné lieu à un retour d'expérience écrit et partagé.

Objectif opérationnel N°2 : réaliser de façon périodique des exercices

La prise en charge d'urgence évolue (ex : damage control), les outils et systèmes d'information de suivi (Si-vic) se modernisent, les procédures et plans (Orsan) s'actualisent, les acteurs peuvent changer.

Ainsi, la nécessité de maintenir en permanence opérationnels des compétences spécifiques ou des équipements sollicités de façon très ponctuelle s'impose.

Des exercices cadrés associant des compétences spécifiques doivent être réalisés de façon périodique avec un impératif d'évaluation aux fins d'une amélioration de la réponse à la crise rencontrée.

Action N°1 : organiser au moins 4 exercices de déclenchement du dispositif ORSAN par an (2 en Haute-Corse et 2 en Corse-du-Sud).

Action N° 2 : organiser au moins 1 exercice incendie-panique par an par établissement et ARS.

Action N°3 : adapter les exercices aux évolutions des outils et des savoirs.

Indicateur de suivi : taux d'exercices de crise nécessitant le déclenchement du dispositif ORSAN

Objectif opérationnel N°3 : adapter de façon continue les organisations.

L'organisation de la réponse aux situations exceptionnelles n'est pas figée et doit pouvoir s'adapter de façon continue. Les menaces et les risques évoluent, les outils, les pratiques professionnelles également et les exercices ou les retours d'expérience permettent d'identifier des pistes d'amélioration.

Action N° 1 : procéder à des bilans annuels des événements et exercices.

Action N°2 : veiller à la tenue périodique de réunions de coordination des acteurs en charge de la gestion des situations exceptionnelles. (Exemple : comité régional sécurité sanitaire).

Action N°3 : veiller à l'actualisation, au moins annuelle, des documents d'organisation internes de l'ARS.

Indicateur de suivi : fréquence d'actualisation des documents internes d'organisation de l'ARS en situation exceptionnelle

Objectif opérationnel N°4 : identifier les facteurs de vulnérabilité et veiller à les prévenir.

L'analyse a posteriori de la canicule de 2017 a mis en évidence une bonne connaissance des gestes de prévention de la part des professionnels, mais également la vulnérabilité des équipements de refroidissement des hôpitaux et les défaillances dans les contrats de maintenance de ces équipements. L'idée est donc de veiller à agir sur les facteurs (équipements, organisations, etc.) ayant présenté des vulnérabilités lors d'exercices ou d'alerte, pour prévenir leur répétition.

Action N°1 : identifier la typologie des facteurs de vulnérabilité (organisationnels, matériels, etc.) pour les événements à caractère répétitif (canicule, précipitations).

Action N°2 : garantir une information préventive des acteurs du système de santé sur les facteurs de vulnérabilité à anticiper.

Indicateur de suivi : fréquence de sensibilisation des établissements de santé aux facteurs de vulnérabilité.