



**ASSEMBLEA DI CORSICA**

**ASSEMBLEE DE CORSE**

**DELIBERATION N° 20/137 AC DE L'ASSEMBLEE DE CORSE  
APPROUVANT L'ORGANISATION DES ASSISES DE LA SANTE**

**CHÌ APPROVA L'ORGANIZAZIONE DI L'ASSISE DI A SALUTE**

**SEANCE DU 25 SEPTEMBRE 2020**

L'an deux mille vingt, le vingt cinq septembre, l'Assemblée de Corse, convoquée le 9 septembre 2020, s'est réunie au nombre prescrit par la loi, dans le lieu habituel de ses séances sous la présidence de M. Jean-Guy TALAMONI, Président de l'Assemblée de Corse.

**ETAIENT PRESENTS : Mmes et MM.**

Vannina ANGELINI-BURESI, Danielle ANTONINI, Guy ARMANET, Véronique ARRIGHI, François BENEDETTI, Valérie BOZZI, Jean-François CASALTA, Mattea CASALTA, Marie-Hélène CASANOVA-SERVAS, Marcel CESARI, Romain COLONNA, Christelle COMBETTE, Frédérique DENSARI, Muriel FAGNI, Pierre-José FILIPPETTI, Laura FURIOLI, Pierre GHIONGA, Fabienne GIOVANNINI, Stéphanie GRIMALDI, Jean-Jacques LUCCHINI, Marie-Thérèse MARIOTTI, Paul MINICONI, Jean-Martin MONDOLONI, Paola MOSCA, François ORLANDI, Jean-Charles ORSUCCI, Julien PAOLINI, Chantal PEDINIELLI, Marie-Anne PIERI, Laura Maria POLI-ANDREANI, Juliette PONZEVERA, Rosa PROSPERI, Catherine RIERA, Anne-Laure SANTUCCI, Marie SIMEONI, Pascale SIMONI, Jeanne STROMBONI, Julia TIBERI, Petr'Antone TOMASI, Hyacinthe VANNI

**ETAIENT ABSENTS ET AVAIENT DONNE POUVOIR :**

M. Pascal CARLOTTI à Mme Julia TIBERI  
M. François-Xavier CECCOLI à M. Pierre GHIONGA  
Mme Catherine COGNETTI-TURCHINI à M. Jean-Charles ORSUCCI  
M. Jean-Louis DELPOUX à Mme Marie-Thérèse MARIOTTI  
Mme Santa DUVAL à Mme Chantal PEDINIELLI  
Mme Isabelle FELICIAGGI à Mme Stéphanie GRIMALDI  
M. Michel GIRASCHI à M. François BENEDETTI  
M. Francis GIUDICI à Mme Marie-Anne PIERI  
Mme Julie GUISEPPI à Mme Pascale SIMONI  
M. Xavier LACOMBE à Mme Christelle COMBETTE  
M. Paul LEONETTI à M. Pierre-José FILIPPETTI  
M. Pierre-Jean LUCIANI à Mme Valérie BOZZI  
Mme Nadine NIVAGGIONI à Mme Marie-Hélène CASANOVA-SERVAS  
Mme Marie-Hélène PADOVANI à Mme Catherine RIERA  
M. Paulu Santu PARIGI à M. Romain COLONNA

M. Antoine POLI à M. François ORLANDI  
M. Pierre POLI à M. Paul MINICONI  
M. Louis POZZO DI BORGO à M. Hyacinthe VANNI  
M. Camille de ROCCA SERRA à M. Jean-Martin MONDOLONI  
Mme Anne TOMASI à Mme Mattea CASALTA

**ETAIENT ABSENTS : MM.**

François BERNARDI, Joseph PUCCI

**L'ASSEMBLEE DE CORSE**

- VU** le Code général des collectivités territoriales titre II, livre IV, IV<sup>ème</sup> partie, et notamment ses articles L. 4421-1 à L. 4426-1 et R. 4425-1 à D. 4425-53,
- VU** le Code de la santé publique,
- VU** le Code de l'action sociale et des familles,
- VU** la loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence modifiée pour faire face à l'épidémie de Covid-19 et notamment son titre II,
- VU** l'ordonnance n° 2020-391 du 1<sup>er</sup> avril 2020 visant à assurer la continuité du fonctionnement des institutions locales et de l'exercice des compétences des collectivités territoriales et des établissements publics locaux afin de faire face à l'épidémie de Covid-19,
- VU** la délibération n° 18/139 AC de l'Assemblée de Corse du 30 mai 2018 portant approbation du règlement budgétaire et financier de la Collectivité de Corse,
- VU** la délibération n° 18/280 AC de l'Assemblée de Corse du 27 juillet 2018 prenant acte des orientations de la Collectivité de Corse en matière de santé pour la période 2018-2021,
- VU** la délibération n° 19/138 AC de l'Assemblée de Corse du 25 avril 2019 approuvant l'organisation des premières assises territoriales de la santé,
- VU** la délibération n° 20/028 AC de l'Assemblée de Corse du 13 février 2020 adoptant le budget primitif de la Collectivité de Corse pour l'exercice 2020,
- VU** la délibération n° 20/096 AC de l'Assemblée de Corse du 30 juillet 2020 portant prorogation du cadre général d'organisation et de déroulement des séances publiques de l'Assemblée de Corse prévu par la délibération n° 20/065 AC du 24 avril 2020,

**SUR** rapport du Président du Conseil Exécutif de Corse,

**VU** l'avis n° 2020-039 du Conseil Economique, Social, Environnemental et Culturel de Corse, en date du 22 septembre 2020,

**APRES** avis de la Commission de l'Education, de la Culture, de la Cohésion Sociale et de la Santé,

**APRES EN AVOIR DELIBERE**

À la majorité,

**Ont voté POUR (24) : Mmes et MM.**

Danielle ANTONINI, Guy ARMANET, Véronique ARRIGHI, Marie-Hélène CASANOVA-SERVAS, Marcel CESARI, Catherine COGNETTI-TURCHINI, Romain COLONNA, Frédérique DENSARI, Muriel FAGNI, Fabienne GIOVANNINI, Jean-Jacques LUCCHINI, Paola MOSCA, Nadine NIVAGGIONI, François ORLANDI, Jean-Charles ORSUCCI, Julien PAOLINI, Paulu Santu PARIGI, Marie-Hélène PADOVANI, Antoine POLI, Juliette PONZEVERA, Louis POZZO DI BORGIO, Catherine RIERA, Anne-Laure SANTUCCI, Hyacinthe VANNI

**Se sont abstenus (6) : Mmes et MM.**

Valérie BOZZI, François-Xavier CECCOLI, Isabelle FELICIAGGI, Pierre GHIONGA, Stéphanie GRIMALDI, Pierre-Jean LUCIANI

**N'ont pas pris part au vote (31) : Mmes et MM.**

Vannina ANGELINI-BURESI, François BENEDETTI, Pascal CARLOTTI, Jean-François CASALTA, Mattea CASALTA, Christelle COMBETTE, Jean-Louis DELPOUX, Santa DUVAL, Pierre-José FILIPPUTTI, Laura FURIOLI, Michel GIRASCHI, Francis GIUDICI, Julie GUISEPPI, Xavier LACOMBE, Paul LEONETTI, Marie-Thérèse MARIOTTI, Paul MINICONI, Jean-Martin MONDOLONI, Chantal PEDINIELLI, Marie-Anne PIERI, Laura Maria POLI-ANDREANI, Pierre POLI, Rosa PROSPERI, Camille de ROCCA SERRA, Marie SIMEONI, Pascale SIMONI, Jeanne STROMBONI, Jean-Guy TALAMONI, Julia TIBERI, Anne TOMASI, Petr'Antone TOMASI

**ARTICLE PREMIER :**

**VALIDE** les 4 fiches action retenues et issues des premières assises territoriales de la santé en vue de l'établissement d'un plan d'action de mise

œuvre programmatique par les services compétents.

## **ARTICLE 2 :**

**VALIDE** l'organisation des deuxièmes assises territoriales de la santé sous forme de retour d'expérience de l'impact de l'épidémie de Covid-19 examiné sous le prisme du système de santé en Corse et selon quatre axes :

- L'hôpital et le risque pandémique
- Les personnes âgées en structures et à domicile dans le cadre pandémique
- La médecine du quotidien et le risque pandémique en population générale
- Les compétences des collectivités.

## **ARTICLE 3 :**

La présente délibération fera l'objet d'une publication au recueil des actes administratifs de la Collectivité de Corse.

Aiacciu, le 25 septembre 2020

Le Président de l'Assemblée de Corse,



Jean-Guy TALAMONI

**COLLECTIVITE DE CORSE**

**RAPPORT  
N° 2020/O2/257**

# **ASSEMBLEE DE CORSE**

**2 EME SESSION ORDINAIRE DE 2020**

**REUNION DES 24 ET 25 SEPTEMBRE 2020**

**RAPPORT DE MONSIEUR  
LE PRESIDENT DU CONSEIL EXECUTIF DE CORSE**

**PRESENTAZIONE DI L'ASSISE DI A SALUTE**

**PRESENTATION DES ASSISES DE LA SANTE**

**COMMISSION(S) COMPETENTE(S) :** Commission de l'Education, de la Culture, de la Cohésion Sociale  
et de la Santé

## RAPPORT DU PRESIDENT DU CONSEIL EXECUTIF DE CORSE

### Rappel du contexte

Par délibération n° 18/280 AC, l'Assemblée de Corse a approuvé les orientations en matière de santé pour la période 2018- 2021 portées par le Conseil exécutif de Corse.

Pour mémoire, ces orientations s'articulent autour de trois axes majeurs :

1. La lutte contre les déserts médicaux,
2. Le développement d'une culture de prévention sanitaire,
3. La construction d'une trajectoire vers la création d'un CHR-U en Corse.

La méthode retenue des déclinaisons de ces orientations majeures est la concertation.

Concertation et débats autour de thèmes centrés sur les objectifs poursuivis, échanges et partage d'idées la plus large possible de l'ensemble des intervenants et acteurs du champ sanitaire au premier rang desquels la population de l'île.

Le fil conducteur est d'être en capacité de proposer des solutions concertées correspondant aux besoins de santé de la population et adaptées aux réalités de la Corse.

L'Assemblée de Corse, par délibération n° 19/138 AC du 25 avril 2019, a validé l'organisation des premières assises territoriales de la santé.

Ces rencontres autour des questions de santé se sont déroulées les 5 et 6 juillet 2019 à l'Università Pasquale Paoli di Corti.

### Le format et le programme des premières assises

Pour la mise en œuvre pratique des rencontres, le choix s'est porté sur un format de deux journées complètes, alternant des présentations en séance plénière et des ateliers de travail sur des thèmes de santé en relation avec les orientations santé portées par le Conseil exécutif et les enjeux de santé insulaires.

Suivant le principe retenu de la concertation la plus large possible, l'élaboration du programme proposé lors des deux journées n'a pas échappé à cette règle.

Préalablement, le groupe de travail en charge du projet a esquissé une ébauche de programme dont les grandes lignes directrices reprenaient les orientations santé

approuvées par l'Assemblée de Corse.

La Commission Régionale de Santé et de l'Autonomie (CRSA), le Conseil Economique, Social, Environnemental et Culturel de Corse (CESEC), la Commission santé de l'Assemblée de Corse consultés ont permis au cours d'échanges fructueux d'affiner et de consolider le programme définitif présenté lors des deux journées.

Le programme définitif est annexé au présent rapport : ANNEXE A.

## **L'enquête citoyenne**

Conformément au cahier des charges relatif à l'assistance de maîtrise d'ouvrage, et toujours dans le cadre concerté retenu comme méthode de travail, l'IREPS de Corse a élaboré un questionnaire de santé accessible en ligne et réalisé des ateliers participatifs dits « world café » dans certains territoires, en vue de recueillir le ressenti de la population résidente sur les questions de santé au centre de leurs préoccupations.

Cette enquête citoyenne a été administrée en amont des assises pour que les interrogations et propositions puissent être parties prenantes des échanges lors des ateliers de travail thématiques.

Ce document est en ANNEXE B.

### **Le questionnaire de santé en ligne :** (pages 7 et 21 de l'ANNEXE B)

Il a été administré en ligne sur les réseaux sociaux et sur les sites institutionnels pendant une durée de trois semaines.

780 répondants uniques ont été enregistrés, majoritairement en zone urbaine, Bastia et Aiacciu cumulant 39 % des réponses au questionnaire.

S'agissant de l'accès aux soins les délais de rendez-vous, le coût et l'offre locale insuffisante de spécialités médicales obèrent ce dernier pour près de la moitié d'entre eux (respectivement 53 %, 48,6 %, 41,4 %).

En revanche, une offre médicale régionale suffisante inciterait dans 90,2 % des cas à prise en charge locale sans recours aux déplacements médicaux.

### **Les ateliers territoriaux :**

Ces ateliers participatifs sur le modèle des « world café » où la parole est libérée, ont été conduits sur deux territoires ruraux : Balagne (commune de Santa Reparata di Balagna) et Taravu (commune de Petretu).

Le détail des problématiques en santé sur ces deux territoires est consultable aux pages 8 à 10 du document en ANNEXE B.

Globalement, il est régulièrement pointé l'absence de solutions de premiers recours aux soins facilement accessibles pour les besoins du quotidien, l'absence de structure de proximité pour les urgences non vitales, l'absence de prévention, que l'on pourrait résumer par carence de solutions de santé de proximité dans les

territoires ruraux.

S'agissant du domaine de la santé mentale, l'accessibilité aux soins et aux structures fait encore plus défaut, avec cependant une disparité entre les territoires urbains où les structures type CMP souffrent de délai de prise en charge hors du raisonnable pour ce type de pathologie et leur suivi, et les territoires ruraux où aucune structure de prise en charge n'est présente et les patients en errance.

## **Le déroulé des 5 & 6 juillet**

### **a) L'ouverture protocolaire**

Les 5 et 6 juillet à Corti se sont tenues les assises de la santé regroupant plus de 150 participants.

Deux journées d'échange de débats pour voir émerger des solutions efficaces et novatrices pour la santé dans l'île.

Le vendredi 5 juillet, après un accueil des participants à 9h00, l'ouverture des assises se fait à 10H15 par les discours protocolaires des personnalités suivantes :

- M. Félix TOMI, représentant le Président de l'Università di Corsica,
- M. Paul-André COLOMBANI, député de la 2<sup>ème</sup> circonscription de Corse-du-Sud et président de l'Observatoire Régional de Santé,
- M. Paul SCAGLIA, président du CESEC,
- Mme Bianca FAZI, Conseillère exécutive en charge des affaires sanitaires et sociales,
- Mme Marie-Hélène LECENNE, directrice générale de l'Agence Régionale de Santé,
- M. Jean-Guy TALAMONI, Président de l'Assemblée de Corse, et
- M. Gilles SIMEONI, Président du Conseil Exécutif de Corse pour l'ouverture formelle de ces deux journées.

L'animation de la salle et les transmissions de parole sont assurées par l'IREPS, prestataire et partenaire de la Collectivité de Corse au cours de ces assises.

### **b) Les séances plénières** **Vendredi 5 juillet :**

Les 4 interventions de la matinée :

M. Francis CAROLE, Conseiller exécutif de la Martinique en charge des affaires sociales, de la santé et des solidarités présente le CHU de la Martinique.

Professeur Suzy DUFLO, pour une projection d'une présentation du CHU de la Guadeloupe situé à Pointe-à-Pitre avec une rétrospective sur son passé, de sa création en 1870 sous forme « d'hôtel Dieu » à sa transformation en CHU en 1986, puis sur son rôle joué au sein des Antilles. Elle s'attarde sur la première année de médecine, en Guadeloupe, en Martinique, puis en Guyane, l'ouverture de la seconde puis troisième année, précisant les filières et le nombre de places.

- Présentation du CHU Guadeloupe en Annexe P1.

M. André ACCARY, Président du Conseil départemental de la Saône-et-Loire présente le centre de santé départemental dont l'objectif est de lutter contre la désertification médicale par le recrutement d'une trentaine de médecins salariés du centre de santé.

- Présentation du centre de santé départemental 71 en Annexe P2.

Docteur Richard LOPEZ, salarié du centre de santé départemental de la Saône-et-Loire et Président de l'association des centres de santé qui œuvre à accompagner les porteurs de projet dans la création de ces structures collectives.

- Présentation de la fabrique des centres de santé en Annexe P3.

Les 3 interventions de l'après-midi :

M. Pierre SIMON, médecin, ex-président de la société française de télémédecine, expertise sur la télémédecine en Corse.

- Présentation en Annexe P4.

M. Antoine PRIOUX, pharmacien, créateur d'une start-up coordonnant l'exercice pluri-professionnel en zone de désertification médicale.

Mme Catherine PRIOUX, médecin, en activité dans la start-up précédente.

### **Samedi 6 juillet :**

Mme Christine COLI, professeur de santé publique à l'Université de Montréal, pour une présentation sur l'intérêt de la prévention précoce chez les nourrissons à partir d'une expérience québécoise.

- Présentation en Annexe P5.

Mme Marie-Pierre PANCRAZI, médecin gériatre au CH de Bastia, pour une présentation de l'expérience toulousaine de gérontopôle dans la prise en charge des personnes âgées et de leur maintien à domicile.

- Présentation en Annexe P6.

M. Patrick METAIS, médecin, directeur de l'information médicale au CH Bastia pour une présentation relative à la création d'un CHR en Corse à partir de la création du CHR de Metz-Thionville auquel il a contribué.

- Présentation en Annexe P7.

### **c) Les ateliers de travail thématiques**

Onze ateliers de travail ont été organisés en dehors des séances plénières sur les deux jours balayant largement la thématique du champ sanitaire :

- Les maisons de santé pluri-professionnelles
- Prise en charge du patient psychiatrique en situation de crise
- Solutions face à la désertification médicale compte tenu des

- disparités territoriales
- Bilan de la première année de médecine, perspectives pour une deuxième année
- Prévention des maladies émergentes
- Expérience numérique en Corse
- Accès aux soins de confort et bien être en Corse
- Offre de soins en oncologie pédiatrique
- Dépistage et prise en charge précoce du handicap
- Parcours de soins et prévention chez les personnes âgées
- Prévention des conduites addictives chez les jeunes

La richesse des débats et le foisonnement des idées abordés dans chaque atelier n'a pas permis de dégager dans le temps contraint de l'exercice des fiches actions rapidement exploitables pour une concrétisation opérationnelle : d'un commun accord les différents participants ont souhaité prolonger les rencontres et les échanges et affiner le rendu des travaux.

#### **d) La clôture des premières assises territoriales de la santé**

Présentation des éléments de restitution des ateliers thématiques par les rapporteurs de chaque groupe de travail thématique accompagné d'un support de présentation projeté sur écran.

Présentation des grandes tendances de l'enquête citoyenne (durée de l'enquête, nombre de répondants ...) sont présentées par l'IREPS.

La conseillère exécutive prend en compte l'ensemble des travaux présentés, les nombreux participants et indique que bon nombre d'éléments alimenteront sa feuille de route relative à la santé.

Elle annonce la tenue des prochaines assises territoriales de la santé début 2021.

#### **Les fiches action issus des travaux**

Les groupes de travail thématiques initiés lors des premières assises territoriales de la santé se sont prolongés dans le droit fil de la production issue des premières assises territoriales de la santé de juillet 2019 et les travaux se sont étalés de septembre 2019 à janvier 2020.

Les thématiques des groupes en concertation avec les acteurs ont été précisés dans leur intitulé et recomposés en 9 ateliers :

- a. Attractivité des métiers d'aides à la personne en milieu rural
- b. Repérage des fragilités chez les personnes âgées
- c. Attractivité du territoire pour les professionnels de santé
- d. Conduites addictives : le risque des écrans
- e. Conduites addictives chez les adolescents
- f. Santé, soins de support et de bien-être
- g. Construction d'une trajectoire vers un CHRU
- h. Dépistage et prise en charge du handicap

## i. Etudes supérieures et enseignement

La synthèse des travaux des différents groupes de travail est compilée dans le document en ANNEXE\_C et présentée sous forme de fiches action au nombre de 13.

### a. **Attractivité des métiers d'aide à la personne en milieu rural**

2 fiches action : fiches n°1 & 2 respectivement pages 7 à 8 et 10 de l'ANNEXE\_C.

1. Prévention chez les personnes âgées : attractivité du territoire  
Objectif principal : Renforcer la présence des professionnels de l'aide à la personne dans les territoires ruraux
  - Valorisation du métier d'aide à la personne par diffusion élargie de l'information sur les métiers et l'organisation de rencontres régionales régulières.
  - Facilitation de l'accès à la formation, territorialisée et incluant les partenaires associatifs œuvrant dans ce champ spécifique.
2. Campagne de communication  
Objectif principal : Organiser campagne de promotion des métiers d'aide à la personne
  - création et diffusion de reportages.

### b. **Repérage des fragilités chez les personnes âgées**

1 fiche action : fiche n° 3 pages 13 à 15 de l'ANNEXE\_C.

Objectif principal : Anticiper le risque et la dégradation de la perte d'autonomie de la personne âgée

- Création d'une équipe de prévention mobile territorialisée composée d'un médecin, d'un coordonnateur et de trois infirmiers.

### c. **Attractivité du territoire pour les professionnels de santé**

1 fiche action : fiche n° 4 pages 18 à 21 de l'ANNEXE\_C.

Objectif principal : promouvoir l'installation de professionnels de santé et soutenir l'existant par des aides complémentaires.

- Dans le cadre d'une spécificité régionale reconnue, déroger au cadre national du zonage pour que les zones identifiées comme fragiles soient éligibles aux aides financières et puissent bénéficier aux praticiens encore présents dans le cadre d'un maintien d'activité. Un zonage reprenant ces principes est en cours d'élaboration.
- Création par la Collectivité de Corse d'aides spécifiques en soutien déploiement d'outils dédié au maintien à domicile, aux médecins en fin de carrière professionnelle ou en exercice isolé.
- Négocier la possibilité pour des maîtres de stages d'accueillir un nombre plus important d'étudiants stagiaires et organiser une journée d'information annuelle pour renseigner les étudiants sur les différentes aides accessibles pour un exercice en zone rurale.

### d. **Conduites addictives : le risque des écrans**

3 fiches action : Fiche n° 5, 6 & 7 respectivement pages 24 à 25, 26 à

27 et 28 de l'ANNEXE\_C.

1) Formation à l'usage des écrans durant l'enfance

Objectif principal : Renforcer la prévention sur les risques liés à l'usage excessif des écrans :

- Mettre en place une programmation de formations pour les intervenants auprès des enfants en milieu scolaire et hors contexte scolaire et appropriation d'outils dédiés.

2) Ressources éducatives sur l'usage du numérique

Objectif principal : Renforcer la prévention sur les risques liés à l'usage excessif du numérique :

- Recensement d'acteurs et d'outils sur ces risques et constituer une base de données à disposition des acteurs de la prévention.

3) Promotion du bon usage des écrans par la mise en réseau coordonné des acteurs.

Objectif principal : Renforcer la prévention sur l'usage du numérique :

- Créer un groupe d'appui dans le domaine en vue d'actions communes à destination du couple parents/enfants.

**e. Conduites addictives chez les adolescents**

1 fiche action : fiches n° 8 pages 30 à 32 de l'ANNEXE\_C.

Objectif principal : sensibiliser et améliorer la prise en charges des conduites addictives avec produits :

- Campagne de communication et d'information sur les risques
- Investissement des lieux festifs par mise à disposition de navettes, des tests de prévention en vue de l'instauration d'une labellisation des endroits festifs en partenariat avec les propriétaires/gérants des établissements.
- Renforcer l'accompagnement des parents dans la prévention et la gestion des risques
- Veille épidémiologique des produits toxiques et stupéfiants.

**f. Santé, soins de support et de bien-être**

1 fiche action : fiche n° 9 page 35 de l'ANNEXE\_C.

Objectif principal : promouvoir un panier de soins de bien-être porté par le réseau associatif :

- Recensement des actions de bien-être portées par les associations, rendre disponible ces informations, les diffuser vers les professionnels et patients et financer certaines actions après évaluation de leur impact sanitaire.

**g. Construction d'une trajectoire vers un CHRU**

1 fiche action : fiche n° 10 pages 37 à 38 de l'ANNEXE\_C.

Objectif principal : formaliser un groupe de travail en vue de la construction d'une trajectoire vers un CHRU en Corse :

- Construction d'un plaidoyer en faveur d'un CHRU en Corse
- Promouvoir la fusion vers un Groupement hospitalier de territoire unique (GHT unique).

#### **h. Dépistage et prise en charge du handicap**

3 fiches action : fiches n° 11, 2 & 13 respectivement pages 41 à 42, 43 à 44, et 45 de l'ANNEXE\_C.

##### 1. Soutenir le dépistage

Objectif principal : renforcer le dépistage précoce

- Améliorer le dépistage visuel et auditif et renforcer par une campagne d'information à destination des parents

##### 2. Développer le dépistage précoce des troubles du neuro-développement

- Déploiement du répertoire opérationnel des ressources, outil constitutif du bouquet socle de télémédecine
- Soutien de l'existant : colloques dédiés vecteurs de l'information
- Centralisation de l'information : création site internet unique

##### 3. Instituer des réunions pluridisciplinaires

- Réunions entre les partenaires suivant : protection maternelle et infantile (PMI), maison du handicap (MDPH) et Centre d'action médicosocial précoce (CAMSP) jouant le rôle de filtre en vue de limiter les listes d'attente de prise en charge par une prise en charge efficiente et ciblée.

#### **i. Etudes supérieures et enseignement**

Pas de fiche action pour ce groupe de travail qui préexistait et qui a été réactivé à l'issue des premières assises territoriales de la santé.

Copilotées par les services de l'Université de Corse et de la Collectivité de Corse, les réunions du groupe se poursuivent

### **Les fiches action en synthèse**

L'ensemble des travaux a été rendu le 28 mai dernier par le prestataire, après la parenthèse de l'épisode épidémique due au nouveau coronavirus.

En premier lieu, il convient de saluer le travail accompli tant par la richesse et le foisonnement des idées qui ont pu émerger lors des rencontres des professionnels du champ sanitaire et médico-social mais surtout leur disponibilité sans faille tout au long des différentes sollicitations pour leur participation aux groupes de travail.

L'ensemble de ce travail comporte 13 fiches action qu'il convient de sélectionner pour leur pertinence et leur adéquation avec les orientations en matière de santé validées par l'Assemblée de Corse, prioriser et programmer les actions correspondantes dans le temps.

Cependant, l'ensemble de l'exercice est par nature incomplet, et certaines thématiques n'ont pu être expertisées : la santé mentale en fait partie d'autant qu'elle a été relevée comme une des préoccupations de la population lors des rencontres citoyennes.

Ce champ spécifique sanitaire pourrait faire l'objet d'un travail d'exploration de fond à l'occasion d'autres assises de la santé ou lors d'un colloque spécifique.

S'agissant de la fiche n° 10 relative à la construction d'une trajectoire vers un CHRU en Corse, l'élément structurant majeur et fondamental est l'élaboration d'un projet d'établissement qui n'apparaît pas explicitement dans la rédaction de la fiche.

Cette fiche a donc fait l'objet d'une relecture et d'une reconstruction centrée sur l'élaboration d'un projet d'établissement public hospitalier régional à vocation de soins, d'enseignement et de recherche en ANNEXE\_D.

La démarche pourrait être initiée par un accompagnement dans le cadre d'une maîtrise d'ouvrage en charge de la rédaction de ce document fondateur en collaboration étroite avec les services des établissements publics de santé en vue d'une fusion vers la création d'un établissement public de santé de ressort régional multi-sites.

Il nous paraît opportun de préciser la notion d'assistance publique des hôpitaux, à l'image de ce qui existe à Paris, Marseille ou Lyon, bien que cette notion n'apparaisse pas dans la fiche mais est présente dans le débat :

Historiquement, l'assistance publique est le soutien de la politique de lutte contre la pauvreté et est compétente pour ce qui relevait du soin mais aussi du social.

En 1960, par décret, la partie sociale des missions de l'assistance publique est transférée aux départements notamment l'aide sociale à l'enfance et la protection maternelle et infantile.

L'hôpital, réformé en 1958 avec la création des CHU, ne conserve que des missions relevant du soin, de la recherche et de l'enseignement.

Actuellement l'assistance publique existant dans les 3 villes d'importance en France est encadrée réglementairement par l'article L. 6147.1 partie législative et R. 6147.1 à R. 6147.14 partie réglementaire du Code de la santé publique.

L'assistance publique dispose du statut des établissements et les textes référencés ci-dessus complètent l'organisation du modèle par la nomination d'un directeur général, la création d'un ou plusieurs groupements hospitaliers universitaire (GPU) ainsi que de pôles d'intérêt commun (PIC) avec à leur tête des directeurs.

Cette notion de création d'une assistance publique en Corse expose à un contresens historique et le modèle organisationnel de l'assistance publique de France n'est pas transposable en Corse, en l'état actuel ; il convient de se focaliser sur la création d'un CHRU, outil indispensable au service de la Corse de demain.

S'agissant des autres fiches issues des groupes de travail, certaines sont plus ou moins abouties suivant le temps consacré à leur élaboration et la diversité des participants.

A l'inverse, d'autres ont des caractéristiques pratiques dans leur mise en œuvre et présentent des éléments structurants vis-à-vis des prises en charge sanitaire voire un caractère innovant ;

Nous avons donc fait le choix de retenir dans l'immédiat ces dernières et je vous propose les fiches action suivantes :

- ✚ Fiche action n° 3 liée au repérage des fragilités chez les personnes âgées
- ✚ Fiche action n° 4 en relation avec l'attractivité des territoires
- ✚ Fiche action n° 9 relative au panier de soins des maladies chroniques

✚ Fiche action n° 10 centrée sur la création d'un CHRU.

## Conclusion des assises

Evènement unique et original, les premières assises territoriales de la santé ont suscité un engouement inégalé chez les professionnels du soin et du médico-social mais plus largement dans la société insulaire.

Lieu de débat lors de l'évènement, avec des interventions de qualité par des experts faisant autorité dans leur domaine, les échanges ont pu se poursuivre au-delà pour proposer un véritable plan d'actions au bénéfice de la santé de nos concitoyens.

Pour toutes ces raisons, les premières assises territoriales de la santé ont atteint leur objectif et constituent un succès sans précédent.

Cet essai transformé mérite d'être reproduit.

## La pandémie au nouveau coronavirus

La pandémie récente au nouveau coronavirus, qui n'a épargné aucun pays au monde, a mis en tension extrême et éprouvé l'ensemble des systèmes de santé.

Cette épidémie, par son ampleur et sa vitesse de propagation a permis de mettre en évidence les fragilités du système de santé, notamment en Corse.

La crise aigüe dernière nous, se pose la question d'un éventuel rebond épidémique alerté par les nouvelles circulations virales et les mesures de re-confinement localisés dans certains pays d'Europe proche de nous.

Le sujet du risque épidémique reste donc plus que jamais d'actualité tant que le virus responsable n'est pas éteint ou qu'il n'existe pas de vaccin efficace.

Se préparer à nouveau à cette épidémie ou préparer une épidémie d'une nouvelle maladie émergente revient à faire un retour d'expérience sur l'épisode traversé et examiner les points forts et les failles de l'organisation et de la prise en charge de la menace.

C'est ce que je vous propose dans l'organisation des deuxièmes assises territoriales de la santé.

Elles pourraient se tenir au cours du premier trimestre prochain, soit la première quinzaine de février, selon un format d'une journée et toujours dans un cadre concerté le plus élargi possible, selon les 4 axes que je vous soumets :

- ✚ L'hôpital et le risque pandémique
- ✚ Les personnes âgées en structures et à domicile dans le cadre pandémique.
- ✚ La médecine du quotidien et le risque pandémique en population générale
- ✚ Les compétences santé des collectivités.

L'organisation et la tenue des deuxièmes assises territoriales de la santé demeurent suspendues à l'évolution de l'épidémie en cours, aux contraintes liées aux rassemblements et aux précautions relatives aux gestes barrières à mettre en place.

De même, la participation d'experts extérieurs sera dépendante des conditions de circulation éventuellement en vigueur à cette période.

Je vous propose :

- de valider les 4 fiches action retenues en vue de l'établissement d'un plan d'action de mise œuvre programmatique par les services compétents.
- de valider l'organisation des deuxièmes assises territoriales de la santé sous forme de retour d'expérience de l'impact de l'épidémie de Covid-19 examinée sous le prisme du système de santé en Corse et selon les 4 axes proposés ci-dessus.

Je vous prie de bien vouloir en délibérer.

# Un CHR en Corse Pourquoi pas ?

Patrick METAIS  
Médecin interniste, Gériatre  
Médecin de santé publique  
DIM du CH BASTIA

# La santé en Corse

- La réalité du terrain
  - Qui fait quoi ?
  - L'état des lieux nous donne une idée :
- 
- Étude Diamant 2018

# MEDECINE 2018

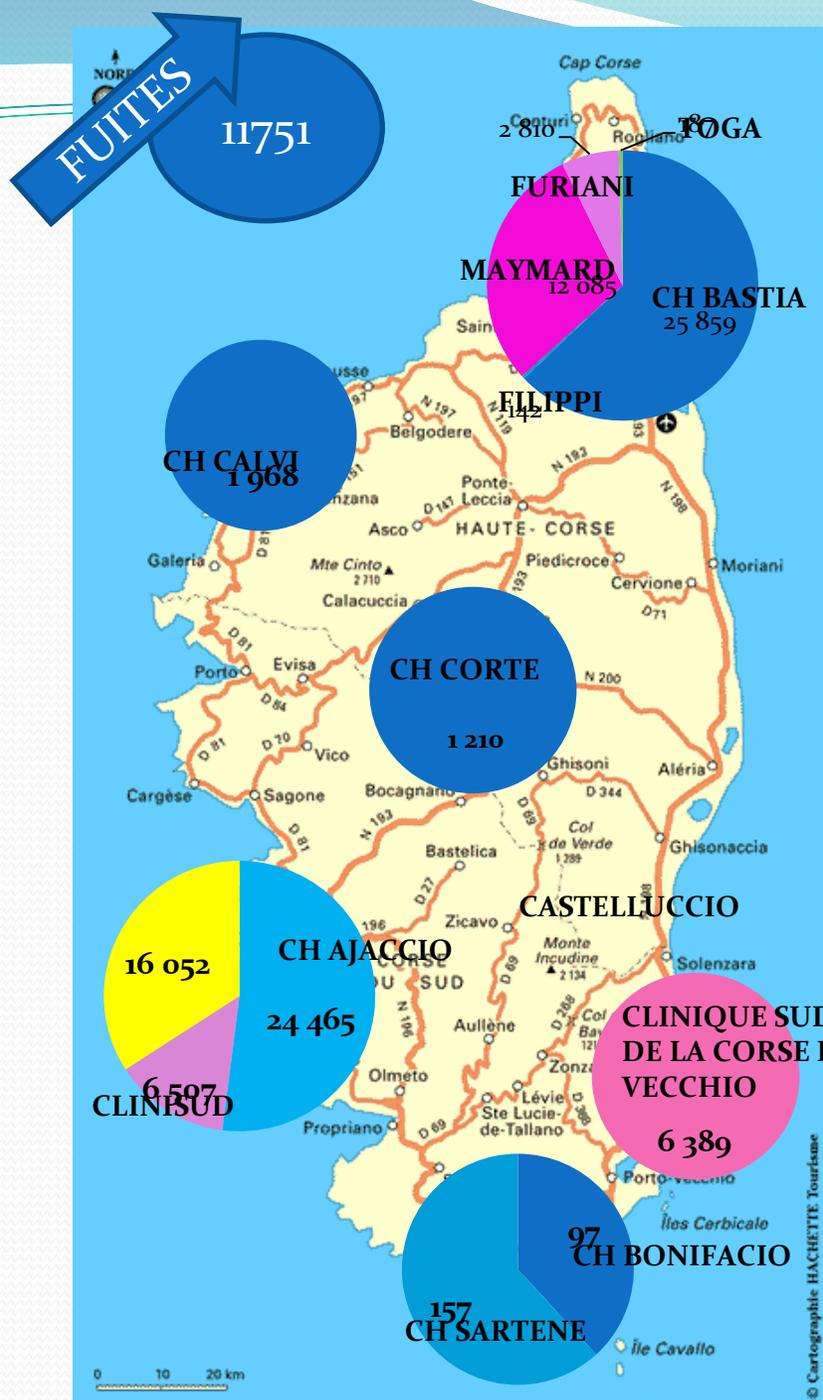
## ACTIVITE EN RSS

### (97 928 Séjours)

Etablissements en  
bleu : PUBLIC

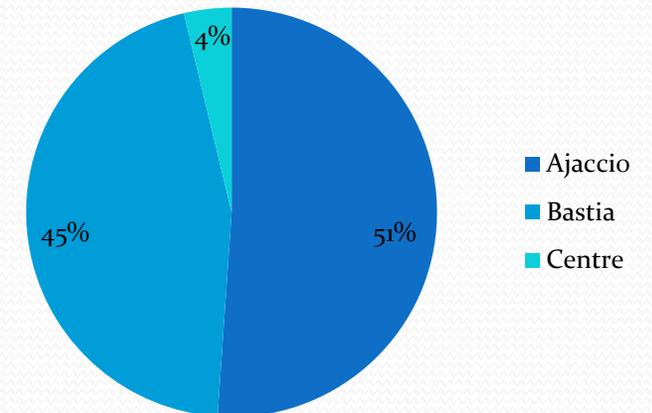
Etablissements en  
rose : PRIVE

Etablissement en  
jaune : ESPIC



Ajaccio	=	46 906 séjours
Bastia	=	41 463 séjours
Centre Corse	=	9 821 séjours
Fuites	=	11 751 séjours

### Répartition



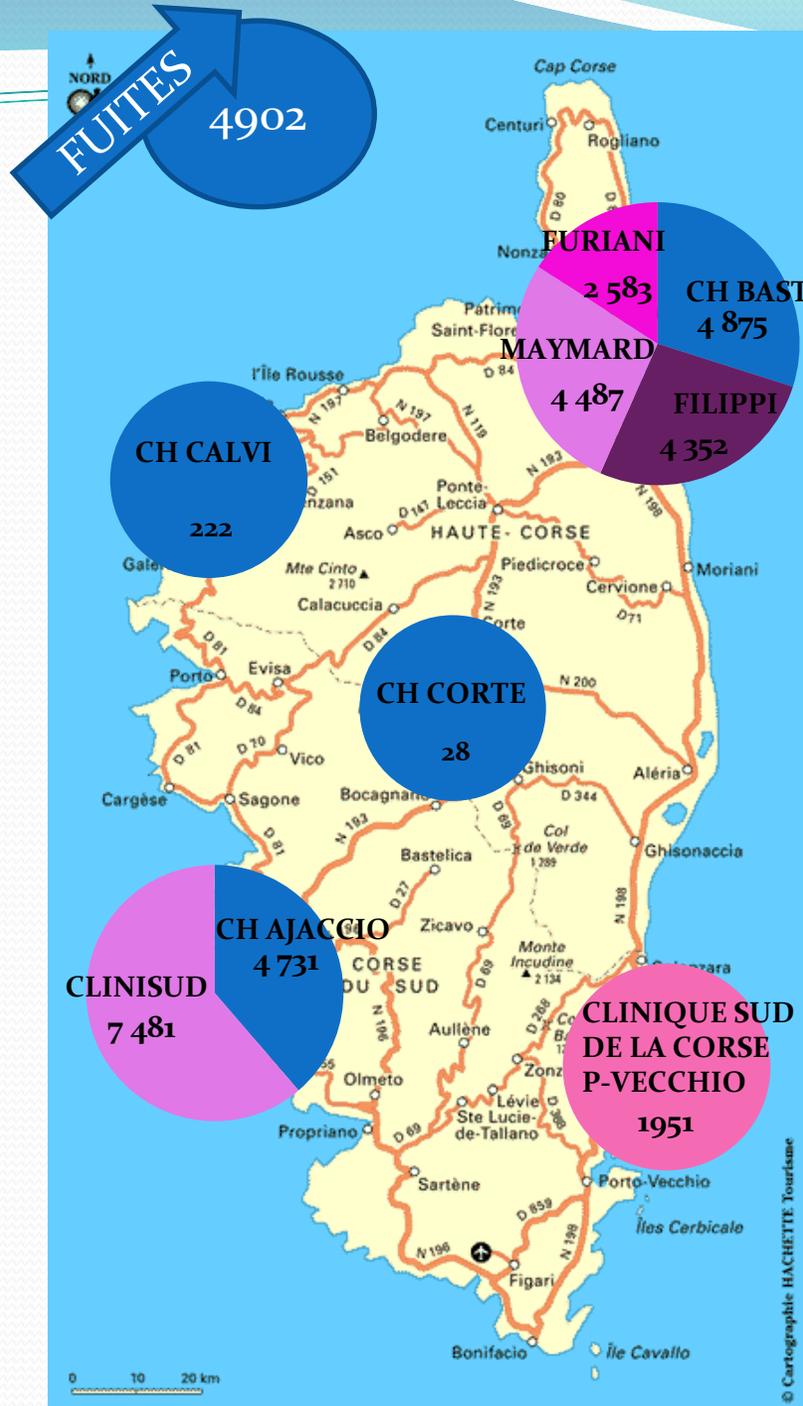
# CHIRURGIE 2018

## ACTIVITE EN RSS

### (30 722 Séjours)

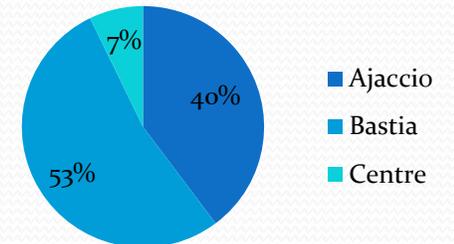
Etablissements en  
bleu : PUBLIC

Etablissements en  
rose : PRIVE



Bastia = 12 215 séjours  
Ajaccio = 16 297 séjours  
Centre = 2 210 séjours  
Fuites = 4 902 séjours

### Répartition



# OBSTETRIQUE 2018

ACTIVITE EN RSS  
(4912 Séjours)

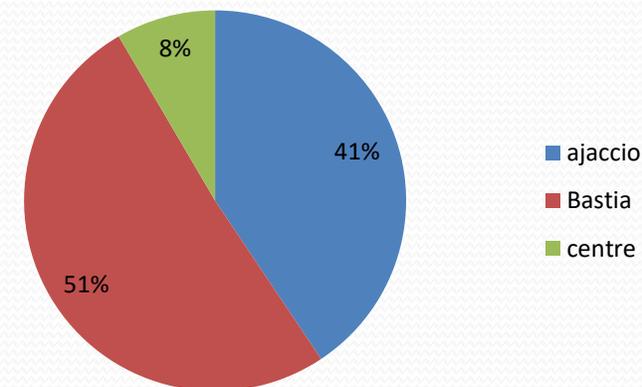
Etablissements en  
bleu : PUBLIC

Etablissements en  
rose : PRIVE

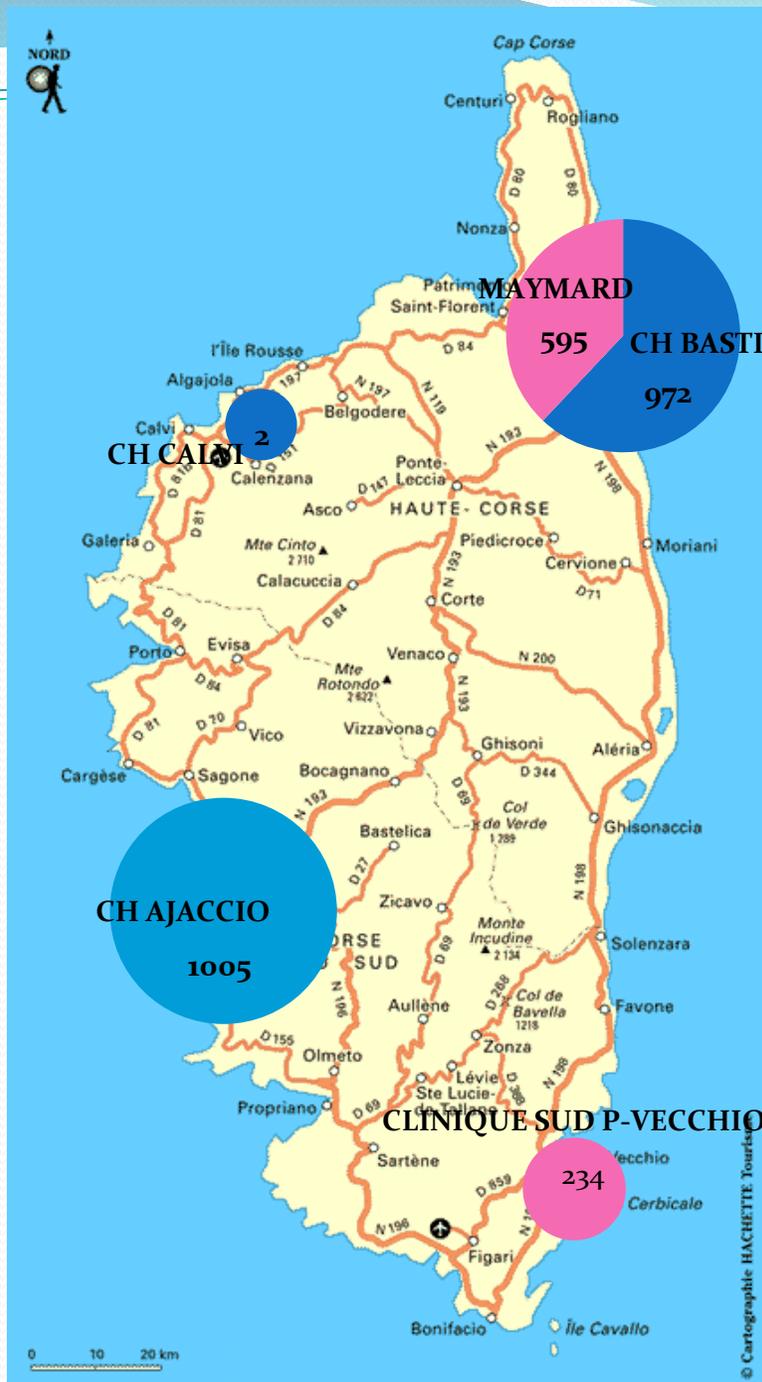


Bastia = 2722  
Ajaccio = 2171  
Centre = 450

répartition



# ACCOUCHEMENTS : 2808 en 2018

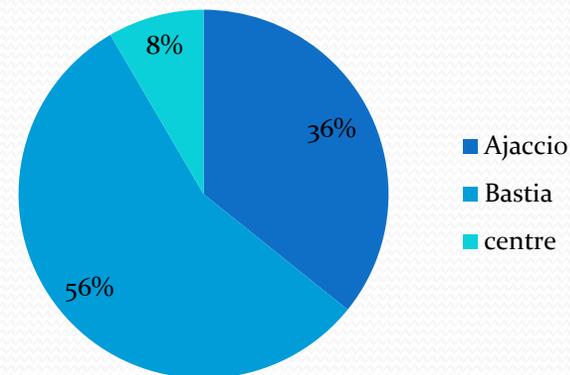


Etablissements en  
bleu : PUBLIC

Etablissements en  
rose : PRIVE

Bastia = 1567  
Ajaccio = 1005  
Centre = 236

## Répartition



# Conclusion de cet état des lieux

- Une activité de 133 562 séjours
- Une perte vers le continent d'environ 20 000 séjours
- Sur une population de 339 178 personnes ( soit cinq fois moins que la Sardaigne, soit moins que le 14<sup>ème</sup> et 15<sup>ème</sup> arrondissement de Paris, ou l'équivalent d' Aix en Provence
- Avec un vieillissement considérable (+14% de part de 65 ans et plus (10% continent) et une croissance des plus de 65 de 1,9%par an (1,5% continent))
- En 2050 un insulaire sur 6 aura moins de 20 ans (1/4 continent)
- Un déficit chronique des hôpitaux Corse qui au regard de la tarification ne peut que perdurer

# Au regard de ces enjeux

- L'état impose des démarches hospitalières COPERMO délétères
- La capacité d'investissement (taux de marge brut) est négatif
- Les investissements se font sur crédits fléchés: donc perte de gouvernance propre des établissements
- Même le privé a du mal à équilibrer ce qui est un problème pour l'offre de soins
  
- Il faut donc repenser l'hôpital qui pour qu'il remplisse ses missions

# Mission de l'hôpital : les missions premières

- Assurer la permanence des soins
- Mettre en place les process pour permettre un diagnostic des problèmes de santé
- Mettre en place une démarche thérapeutique médicale, psychiatrique chirurgicale, rééducative ou réadaptative
- Mettre en place une collaboration avec le système ambulatoire pour obtenir une continuité dans la prise en charge

# Missions d'un hôpital : missions complémentaires

- La prévention : l'hôpital est le lieu de découverte des problèmes de santé exemple prévention du vieillissement pathologique
- L'enseignement et la formation : initiale et continue des médecins et des paramédicaux
- La continuité des soins et l'accès aux soins pour tous ( ORL, Oph, ...)
- La recherche et l'innovation (Article 51 ....)
- La qualité et sécurité la des soins

# L'expérience du CHR

- Personnellement jeune médecin en 1977 j'ai été un des artisans du CHR Metz-Thionville (Lorraine) seul CHR non Universitaire, bifide de France
- Investit dans la gérontologie clinique
  - Mission de fermer un hospice (St Nicolas)
  - Ouvrir la structure gériatrique de Metz
  - Réfléchir aux collaborations possibles

# Retour d'expérience : CHR METZ-THIONVILLE

- Hier

- Rassemblement des forces sur un bassin de 860.000 habitants
- Deux établissements distants de 30 km
- Mise en place d'une administration , d'une CME unique, d'une attraction GHT évidente avec une direction commune avec les petits établissements
- Mise en place de pôle commun entre Metz et Thionville
- Soutien des municipalités
- Partage en alternance de la gouvernance
- Mise en place de moyens de référence sur l'un ou l'autre CH

# Retour d'expérience

- Aujourd'hui
  - Contact avec le président de CME le Dr Khalife Khalifé cardiologue
  - Retour de 18 ans de présidence de CME
    - Largement positif
    - Etablissement excédentaire
    - COPERMO permet une levée de fond
      - Investissement dans le nouvel hôpital de Mercy
      - Capacité d'absorption d'hôpitaux déficitaires (Briey, Boulay)

# SWOT d'un CHR

	<b>positif</b>	<b>négatif</b>
<b>interne</b>	<b>Force</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Capacité doublée</li><li>- Couverture des soins</li><li>- Capacité de soutien</li><li>- Démarche restant innovante</li></ul>	<b>Faiblesse</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Mise à plat des déficits dans un plan de redressement conjoint</li><li>- Changement de paradigme de l'état</li></ul>
<b>externe</b>	<b>opportunité</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Complémentarité</li><li>- Mise en place d'unités nouvelles</li><li>- Capacité d'innovation sans risque</li><li>- joint-ventures</li></ul>	<b>Menaces</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Concurrence des CHU</li><li>- Autorisation non donnée au CH</li><li>- Capacité d'accès et distances</li></ul>

# SWOT d'un CHR CORSE

	positif	négatif
interne	<b>Force</b>	<b>Faiblesse</b>
	<ul style="list-style-type: none"><li>-Capacité doublée</li><li>-Couverture des soins et en particulier des zones de montagne</li><li>-Capacité de soutien des Hôpitaux de la bande centrale</li><li>-Démarche restant innovante</li></ul>	Mise à plat des déficits dans un plan de redressement conjoint
externe	<b>opportunité</b>	<b>Menaces</b>
	<ul style="list-style-type: none"><li>-Complémentarité</li><li>-Mise en place d'unité nouvelle</li><li>-Capacité d'innovation sans risque</li><li>-joint-ventures</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Concurrence des CHU</li><li>- Autorisation non donnée au CH</li><li>- Capacité d'accès et distances</li></ul>

# avenir

- Mise en place d'une commission médicale de travail
  - Réunions régulières pour mettre en place les pôles CHR sans suprématies, ni velléités d'écrasement,
  - Réunions de travail pour connaître le SWOT réel
    - Comment régler les transports entre établissement et les assurer en continu hiver compris
    - Comment dépasser les rivalités stériles
    - Le problème des fuites à court et moyen terme
    - Comment négocier un apurement de la dette
    - Quels sont les moyens qui peuvent être communs : un projet médical commun

# Avenir

- Recherche d'un projet médical commun
  - Médical : comment répondre à la vague grise changeant les paradigmes
  - Cancérologique : pourquoi n'y a t il pas de CRAC en Corse ?
  - Chirurgical : comment regrouper nos forces dans des partenariats Public / Privé ? Les effets seuils ne doivent pas entrainer une carence de développement ( chirurgie cardiaque )
  - Obstétrical : 1 maternité en 2 pôles en joint ventures avec le privé ?
- Recherche d'une vraie logistique commune
  - Administration unique
  - DIM unique
  - Pharmacie unique
  - Transport hélicoptéré

# Conclusion

- Construire un CHR est la *voie d'avenir*
  - Il ne peut être que biface Ajaccio-Bastia
  - Il nous faudra 5 ans de travail pour le mettre en place
  - Et avec 5 ans supplémentaires pour en faire un CHU
- Plus loin que Metz Thionville
  - Allons jusqu'au bout du raisonnement et jetons les Bases d'un CHRU Corse avec une faculté de médecine à Corte en prolongation de la PACES
  - Nous sommes la seule région de France à ne pas avoir cette force de soin
- « Construire un CHR n'est qu'une volonté d'hommes et de femmes, acteurs dans la santé ; le politique et l'administratif ne peuvent être qu'aidant »
  - Khalifé Khalifé président de CME du CHR Metz-Thionville (24 juin 2019)



A tamanta Strada



# Le Centre Hospitalier Universitaire de la Guadeloupe Hier, aujourd'hui et demain

Pr Suzy Duflo  
PCME

1<sup>ère</sup> ASSISISE TERRITORIALE, CORTE 2019



# LA OÙ TOUT COMMENCE

L'ordonnance de Louis XIV de mars 1685, réglemente dans le code noir, le statut des esclaves. C'est dans ce texte que l'on retrouve l'obligation des maîtres d'assurer les soins et la subsistance de leurs esclaves infirmes ou malades.

En 1803, au rétablissement de l'esclavage, l'arrêté du 2 Floréal an XI, stipule, qu'il y aura « sur chaque habitation de cinquante noirs et au-dessus, un hôpital propre, aéré, meublé de lits de camp, nattes et grosses couvertures ; Il y aura une pailleasse, une paire de draps pour chaque dix nègres travaillant.

Ces hôpitaux seront planchéiés. Le maître est tenu de souscrire un abonnement avec un médecin pour qu'il visite régulièrement l'habitation.

Peu à peu la pratique s'en répandit. L'hôpital s'agrandit, il offrait au moins deux salles, une pour les hommes et une pour les femmes et fut pourvu d'une infirmière: « *l'hospitalière* ».

*L'hôpital est un mot un peu prétentieux pour l'époque, car il désigne la plupart du temps une simple infirmerie ou un dispensaire.*



# LA OÙ TOUT COMMENCE

**L**e 8 février 1843, la Grande-terre est touchée par un violent séisme qui détruit principalement la ville de Pointe-à-Pitre. La majorité des bâtiments sont ainsi mis à terre, les usines et les moulins font fortement endommagés.

On recensera plus de 3000 morts. La nécessité d'un établissement hospitalier se fait ressentir dans la colonie et s'est ainsi que le Gouverneur Gourbeyre décide de transformer la maison des pauvres de Pointe-à-Pitre en hospice (hospice Saint-Jules) pour vieillards, enfants et mutilés du séisme.

Rebaptisé "Hôtel Dieu" en 1870, cet établissement servira d'exemple aux autres établissements qui seront fondés dans les années qui suivent.



En 1911, suite à la loi de la séparation de l'église et de l'Etat, l'établissement prit le nom d'"Hôpital autonome" jusqu'à la construction du nouvel hôpital en 1930.



# LA OÙ TOUT COMMENCE

**E**n 1931, en raison de la vétusté et de l'exiguïté des locaux de l'hôpital Saint-Jules, débordant de vieillards, d'infirmités et d'assistés, la colonie décide de faire construire, sur le morne Laville, à l'est de Pointe-à-Pitre, un hôpital plus grand et plus moderne qui puisse répondre aux besoins de l'époque.



Cet établissement moderne est alimenté par de l'électricité, possède un réservoir d'eau qui alimente directement les pavillons.



A son ouverture, l'hôpital peut recevoir 255 malades, laissant le rôle d'hospice à l'hôpital Saint-Jules.

Il sera inauguré le 1<sup>er</sup> septembre 1936.



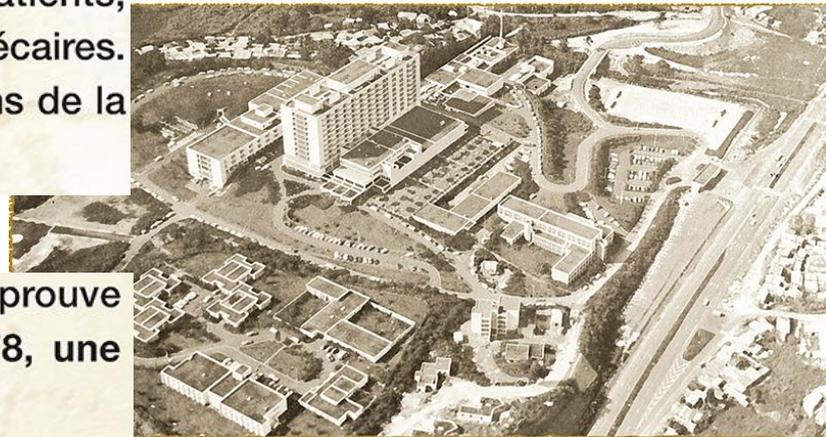
# L'AVENTURE CONTINUE

La fermeture de l'hospice Saint-Jules, a eu comme conséquence le transfert des prises en charge des patients de l'hospice vers l'hôpital général, forçant ce dernier à augmenter sa capacité d'accueil de 350 à plus de 800 patients, la plupart du temps accueilli dans des conditions assez précaires. L'hôpital général n'est désormais plus adapté aux besoins de la population.

Le 7 juin 1966, le ministre des affaires sociales approuve le programme des besoins du nouveau centre. En 1978, une première tranche est achevée et comprend :

- Un bloc hospitalier de 555 lits,
- Une unité de 104 lits,
- Et une école d'infirmières de 120 places.

Les premiers services ont investi les lieux en octobre 1977 et les derniers en juillet 1978.



# L'AVENTURE CONTINUE : CHU

Pour tenir compte de la restriction des programmes de l'époque, la deuxième tranche plus modeste correspondant à l'actuelle tour nord, réalisée en 1984 est ramenée à 180 lits. Dans le projet initial, la deuxième tour devait comporter 13 étages, avant la nouvelle politique de santé de l'époque.



L'évolution de l'établissement se poursuit par la création du Centre Hospitalier Régional de Pointe-à-Pitre qui deviendra par la suite le Centre Hospitalier Universitaire de Pointe-à-Pitre/Abymes en 1986.



# L'AVENTURE CONTINUE : CHU 1986

- Prérequis par le ministère :
  - Nombre de services spécialisés
    - Néonatalogie / Réanimation néonatale / Réanimation adulte
  - Plateau technique avec imagerie médicale moderne
    - TDM
- Laboratoire d'analyses médicales
- Un service de chirurgie Chirurgie : vasculaire / traumatologie
- Convention avec l'université





# L'AVENTURE CONTINUE : LA FACULTE DE MEDECINE

- 19 octobre 1988 : Nomination des premiers PU-PH des Antilles Guyane  
5 PU-PH / Orthopédie, Pédiatrie
- Décembre 1988: Administration provisoire puis le 1<sup>er</sup> Doyen : Pr  
Hyacinthe Bastaraud
- Septembre 1998 : 1<sup>ère</sup> année de Médecine / 90 inscrits / 10 reçus
- Septembre 2003 : ouverture de la 1<sup>ère</sup> année en Martinique
- Septembre 2006 : ouverture de la 1<sup>ère</sup> année en Guyane



# L'AVENTURE CONTINUE : LA FACULTE DE MEDECINE

- Septembre 2008 : ouverture de la DFGSM 2 en Guadeloupe
- Septembre 2009 : ouverture de la DFGSM en Guadeloupe
- Université / 12663 étudiants inscrits / 595 étudiants étrangers / 2079 en Médecine / 1100 (NC 130) en 1 ère année
- Faculté de plein exercice à venir
- Faculté de Médecine des Antilles / mais la Guyane toujours rattachée



# L'AVENTURE CONTINUE : LA FACULTE DE MEDECINE

- PACES Antilles 1113 (NC 130) / Guyane 120 (NC 12)
- DFGSM2 : 131
- DFGSM3 : 121
- Internes Antilles Guyane : 762 (ECN 2018 = 178 dont 13 CESP)
- DU : 187
- Sage Femmes : 90
- Infirmiers : 373



# L'AVENTURE CONTINUE : LA FACULTE DE MEDECINE

- 31 PU-PH et 6 MCU-PH
- 1 PU-MG et 1 MCU-MG
- 1 PU-MG et 1 MCU-MG associés
- 14 CCA/AHU
- 4 CCA par financement des Région Guadeloupe et Collectivité territoriale Martinique
- 4 CCU de Médecine générale (2 Guyane, 1 Guadeloupe, 1 Martinique)



# LE CHU : LES TRANSFORMATIONS

- Un nouveau projet médical 2013-2021:
  - 13 à 8 pôles (SSR hors site)
    - Médecine
    - Chirurgie et cancer
    - Soins critiques et SMIT
    - Parents-enfants
    - BIP (Biologie-Imagerie-Pharmacie)
    - Recherche-QSS-DIM-Equipes régionales
    - Impact important sur le projet architectural.



# LE CHU : LES TRANSFORMATIONS

- Appropriation des nouvelles logiques sanitaires
  - Prises en charge des patients : nouveaux paradigmes
- Une obligation d'efficacité et pertinence:
  - le patient au bon endroit, au bon moment,
  - Le patient dans le bon parcours
- Création d'un GHT unique janvier 2019 / 7 établissements



# LE CHU DE DEMAIN

- Ambulatoire médecine et chirurgie / moins de conventionnel
  - Consultations avec explorations simultanées
  - Les spécialistes d'organe recentrés sur l'ambulatoire:
    - Plateaux de consultations
    - Plateaux d'explorations (médecine vasculaire...),
    - Les équipes mobiles
    - HDJ médecine, pédiatrie, chirurgie et cancer
    - De nouveaux parcours dans le conventionnel: le court séjour gériatrique
- Plus de lits critiques / moins de lits non critiques.



CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE  
DE POINTE-À-PITRE / LES ABYMES





B11



B40

B5

304

303

30

301

295

292

291

231

B32

B33

B31





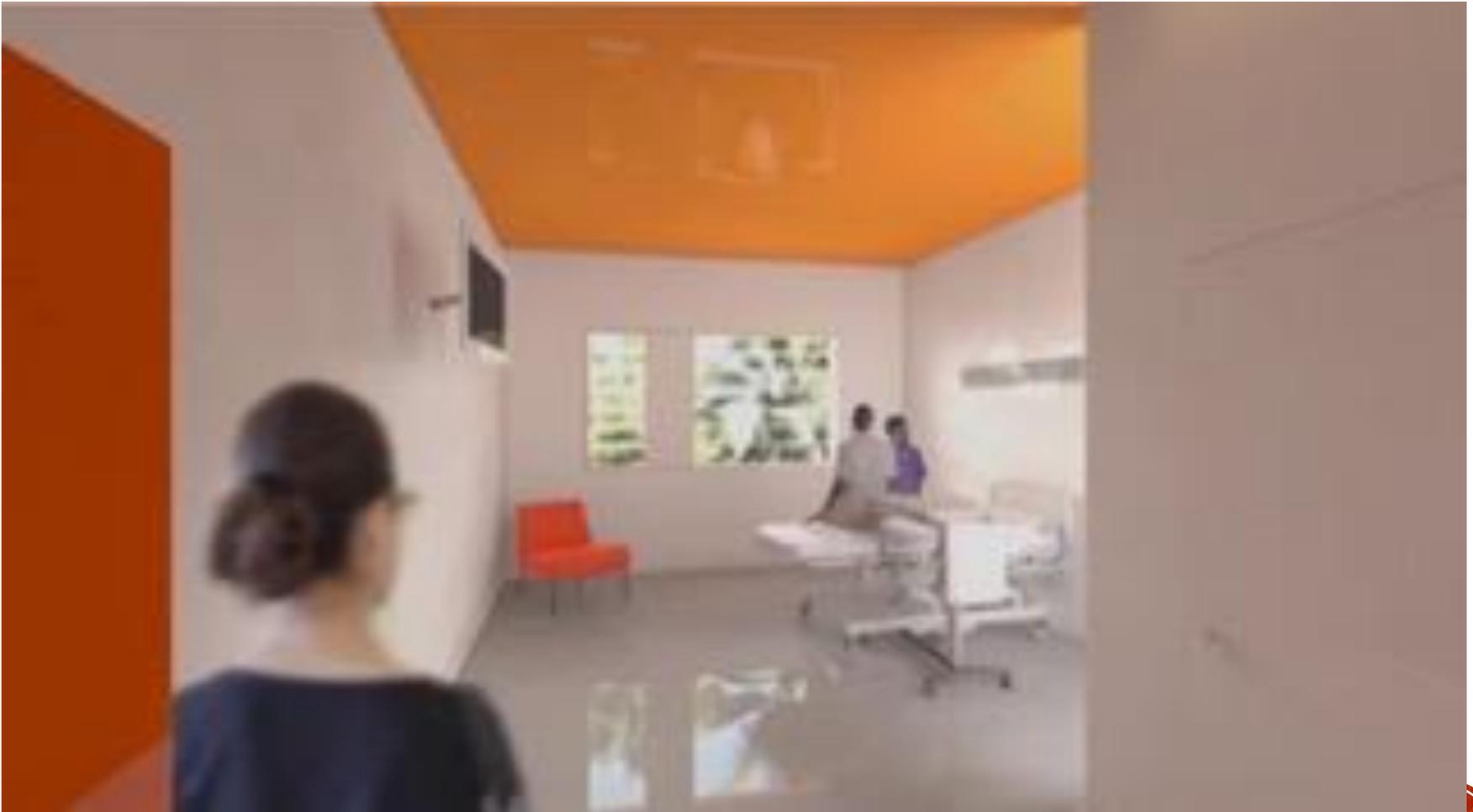
# Dans une unité d'hospitalisation conventionnelle



# Dans une unité d'hospitalisation conventionnelle



# Dans une chambre d'hospitalisation conventionnelle

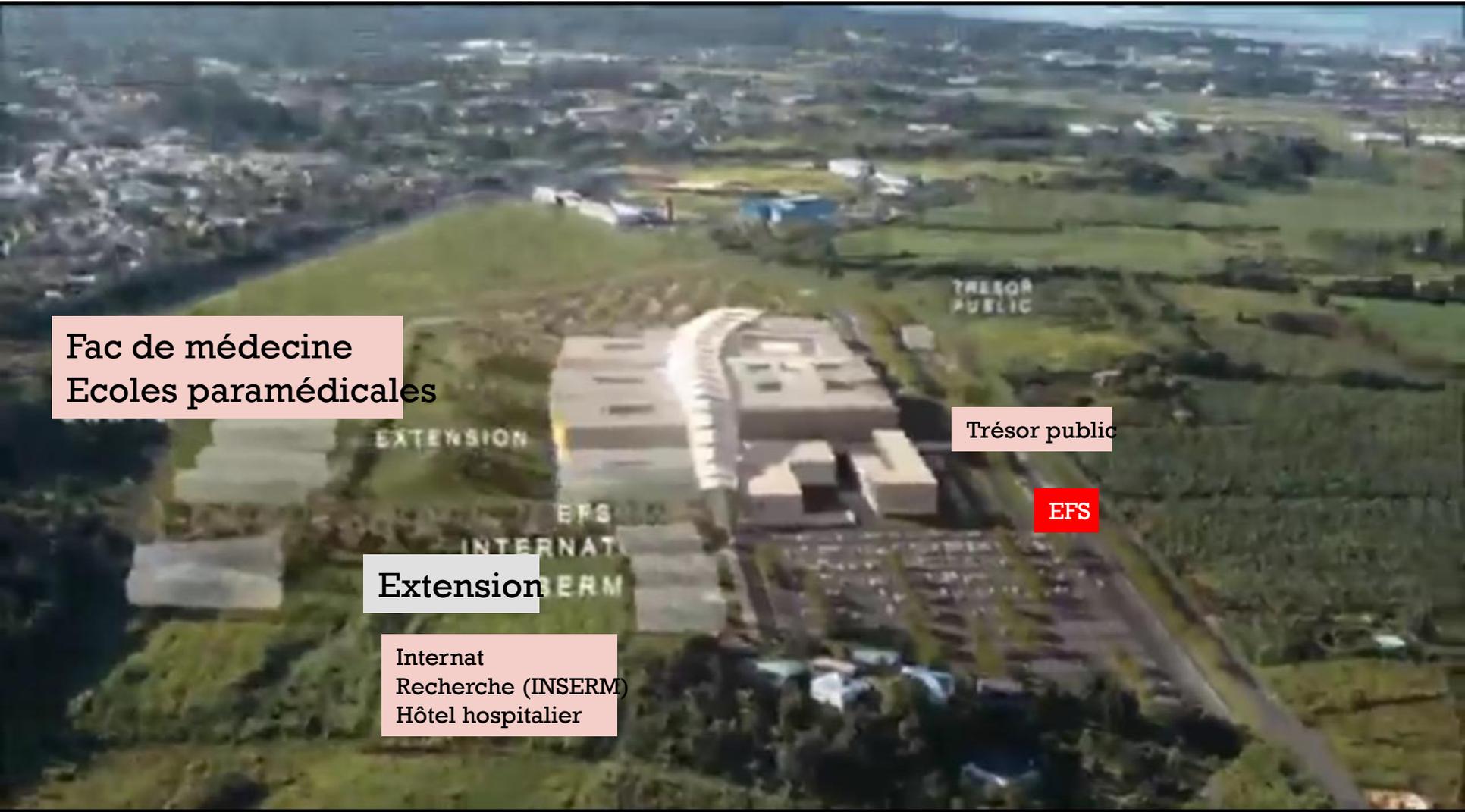






21h  
18h





Fac de médecine  
Ecoles paramédicales

EXTENSION

Trésor public

EFS

Extension

Internat  
Recherche (INSERM)  
Hôtel hospitalier





# DEMAIN..... Un projet de reconstruction

UN IMPÉRATIF DE MISE AUX  
NORMES SISMIQUES

UN IMPÉRATIF DE QUALITÉ ET DE  
SÉCURITÉ DES SOINS EN LIEN  
AVEC LES STANDARDS DE DEMAIN

UN IMPÉRATIF D'OPTIMISATION  
DES RESSOURCES,  
D'ORGANISATION,  
D'EFFICIENCE





©Architecture-Studio, Babel, l'Agence / MORPH

HÔPITAL DE DEMAIN

# Le nouveau CHU de la Guadeloupe

## L'hôpital de tous les extrêmes



# LE CAPACITAIRE

	<b>lits</b>	<b>places</b>	<b>postes</b>	<b>Total</b>	<b>m2</b>
2016	564	73	14	651	
PTD 2010	600	102	15	717	82807
PTD addendé juillet 2014	596	91	15	702	82720
Copermo Mai 2015	536	65	15	631	
APD 2016	540	65	15	635	
APD 2016 construit (dégel: 31 lits et 17 places)	571	82	15	668	
APD 2016 construit (18 lits accompagnants)	589	82	15	686	



# UNE STRATÉGIE: ANTICIPATION 2016-2020

- Trois chantiers en parallèle de construction:
  - Entretien et rénovation du bâti,
  - Restructuration des équipes,
  - Nouvelles organisations hospitalières : envol vers la médecine de demain



# UN AGENDA

- Permis de construire en 2015,
- Rendu du rapport d'analyse de l'APD par la MOA en mai 2016,
- Début terrassements en juin 2016,
- Rendu du PRO par la MOE en 2016,
- Appel d'offre entreprises en 2016,
- Début construction en 2017,
- Fin de chantier 2020,
- Ouverture puis déménagement en 2021.



# UNE STRATÉGIE: ANTICIPATION 2016-2020

- Mettre en place dès maintenant les nouveaux équilibres entre les différentes prises en charge:
  - Non critiques (plus petit) / Critiques (plus grand)
  - Programmés / non programmés
  - Ambulatoire / conventionnel
- Une équipe paramédicale peut avoir deux équipes médicales.
- Des bureaux mutualisés.
- La planification des actes et rendez-vous (consultations et explorations)





## CENTRE DE SANTÉ DÉPARTEMENTAL DE SAÔNE-ET-LOIRE



[centredesante71.fr](http://centredesante71.fr)

CONGRÈS NATIONAL  
des CENTRES de SANTÉ  
Prix Jean-François Rey

LAURÉAT  
SOLUTION  
SilverEco®  
2019  
DANS LA CATÉGORIE  
SANTÉ / E-SANTÉ  
Trophées SilverEco 2019 - SilverNight.fr

# LA PRESSE EN PARLE !

**ACTU MÂCONNAIS**

**PIERRECLOS SANTÉ**

## Après trois ans sans docteur, un médecin arrive en janvier

Depuis le départ du Dr Jean-François de Francechis en 2016, le cabinet médical de Pierreclous avait perdu son généraliste. En janvier, un professionnel de santé est arrivé dans le cadre d'un dispositif départemental de santé. Un soulagement pour le maire.

**D**ans un coin, le journaliste "Recherches médicales" qui a travaillé pendant trois ans dans le village ne sera plus qu'un souvenir. C'est tout ce qui reste de la consultation de Pierreclous. Le cabinet médical a été fermé pendant trois ans. Si des annonces de recrutement ont été envoyées, elles n'ont jamais pu aboutir. Mais la route a été pourvue d'un médecin. « Nous sommes allés chercher un médecin libéral, un spécialiste en cardiologie, un spécialiste en pédiatrie et un spécialiste en gériatrie », explique le maire. « Nous sommes allés chercher un médecin libéral, un spécialiste en cardiologie, un spécialiste en pédiatrie et un spécialiste en gériatrie. Mais c'est très dur de trouver. En 2019, nous sommes allés chercher un médecin libéral, un spécialiste en cardiologie, un spécialiste en pédiatrie et un spécialiste en gériatrie. Pour cela, nous sommes allés chercher un médecin libéral, un spécialiste en cardiologie, un spécialiste en pédiatrie et un spécialiste en gériatrie. »

**À Mâcon et Saint-Symphorien aussi**

**SAÔNE-ET-LOIRE SANTÉ**

## La formule des médecins salariés s'exporte hors de Saône-et-Loire

Embaucher des médecins généralistes pour les faire travailler dans les déserts médicaux : la formule a été inventée par la Saône-et-Loire. D'autres départements vont emboîter.

Un conseil départemental qui embauche directement des médecins généralistes pour les faire travailler dans les déserts médicaux. Voilà la formule du Centre de santé départemental imaginée et concrétisée par la Saône-et-Loire. Un modèle sorti de la tête du président Accary qui a attiré l'attention de nombreux collègues. Le Département de la Corrèze vient ainsi de voter la création de son propre Centre de santé départemental inspiré de la Saône-et-Loire. C'est venu nous voir très longtemps. Celui-ci doit être inauguré en janvier. Le Centre sera une structure d'une taille moyenne, mais qui sera très différente de ce que nous connaissons. L'organisation est en effet un peu différente en Corrèze où le Département a déjà beaucoup investi dans les maisons de santé. Plus modeste que le nôtre, l'Accary a accepté sans aucun problème de partager son expérience. On leur a par exemple transmis tous les modèles de contrats.

**Le Centre de santé départemental a été imaginé et mis en œuvre par le département de Saône-et-Loire.** Photo archives Benoît MONTAGIONI

« Je ne touche aucune royauté ! »

Le président du conseil départemental de la Saône-et-Loire, André Accary, a annoncé la création de son Centre de santé départemental. Ce centre de santé départemental est une structure qui embauche des médecins généralistes pour les faire travailler dans les déserts médicaux. Ce centre de santé départemental est une structure qui embauche des médecins généralistes pour les faire travailler dans les déserts médicaux. Ce centre de santé départemental est une structure qui embauche des médecins généralistes pour les faire travailler dans les déserts médicaux.

**SAÔNE-ET-LOIRE SANTÉ**

## La formule des médecins salariés s'exporte hors de Saône-et-Loire

Embaucher des médecins généralistes pour les faire travailler dans les déserts médicaux : la formule a été inventée par la Saône-et-Loire. D'autres départements vont emboîter.

Un conseil départemental qui embauche directement des médecins généralistes pour les faire travailler dans les déserts médicaux. Voilà la formule du Centre de santé départemental imaginée et concrétisée par la Saône-et-Loire. Un modèle sorti de la tête du président Accary qui a attiré l'attention de nombreux collègues. Le Département de la Corrèze vient ainsi de voter la création de son propre Centre de santé départemental inspiré de la Saône-et-Loire. C'est venu nous voir très longtemps. Celui-ci doit être inauguré en janvier. Le Centre sera une structure d'une taille moyenne, mais qui sera très différente de ce que nous connaissons. L'organisation est en effet un peu différente en Corrèze où le Département a déjà beaucoup investi dans les maisons de santé. Plus modeste que le nôtre, l'Accary a accepté sans aucun problème de partager son expérience. On leur a par exemple transmis tous les modèles de contrats.

**Le Centre de santé départemental a été imaginé et mis en œuvre par le département de Saône-et-Loire.** Photo archives Benoît MONTAGIONI

« Je ne touche aucune royauté ! »

Le président du conseil départemental de la Saône-et-Loire, André Accary, a annoncé la création de son Centre de santé départemental. Ce centre de santé départemental est une structure qui embauche des médecins généralistes pour les faire travailler dans les déserts médicaux. Ce centre de santé départemental est une structure qui embauche des médecins généralistes pour les faire travailler dans les déserts médicaux. Ce centre de santé départemental est une structure qui embauche des médecins généralistes pour les faire travailler dans les déserts médicaux.

Mâcon infos

**MÂCON : Cinq médecins entrent en exercice cette semaine au centre départemental de santé**

Publication : lundi 21 janvier 2019 23:43



Dès ce mardi, les premiers rendez-vous sont possibles pour les patients.

Le centre de santé départemental est installé provisoirement dans les locaux de l'agence Destination Saône et Loire avenue maréchal de Lattre de Tassigny et le président André Accary a symboliquement coupé le ruban cet après-midi.

Le centre de santé va fonctionner avec 5 médecins. Il sera ouvert du lundi au vendredi de 8h à 20h et le samedi de 8h à 12h.

Le président du Conseil départemental, André Accary a rappelé que ce projet était un complément de l'exercice libéral, et en aucun cas une concurrence. Citant le cas de Champforgeuil où une antenne a été fermée à la suite de l'installation d'un médecin libéral. "On anticipe, dit-il, pour que le département ne se trouve pas en désert médical, on connaît la moyenne d'âge des médecins. C'est une grande victoire pour les 11 200 patients en Saône et Loire qui n'avaient plus de médecins référents. Tous les maires ont approuvé et suivi les projets. Nous devons maintenant travailler pour que le centre soit reconnu comme centre universitaire et accueillir des stagiaires. Nous devons également travailler sur les EHPAQ qui manquent également de médecins. Les médecins viennent de nombreux départements et ils rejoignent un projet d'entreprise."



**SAÔNE-ET-LOIRE SANTÉ**

## Deserts médicaux : la Saône-et-Loire recrute 30 généralistes salariés

Le conseil départemental de Saône-et-Loire a annoncé la création de son Centre de santé départemental. Ce centre de santé départemental est une structure qui embauche des médecins généralistes pour les faire travailler dans les déserts médicaux. Ce centre de santé départemental est une structure qui embauche des médecins généralistes pour les faire travailler dans les déserts médicaux. Ce centre de santé départemental est une structure qui embauche des médecins généralistes pour les faire travailler dans les déserts médicaux.

**SAÔNE-ET-LOIRE SANTÉ**

## Deserts médicaux : ces médecins ont choisi d'être salariés

Le conseil départemental de Saône-et-Loire a annoncé la création de son Centre de santé départemental. Ce centre de santé départemental est une structure qui embauche des médecins généralistes pour les faire travailler dans les déserts médicaux. Ce centre de santé départemental est une structure qui embauche des médecins généralistes pour les faire travailler dans les déserts médicaux. Ce centre de santé départemental est une structure qui embauche des médecins généralistes pour les faire travailler dans les déserts médicaux.

**SAÔNE-ET-LOIRE SANTÉ**

## Déjà plus de 30 médecins recrutés

30 médecins salariés par le Centre de santé départemental ont été recrutés. Ce centre de santé départemental est une structure qui embauche des médecins généralistes pour les faire travailler dans les déserts médicaux. Ce centre de santé départemental est une structure qui embauche des médecins généralistes pour les faire travailler dans les déserts médicaux. Ce centre de santé départemental est une structure qui embauche des médecins généralistes pour les faire travailler dans les déserts médicaux.

**SAÔNE-ET-LOIRE SANTÉ**

## Le département veut embaucher 30 médecins pour répondre aux besoins des déserts médicaux

Le conseil départemental de Saône-et-Loire a annoncé la création de son Centre de santé départemental. Ce centre de santé départemental est une structure qui embauche des médecins généralistes pour les faire travailler dans les déserts médicaux. Ce centre de santé départemental est une structure qui embauche des médecins généralistes pour les faire travailler dans les déserts médicaux. Ce centre de santé départemental est une structure qui embauche des médecins généralistes pour les faire travailler dans les déserts médicaux.



MAIS AUSSI SUR :

Logos of various media outlets and organizations:

- LE FIGARO
- radio scoop
- radio france
- AFP
- inter
- VIBRATION
- Le Parisien
- france bleu
- RADIO CLASSIQUE
- LADÉPÊCHE
- RTL
- Le Monde
- la Gazette
- Europe 1
- la Gazette
- Les Echos
- egora
- France 5
- France 2
- France 3
- France 6
- ouest france
- BFM TV
- bourgogne
- TF1
- pourquoi docteur
- LE CONCOURS medical
- Allodocteurs.fr
- LE QUOTIDIEN DU MEDECIN
- le generaliste.fr
- Maires de France
- HOSPIMEDIA



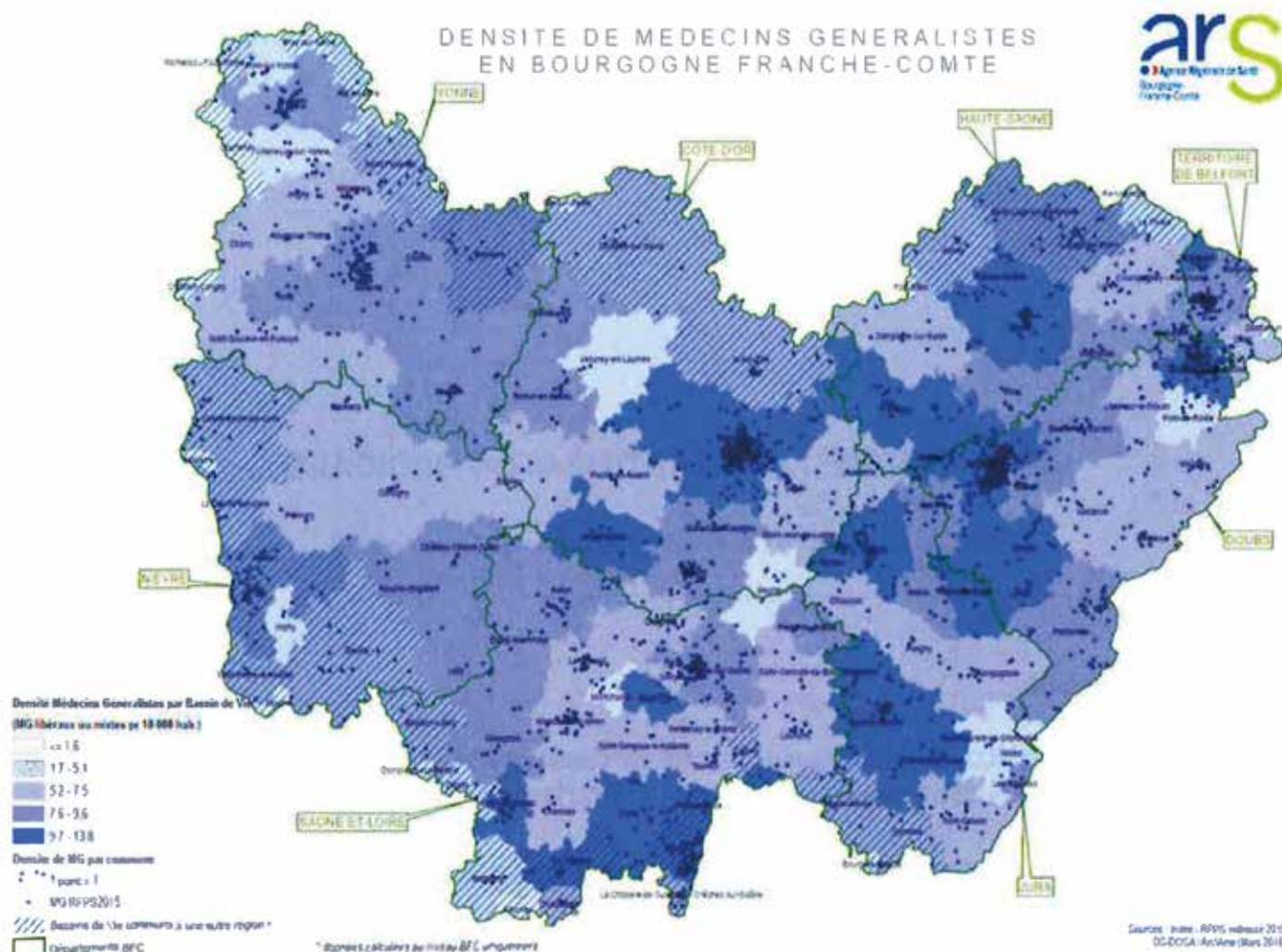
# PROJET DE CRÉATION D'UN CENTRE DE SANTÉ DÉPARTEMENTAL

# 1. LE CONSTAT

## A) UNE DÉSSERTIFICATION MÉDICALE PRÉVISIBLE QUI S'INTENSIFIE AU FIL DES ANNÉES

La région Bourgogne Franche Comté figure parmi les régions les plus touchées par la problématique de la démographie médicale : elle se situe au 4<sup>e</sup> rang des régions ayant les densités les plus faibles. Cette situation régionale masque par ailleurs des disparités territoriales importantes (problématiques beaucoup plus marquées dans les départements de Bourgogne).

En Saône-et-Loire, la densité de médecins généralistes est, depuis plusieurs années, nettement inférieure aux densités régionale et nationale. Au 1<sup>er</sup> janvier 2016, la Saône-et-Loire compte 635 médecins généralistes, libéraux ou salariés, ce qui représente une densité de 110,4 médecins pour 100 000 habitants alors qu'elle est de 125,6 en région et de 132,1 en France.



**La situation est de plus en plus préoccupante, notamment au regard du nombre de cessations d'activité depuis 2014 qui ne cesse d'augmenter sans être compensé par les installations.**

De 2007 à 2016, la Saône-et-Loire a enregistré une baisse de ses effectifs en médecins généralistes de

**11 %**

**Ce déficit risque de s'accroître dans les années à venir** au regard de plusieurs critères :

- le nombre prévisionnel de départs à la retraite : près de 35% des généralistes libéraux a plus de 60 ans et la moyenne d'âge est de 53 ans.
- les besoins de soins sont, quant à eux, de plus en plus importants face à une population vieillissante.
- l'augmentation en 2015 du nombre de médecins formés, n'aura un réel impact que d'ici à une dizaine d'années.
- la proportion de médecins généralistes nouvellement diplômés qui optent pour le statut de remplaçants est en augmentation continue.

**L'ensemble du département est désormais concerné par le manque de médecins : ce ne sont plus seulement les communes rurales qui sont impactées mais aussi celles des agglomérations.**

## B) DES DISPOSITIFS INSUFFISANTS

**installeunmedecin.com** : dispositif lancé en 2013 pour accompagner et soutenir financièrement le maintien et l'installation des professionnels de santé de Saône-et-Loire et les collectivités :

- > bourses d'études pour les étudiants en médecine,
- > accompagnement et aide à l'installation,
- > aide au financement des cabinets de recrutement,
- > aide à l'investissement immobilier pour les collectivités territoriales.

**Mission SIM 71** : accompagnement plus poussé des étudiants ou professionnels de santé dans leur projet d'installation

- > démarches professionnelles et extraprofessionnelles,
- > présentation des territoires et des aides,
- > liens avec les acteurs locaux et les projets en cours.

**Install Box** : deux journées découvertes du territoire prises en charge pour permettre au médecin (et à sa famille) de se projeter dans son futur environnement.

**Cours de français médical** : financement de cours accélérés aux médecins étrangers pour pallier le problème de la barrière de la langue.

## C) LES LIMITES DES ACTIONS

**Ce dispositif d'accompagnement global atteint aujourd'hui certaines limites.**

- > Les aides financières ne suffisaient pas et qu'elles n'apparaissent pas comme un critère déterminant dans le choix d'installation.
- > Les mentalités ont évolué et les jeunes professionnels de santé ont de nouvelles aspirations : ils souhaitent concilier vie personnelle et vie professionnelle. De même, le cadre de vie offert sur un territoire compte parmi les facteurs prépondérants.
- > La pénurie est telle que beaucoup de collectivités locales de Saône-et-Loire ont décidé de proposer des aides à l'installation aux médecins généralistes, dans le même esprit que le dispositif [installeunmedecin.com](http://installeunmedecin.com) imaginé par le Département. Cela entraîne des concurrences fortes entre les territoires et des difficultés d'articulation entre les différents acteurs.

**Aujourd'hui après 4 années de fonctionnement, les incitations financières ne suffisent pas à enrayer le phénomène de désertification médicale.**

# 2. LE CENTRE DE SANTÉ DÉPARTEMENTAL :

## UNE SOLUTION VOLONTARISTE ET INNOVANTE

Le Département de Saône-et-Loire a refusé la fatalité du déclin des soins de proximité et a proposé, avec la création d'un centre de santé départemental multi site, une réponse coordonnée et garante de l'équité territoriale.

Il est ainsi devenu le premier département métropolitain à expérimenter la création d'un centre de santé à l'échelle de la globalité de son territoire afin :

➤ d'apporter une réponse souple et rapide aux besoins des bassins de vie frappés par la désertification médicale,

➤ de constituer une offre attractive pour attirer, avec des conditions d'exercice adaptées (salarier des médecins), de nouveaux médecins en Saône-et-Loire, sans générer des jeux concurrentiels entre collectivités locales,

➤ de favoriser la complémentarité entre les acteurs de la prévention et des champs sanitaires et médicosociaux, de développer le travail en réseau et d'améliorer la réponse sanitaire aux besoins croissants liés au vieillissement de la population.

### QU'EST-CE QU'UN CENTRE DE SANTÉ ?

Les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité. Ils sont gérés par des organismes à but non lucratif, des collectivités territoriales ou des établissements de santé. Les centres de santé assurent donc, dans le respect du libre choix de l'utilisateur, des activités de soins sans hébergement et participent à des actions de santé publique, et à des actions sociales. Ils font bénéficier leurs usagers de la pratique de la dispense d'avance de frais. Les centres de santé doivent à ce titre appliquer les tarifs conventionnés du secteur 1, sans dépassement de tarifs.

Structures de proximité se situant au plus près des assurés et de leurs besoins, les centres de santé participent à l'accès de tous à la prévention et à des soins de qualité, sans sélection ni discrimination. En complément de la démarche curative, les centres de santé participent activement à des actions de prévention et de promotion de la santé, favorisant ainsi une prise en charge globale de la santé des personnes.

L'exercice regroupé et coordonné entre professionnels de santé et la concertation organisée entre gestionnaires et professionnels de santé constituent le fondement de la pratique des centres de santé.

### A) UNE RÉPONSE ADAPTÉE

#### PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES ET CONDITIONS DE CRÉATION DES CENTRES DE SANTÉ

De manière schématique, les grandes caractéristiques des centres de santé sont les suivantes :

- Leur activité est centrée sur l'exercice d'activités de soins de premier recours ambulatoire.
- Ils pratiquent la dispense d'avance de frais/ secteur 1.
- Ils sont financés par l'Assurance maladie (tiers payant sécurité sociale et complémentaires).
- Ils concourent à la mise en oeuvre d'actions sociales et de santé publique.
- Ils sont fondés sur l'exercice regroupé et coordonné des professionnels, ainsi que sur l'emploi exclusif de personnels salariés, y compris pour les médecins.
- Ils élaborent un projet de santé.
- Ils sont ouverts à tous.

**Les centres de santé peuvent bénéficier par ailleurs d'une implantation multi sites.**

#### STATUT DES PERSONNELS

L'exercice en centre de santé présente un quadruple avantage pour les professionnels de santé : un exercice professionnel regroupé, un allègement de la charge de travail administrative, une diversification des activités et un statut salarié.

Le statut de salarié est cité comme un attrait des centres de santé pour trois de ses caractéristiques :

- La fixité de la rémunération quand celle-ci est la règle, qui permet de se consacrer à des tâches non financées mais dont l'intérêt médical est réel (réunions de coordination).
- Les horaires de travail normés qui permettent une meilleure conciliation entre vie familiale et vie professionnelle.
- Le niveau de la protection sociale, plus avantageux dans le cas du salariat que de l'exercice libéral (cf indemnités journalières, couverture maternité, régime de retraite ...).

### LES AVANTAGES DES CENTRES DE SANTÉ

L'intérêt des centres de santé s'apprécie au regard des attentes des habitants, des institutions et des professionnels :

➤ **pour les usagers de santé et la population générale :** ils contribuent à réduire les inégalités sociales de santé ainsi que les inégalités territoriales de réponses aux besoins. Ils permettent l'accès aux soins par les mesures pratiquées en termes d'accessibilité sociale (tarifs conventionnés, tiers payant, Couverture maladie universelle, Aide médicale d'État...). Les usagers sont au centre des préoccupations du centre de santé, les sécurisant, les accompagnant pour leur parcours de soins, leurs proposant sur le plan sanitaire une unité de lieu, une équipe pluridisciplinaire, un plateau technique, une coordination des soins et un travail d'équipe.

➤ **pour les pouvoirs publics :** ils répondent aux critères de modernité qui prévalent désormais en termes de coordination des soins, de pluridisciplinarité, de dossier médical commun, de formation médicale initiale et continue, d'organisation d'actions de santé publique et hors les murs, de prise en charge des maladies chroniques, de paiement à la fonction des soignants et de qualité des soins.

➤ **pour les professionnels soignants :** l'exercice en centre de santé présente un quadruple avantage pour les professionnels de santé :

- un exercice professionnel regroupé,
- un allègement de la charge de travail administrative,
- une diversification des activités,
- un statut salarié.

La coordination médicale constitue un point de force des centres de santé et permet une plus grande efficacité des actions en direction des malades chroniques (notamment des populations âgées). Elle prend trois formes principales :

➤ **Elle est formelle (réunions)** lorsqu'il s'agit d'échanger entre pairs de manière théorique et pratique sur des questions médicales précises ou sur des sujets d'intérêt général pour le centre de santé (qualité des soins, santé publique...).

➤ **Elle est souvent plus informelle** lorsqu'il s'agit de traiter de situations individuelles concrètes (discussion permettant de déboucher sur une action collective coordonnée).

➤ **Elle se traduit enfin par la mise en place d'un dossier « patient »** partagé entre les professionnels de santé.

Les centres de santé se créent là où les besoins en soins primaires sont les plus aigus. Ils sont au niveau national dans une phase de développement compte tenu des nombreuses initiatives émanant des Communes. Les principaux atouts sont l'attractivité du salariat et de l'exercice regroupé et coordonné et le fait que les médecins sont déchargés de la gestion administrative.

## B) UNE APPROCHE PRAGMATIQUE ET INNOVANTE

La Saône-et-Loire propose de créer le premier centre de santé départemental de France.

À l'instar des nombreux centres de santé créés par des associations, des mutuelles ou des collectivités locales, le projet de centre de santé départemental répondra aux exigences du décret du 30/07/2010.

Le Département de Saône-et-Loire propose toutefois de porter un modèle de centre de santé spécifique au regard de son caractère multi site et de son lien étroit avec l'exercice des compétences départementales.

L'originalité du centre de santé départemental repose donc sur :

> **Un déploiement par étape d'un centre de santé multi site sur les territoires prioritaires**, avec un siège central (équipes médicales et personnels administratifs) et plusieurs antennes (au sein des communes ou des Maisons de Santé Pluridisciplinaires ou autres structures partenaires) pour les consultations des médecins généraux salariés.

> **Un positionnement spécifique du centre de santé départemental** : accueil tout public mais également actions ciblées sur les personnes âgées et personnes en situation de précarité. Le centre de santé s'attachera également à avoir un positionnement innovant sur le champ de la télésurveillance, télé médecine (liaison antenne-siège) ainsi que l'accueil d'étudiants.

> **Un contrat spécifique avec les médecins salariés** : une fraction du temps de travail serait consacrée aux missions départementales, hors consultations de médecine de ville. Ces missions seraient à définir sur la Protection maternelle et infantile, l'Allocation personnalisée d'autonomie, à voire l'Aide sociale à l'enfance et d'autres actions de santé publique, permettant de résoudre le problème de recrutement médical du Conseil départemental pour ses propres besoins. Par ailleurs, l'attractivité des postes pourra être confortée par la proposition d'un exercice mixte avec une quotité de travail pour le compte du centre de santé (salariat) et une quotité en exercice libéral.

## C) 5 PRINCIPES D' ACTIONS

La conception et la mise en oeuvre du projet de centre de santé s'inscrivent dans une approche pragmatique pour répondre aux besoins sanitaires et sociaux des territoires concernés. Ce projet a été conçu, dès son origine, en lien étroit avec l'Ordre des médecins, l'Agence régionale de santé et la Caisse primaire d'assurance maladie.

Il repose sur 5 grands principes d'actions :

**1 - Subsidiarité** : l'objectif est d'apporter une réponse complémentaire aux initiatives existantes (Maisons de santé pluridisciplinaires et professionnels libéraux). En cela, le Département assume et conforte son rôle de garant de l'équité territoriale et contribue activement à rétablir l'égal accès de tous les citoyens aux soins de proximité.

**2 - Consensus local** : l'installation du centre de santé départemental dans les différents sites ne sera envisagée que dans les communes où un fort consensus (professionnels de santé, habitants, collectivités, établissements, etc.) et un accompagnement local sont engagés.

**3 - Complémentarité** : le projet du centre de santé départemental posera clairement comme objectif central le principe d'un travail en réseau avec les acteurs locaux du champ de la prévention, sanitaire, et médico-social. Il contribuera ainsi activement aux logiques partenariales incarnées par les Contrats locaux de santé et les projets de territoires.

**4 - Agilité** : le déploiement du centre de santé sera pensé de manière suffisamment agile pour rendre possible la fermeture d'une antenne, et son redéploiement dans une autre zone, dès lors qu'une installation médicale ou un projet structurant viendrait modifier la situation dans la commune considérée. L'objectif est en tout état de cause de ne créer aucune situation de concurrence entre les différents modes d'accès à la médecine générale.

**5 - Équilibre financier** : après une phase de montée en charge, le centre de santé départemental devra atteindre un équilibre financier grâce à une organisation et une gestion rigoureuse permettant d'équilibrer les charges et les recettes. La participation des communes et des intercommunalités constitue un point important dans la réussite du projet, à l'image de l'implication de la Communauté de communes Le Grand Charolais, de la Communauté de Communes du Grand Autunois Morvan, de la ville de Chalon et de la ville de Montceau-Mines dans la mise à disposition des locaux destinés à accueillir les 4 premiers centres de santé territoriaux.

# 3 - UNE MÉTHODOLOGIE PERTINENTE ET EFFICACE

## A) DES ACTIONS CONCRÈTES

### PHASE DE CONCERTATION PRÉALABLE

La réflexion autour d'un centre de santé départemental a été initiée au début de l'année 2017. Elle a donné lieu, dans une première phase (mars-mai 2017), à de nombreux échanges avec l'Agence régionale de santé, la Caisse primaire d'assurance maladie, la fédération nationale des centres de santé afin de s'assurer de l'opportunité et de la faisabilité du projet.

Une seconde phase s'est ouverte de juin à septembre 2017 pour consulter très largement les partenaires, et notamment le Conseil départemental de l'ordre des médecins, les organismes représentatifs des professionnels de santé, les associations et réseaux de santé ainsi que les collectivités locales intéressées afin de prendre en compte les différentes attentes et définir les contours du projet.

Cette phase de concertation doit permettre d'éclairer utilement la définition des critères d'implantation du centre de santé multi site mais également de définir le modèle d'organisation du centre : siège départemental, ramification en pôle territoriaux et sites éclatés, composition type d'un site local (nature des locaux, nombre de professionnels de santé et administratifs...).

### DÉFINITION DES CRITÈRES ET APPEL À MANIFESTATION D'INTÉRÊT

Le diagnostic préalable des besoins a mis en perspective les caractéristiques de la population, les problématiques de santé, l'organisation du système sanitaire et social à l'échelle du territoire départemental ainsi qu'à un niveau infra territorial pertinent. Sur cette base, les critères de priorisation ont été établis pour définir la liste des zones prioritaires pour une implantation du centre de santé départemental.

Pour définir ces critères, le Département s'est appuyé sur les données et les travaux en cours à l'Agence régionale de santé. Notamment ont été pris en compte la densité et l'âge des médecins généralistes, l'âge de la population ou encore le maillage en maisons et centres de santé. Sur la base de ce travail cartographique, un appel à manifestation d'intérêt a été adressé aux Communes

et/ou aux Établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) volontaires (septembre 2017).

Les dossiers de candidature ont permis d'établir :

- > **la réalité des besoins,**
- > **le consensus local** et notamment l'adhésion des professionnels de santé, notamment libéraux, sur l'opportunité du centre de santé,
- > **les logiques de coopération** autour de l'implantation d'un site du centre de santé départemental,
- > **le niveau d'implication humain et financier** de la commune,
- > **les possibilités d'accueil physique** sur le territoire concerné.

### UNE COMMUNICATION SPÉCIFIQUE

> **Création d'une boîte mail spécifique [centredesante@saoneetloire71.fr](mailto:centredesante@saoneetloire71.fr) pour recenser les candidatures de médecins.** Cette boîte mail a permis également de fluidifier les échanges avec l'équipe projet en mesure de répondre aussi bien aux questions des candidats que des élus locaux,

> **Lancement d'une opération de communication massive dès septembre auprès des facultés de médecine** pour les informer de cette expérimentation unique en France, et de tous les outils mis à leur disposition pour obtenir des renseignements et déposer leur candidature.

> **Création d'une page internet dédiée sur le site du Département [saoneetloire71.fr](http://saoneetloire71.fr)** afin que les médecins, les communes, les habitants et les journalistes puissent suivre en temps réel la construction de ce projet, étape par étape, mais aussi poser leurs questions.

### DES RETOMBÉES CONSÉQUENTES

- > important relais dans les médias locaux et nationaux : l'initiative du Département de Saône-et-Loire citée pour exemple dans la presse écrite, Internet, télé, radio et presse spécialisée,
- > de nombreux appels de médecins et étudiants en médecine.

## B) UN PROJET RÉALISÉ EN SEULEMENT 6 MOIS !

### JUIN 2017

#### Présentation du projet de centre de santé départemental

Lors de l'Assemblée départementale du 22 juin 2017, André Accary, Président du Département, et Richard Lopez, Président de la Fédération nationale des centres de santé (FNCS), ont présenté aux élus départementaux l'intérêt d'un tel projet pour la Saône-et-Loire.

### ÉTÉ 2017

#### Choix des communes

L'ensemble des communes et EPCI de Saône-et-Loire avait la possibilité de déposer un dossier pour accueillir un médecin dans des locaux communaux ou intercommunaux. Les dossiers de candidatures devaient notamment permettre d'établir la réalité des besoins dans le territoire, le consensus local ainsi que les logiques de coopération et de coordination avec l'ensemble des acteurs. Au total, cinq centres et 47 antennes ont ainsi été retenus.

### SEPTEMBRE 2017

#### Création du centre de santé départemental

Le Conseil départemental a officiellement adopté la création d'un centre de santé lors de l'Assemblée départementale du 21 septembre.

### OCTOBRE-NOVEMBRE-DÉCEMBRE 2017

#### Finalisation du projet de centre de santé départemental

Choix des sites, finalisation du projet de santé, définition des moyens humains et budgétaires, validation des cofinancements des communes et intercommunalités, de l'ARS et de la CPAM.

Le Président du Département André Accary a participé par ailleurs à Paris les 13 et 14 octobre aux Journées nationales de la médecine générale et les 5 et 6 octobre au congrès national des centres de santé.

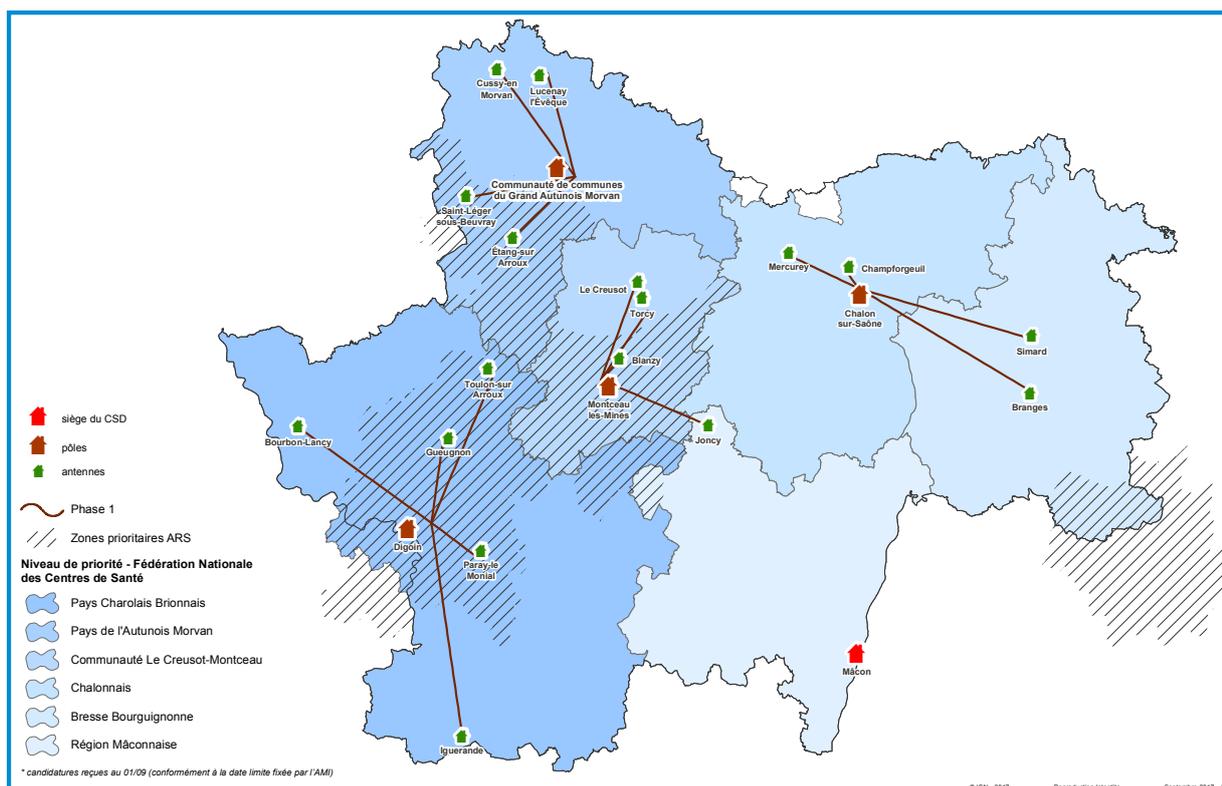
#### Action de communication grand public et ciblée

Appel à candidatures de médecins dans des outils de communication destinés aux professionnels de la santé. Mise en place de partenariats locaux.

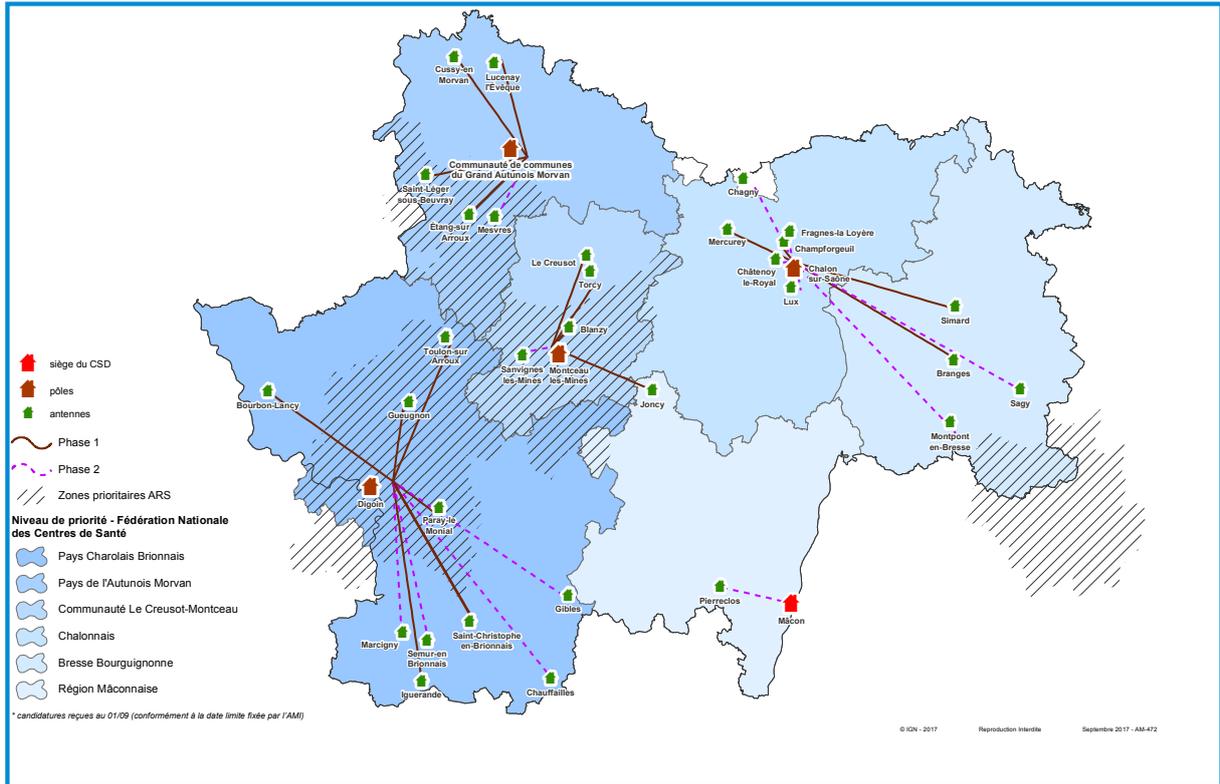
- Recrutement des équipes médicales et administratives
- Réception des candidatures et entretiens d'embauche.
- Réalisation des travaux pour le centre de santé multi sites.

## C) UNE MONTÉE EN PUISSANCE PROGRESSIVE

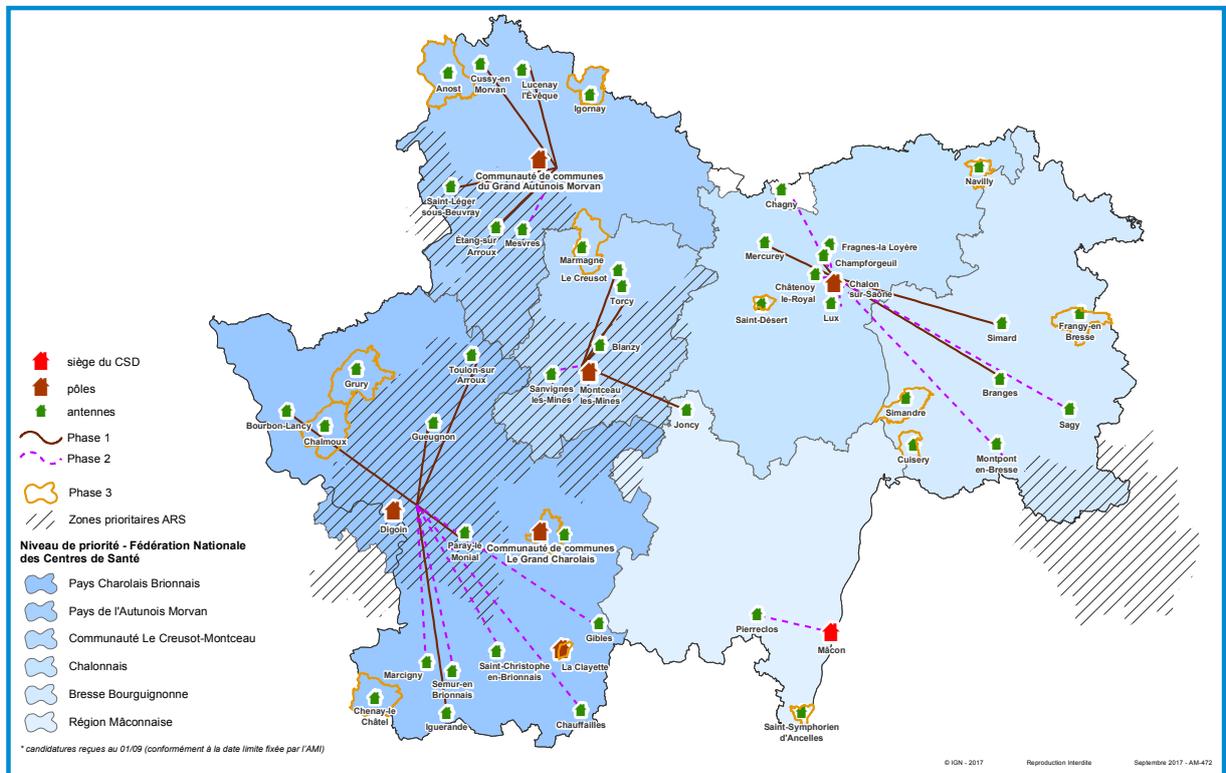
### PHASE 1 - Janvier 2018



## PHASE 2 - Courant 2018



## PHASE 3 - Après 2018





# LA RÉALISATION DU PROJET DE CENTRE DE SANTÉ DÉPARTEMENTAL

Le centre de santé départemental a vu le jour en janvier 2018 et a reposé, dans sa phase initiale, sur 4 pôles territoriaux et 12 antennes ouverts successivement sur l'année 2018 avec le recrutement de 30 médecins. Dès 2019, le centre de santé départemental poursuit son déploiement avec l'ouverture de deux nouveaux centre de santé territoriaux et de nombreuses antennes.

# 1. CARACTÉRISTIQUES DU CENTRE DE SANTÉ DÉPARTEMENTAL EN SAÔNE-ET-LOIRE

## **CRÉATION D'UNE RÉGIE DOTÉE DE LA SEULE AUTONOMIE FINANCIÈRE**

Le Département gère directement le centre de santé départemental par la création d'un service dédié au sein de la collectivité. Dans un souci de transparence et de suivi de ce projet, il a eu recours à une régie dotée de la seule autonomie financière comme l'autorise le Code général des collectivités territoriales (CGCT).

## **CRÉATION DES POSTES NÉCESSAIRES AU FONCTIONNEMENT DU CENTRE DE SANTÉ DÉPARTEMENTAL**

Il a été proposé de dimensionner le centre de santé, pour les phases de déploiement 1 et 2, sur la base d'un recrutement de 30 médecins :

- 15 médecins en phase 1, dont le Directeur médical,
- 15 médecins en phase 2.

Par ailleurs les personnels administratifs ont progressivement été composés, pour les phases 1 et 2, d'un directeur, de 2 gestionnaires administratifs et financiers et de 10 secrétaires médicales.

## **SÉLECTION DES IMPLANTATIONS PRIORITAIRES POUR LE DÉPLOIEMENT DU CENTRE DE SANTÉ**

L'ensemble des Communes et EPCI de Saône-et-Loire ont eu la possibilité de déposer un dossier au titre de l'appel à manifestation d'intérêt sur la base de plusieurs critères énoncés. Les dossiers de candidatures devaient en outre, permettre d'établir la réalité des besoins sur le territoire, le consensus local, les logiques de coopération et de coordination avec l'ensemble des acteurs et services au local et le niveau d'implication de la structure porteuse. Les candidats devaient également préciser s'ils s'orientaient vers l'accueil d'un pôle territorial ou d'une antenne du centre de santé.

## **LES CENTRES DE SANTÉ TERRITORIAUX ONT VOCATION**

a été implantés sur une commune considérée comme pôle de services d'un bassin de vie, défini par l'Insee comme disposant d'un minimum d'équipements intermédiaires. Ils regroupent une équipe pluridisciplinaire composée de plusieurs médecins généralistes et de personnel administratif. Les médecins qui y exercent assurent des consultations de médecine générale selon une large amplitude d'horaires, permettant ainsi d'apporter une réponse à la demande de soins des patients. Le pôle territorial est à penser comme une structure pérenne et fixe et pourra rayonner sur un large périmètre géographique.

**L'ANTENNE** a vocation à être déployée sur des communes très déficitaires en offre de soins en vue d'offrir des consultations en médecine générale au plus proche du lieu de vie des patients. Elle est destinée à tous les usagers et notamment à ceux qui n'ont pas la possibilité de se rendre dans un centre de santé territorial. Elle permet d'accueillir un médecin généraliste, sur des horaires qui pourront être de moindre importance, afin d'assurer une permanence médicale. Cette structure non figée, pourra être redéployée à tout moment sur un autre lieu déficitaire. En effet, elle a été imaginée de manière à ce qu'une fermeture soit rendue possible, dès lors que l'offre de soins serait améliorée sur le territoire concerné (installation d'un médecin généraliste libéral, mise en place d'une Maison de santé pluridisciplinaire, etc.).

## **CONTRACTUALISATION AVEC LES COMMUNES ET EPCI**

Le Département de Saône-et-Loire met à disposition les médecins généralistes salariés du centre de santé départemental au sein des centres de santé territoriaux et des antennes ainsi que les équipes administratives afférentes. Pour les centres de santé territoriaux, le Département s'est chargé de l'équipement matériel des équipes. En contrepartie, les Communes et EPCI ont participé financièrement et ont soutenu l'initiative départementale par la mise à disposition de moyens, parmi lesquels figurent les locaux, les fluides ou encore l'entretien permettant le bon fonctionnement des structures. L'équipement matériel et technique des équipes basées sur les antennes sera également à la charge de la collectivité d'accueil.

## **RECRUTEMENT DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE DIRECTEUR MÉDICAL DU CENTRE DE SANTÉ**

Un appel à candidature a été lancé fin juillet en vue de recruter le futur directeur médical du centre de santé. Il est chargé, avant l'ouverture, de participer à l'élaboration et à la mise en oeuvre du projet sur les différents volets et notamment le projet de santé, le recrutement des médecins généralistes, la mise en place du système d'information et l'aménagement des locaux. Dès l'ouverture du centre, véritable coordinateur, le directeur médical pilote le projet de santé, organise le travail du service médical, participe aux activités de direction et mobilise les partenariats. Il participe également à l'offre de soins en réalisant des consultations.

## 2. DES OUVERTURES SUCCESSIVES



### **CENTRE DE SANTÉ TERRITORIAL DE DIGOIN**

Ouvert le 6 février 2018

> **Antenne de Saint-Christophe-en-Brionnais**

Ouverte le 19 septembre 2018

> **Antenne de Gueugnon**

Ouverte le 16 octobre 2018

> **Antenne d'Iguerande**

Ouverte le 14 novembre 2018



### **CENTRE DE SANTÉ TERRITORIAL D'AUTUN**

Ouvert le 22 février 2018

> **Antenne de Saint-léger-sous-Beuvray**

Ouverte le 5 juin 2018

> **Antenne de Étang-sur-Arroux**

Ouverte le 13 mai 2019



### **CENTRE DE SANTÉ TERRITORIAL DE MONTCEAU-LES-MINES**

Ouvert le 3 juillet 2018

> **Antenne du Creusot**

Ouverte le 6 septembre 2018

> **Antenne de Joncy**

Ouverte le 21 janvier 2019





## CENTRE DE SANTÉ TERRITORIAL DE CHALON-SUR-SAÔNE

Ouvert le 17 avril 2018

### > Antenne de Champforgeuil

Ouverte le 7 septembre 2018

(fermée en décembre 2018, suite à l'installation d'un médecin généraliste libéral)

### > Antenne de Branges

Ouverte le 7 novembre 2018

### > Antenne de Sagy

Ouverte le 6 novembre 2018

### > Antenne de Mercurey

Ouverte le 7 novembre 2018

### > Antenne de Montpont-en-Bresse

Ouverte le 9 janvier 2019

### > Antenne de Lux

Ouverte le 11 mars 2019

### > Antenne de Simard

Ouverte le 28 mars 2019



## CENTRE DE SANTÉ TERRITORIAL DE MÂCON

Ouvert le 22 janvier 2019

### > Antenne de Pierreclos

Ouverte le 24 janvier 2019

### > Antenne de Saint-Symphorien-d'Ancelles

Ouverte le 13 mai 2019



# 3. LE CENTRE DE SANTÉ, COMMENT ÇA MARCHE ?

**UN NUMÉRO UNIQUE**  
**03 85 34 71 00**



**UNE PLATEFORME SUR INTERNET**  
**[www.centredesante71.fr](http://www.centredesante71.fr)**



## MÉDECINE GÉNÉRALE

Les centres de santé territoriaux pratiquent **uniquement la médecine générale**. D'autres spécialités sont envisagées pour la seconde phase du projet.



## MÉDECIN TRAITANT

Les médecins du centre de santé peuvent être **choisis comme médecin traitant**. Si vous consultez au centre de santé alors que vous avez déjà un médecin traitant libéral, vous serez remboursé uniquement **pour un problème urgent, en cas d'éloignement géographique ou si votre médecin est absent ou indisponible**.



## DOSSIER MÉDICAL, INFORMATISÉ ET CONFIDENTIEL

Le dossier médical est **accessible** au patient **sur demande**. Les **spécialistes, les hôpitaux seront les correspondants des médecins** des centres de santé comme ils le sont pour tous les médecins généralistes.



## DOCUMENTS NÉCESSAIRES À LA CONSULTATION

**Carte vitale** (ou à défaut attestation de Sécurité sociale) et **carte de mutuelle**. Sur le plan médical, tous les documents facilitant la constitution du dossier médical.



**45 ANTENNES  
ASSOCIÉES**



## HORAIRES D'OUVERTURE : du lundi au vendredi de 8 h à 20 h

Variables selon les médecins et les plannings établis chaque semaine, **pour assurer la continuité de l'offre de soins dans chaque centre**. Les consultations du samedi seront mises en place lorsque les effectifs de médecins le permettront.

## 4 CENTRES DE SANTÉ TERRITORIAUX



Chalon-sur-Saône

### DES CONSULTATIONS SUR TOUT LE TERRITOIRE

**Aucune restriction géographique** à la prise de rendez-vous. Consultations dans les antennes réservées en priorité aux personnes qui ne peuvent pas se déplacer au centre de santé.

### VISITES À DOMICILE

Prévues dès que les effectifs des médecins le permettront et **réservées aux personnes ne pouvant se déplacer au centre de santé**.

### ACCESSIBILITÉ

Tous les lieux d'accueil du centre de santé départemental sont **accessibles aux personnes à mobilité réduite**.

### TARIFS DE CONSULTATION SANS DÉPASSEMENT D'HONORAIRES ET CONVENTIONNÉS

Les tarifs des actes ou consultations sont **affichés en salle d'attente et sont conventionnés** à la Sécurité sociale en secteur 1 (base du remboursement de la caisse d'assurance maladie).

### TIERS PAYANT

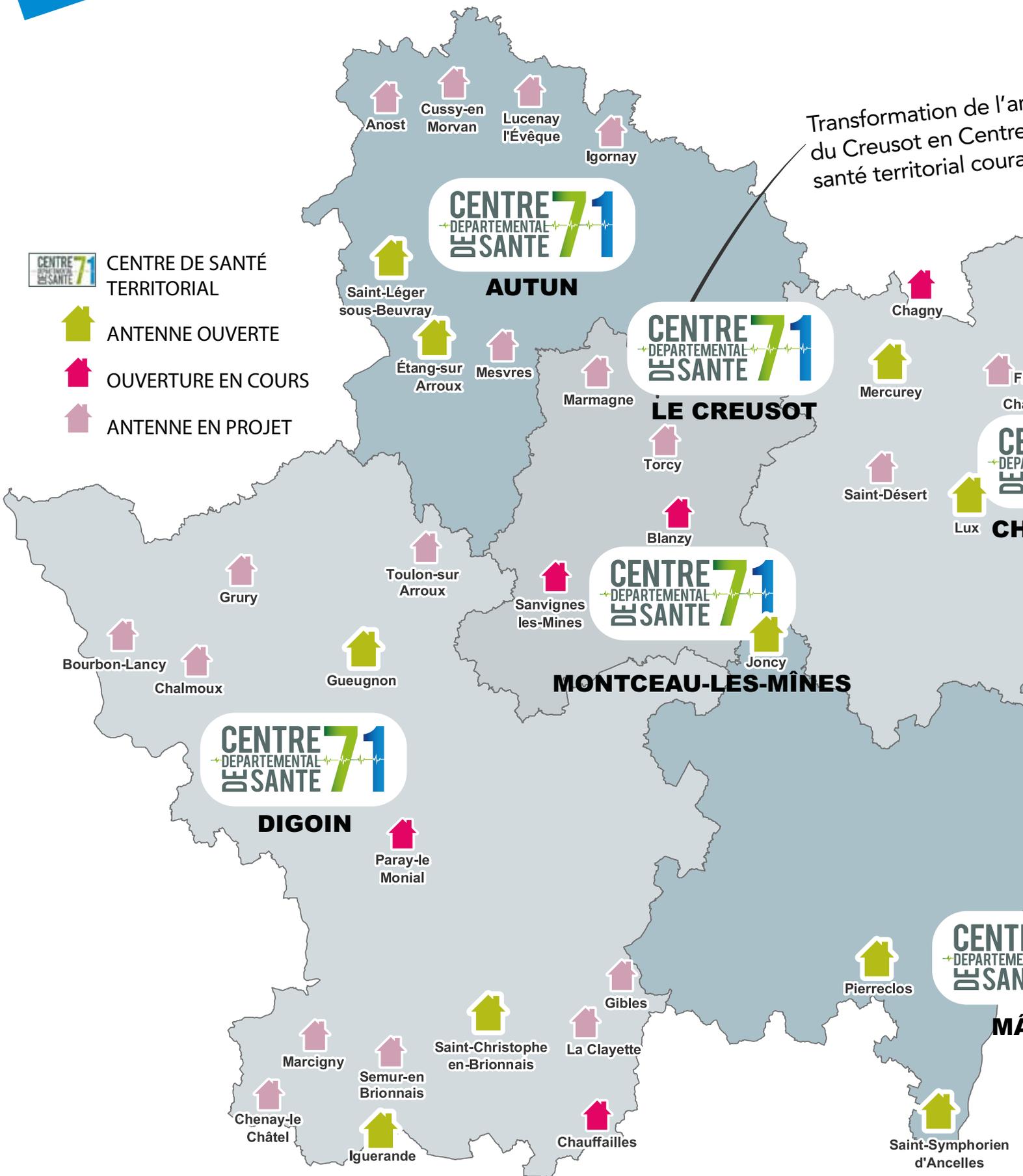
Pour l'instant, les patients devront payer la part de la mutuelle, qui la rembourse ensuite. Dans les prochains mois, le conventionnement avec les principales mutuelles **rendra possible le tiers payant intégral**. Pour les patients bénéficiaires de la CMU, **il n'y a pas d'avance de frais**.

### URGENCE

Plages de consultations **réservées pour les urgences** (nécessitant un avis médical dans la journée).

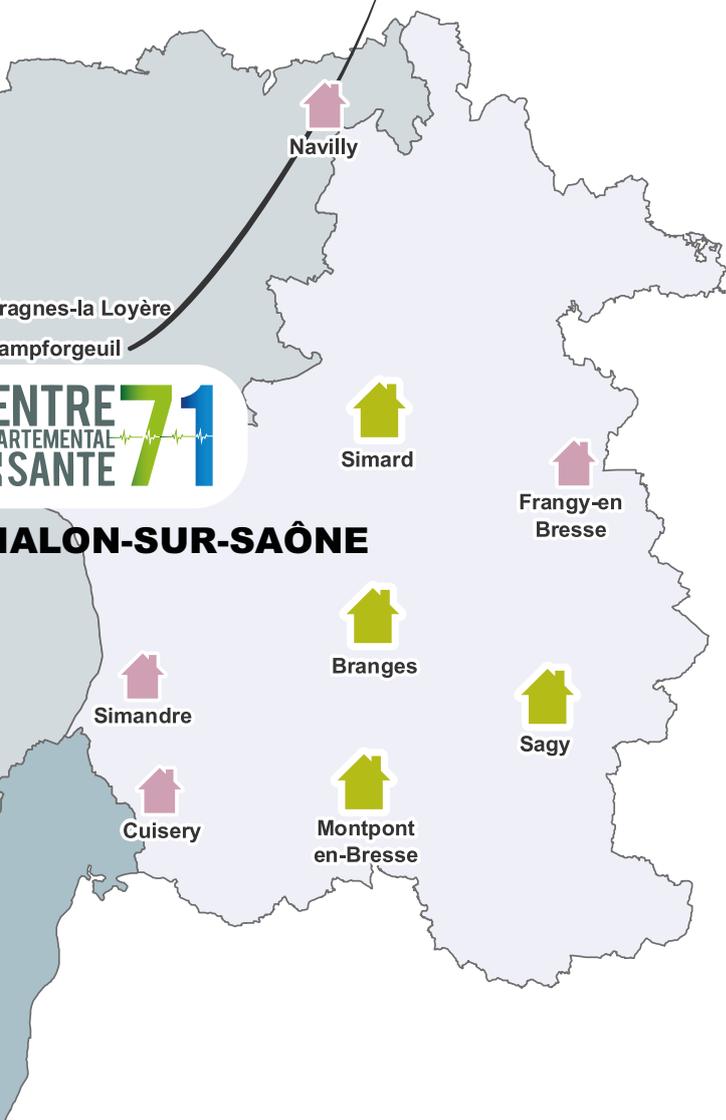
# 4 - LE BILAN APRÈS

## UN AN DE FONCTIONNEMENT



Antenne  
de  
ant 2019

Fermeture de l'antenne  
de **Champforgeuil** en décembre  
2018, suite à l'installation d'un  
médecin généraliste libéral



EN 2019

LE CENTRE DE SANTÉ DÉPARTEMENTAL EN CHIFFRES

5



**CENTRES DE SANTÉ  
TERRITORIAUX  
OUVERTS**



15

**ANTENNES  
EN FONCTIONNEMENT**

40



**MÉDECINS  
RECRUTÉS**

**+ DE 37 000**

**CONSULTATIONS RÉALISÉES  
DANS L'ENSEMBLE DES CENTRES**

POUR PRÈS DE

**20 000**

**PATIENTS PRIS EN CHARGE**

**CENTRE DÉPARTEMENTAL DE SANTÉ 71**  
**À CON**



# PARENTALITÉ : DÉFIS ET INNOVATIONS

**POUR  
ACCOMPAGNER LES PARENTS  
ET RÉDUIRE LES INÉGALITÉS SOCIALES DE  
SANTÉ**

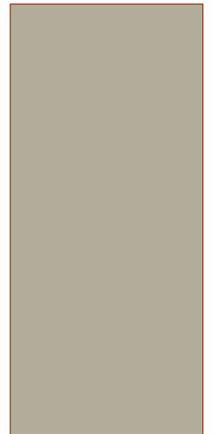
ASSISSES DE LA SANTÉ - CORTE - 6 JUILLET 2019

**Christine COLIN**

**Médecin spécialiste de santé publique et médecine préventive**

**Professeur titulaire de santé publique**

**Université de Montréal**



# PARENTALITÉ ET SANTÉ : DÉFIS ET INNOVATIONS

## Introduction

### I. Parentalité et santé

### II. Les inégalités sociales de santé

### III. Des leviers puissants

1. Les politiques publiques
2. Les programmes structurés de visites à domicile

### IV. Des facteurs de réussite pour nos interventions

## Conclusion



# INTRODUCTION

- La petite enfance est une période cruciale **et en particulier les 1000 premiers jours (de la conception jusqu'à 2 ans)**
- Les besoins des l'enfant et des parents sont bien connus
- Malgré les progrès de la société, le gradient socio-économique, bien présent dès la conception, persiste. Il accentue les besoins des familles défavorisées ou vulnérables

« *La pauvreté peut être plus dommageable durant la petite enfance, car elle affecte plusieurs sphères constituantes qui auront un impact sur la performance et la réussite scolaire* »

**Jack P. Shonkoff, 2000**

# I. Parentalité et santé

# I. PARENTALITÉ ET SANTÉ

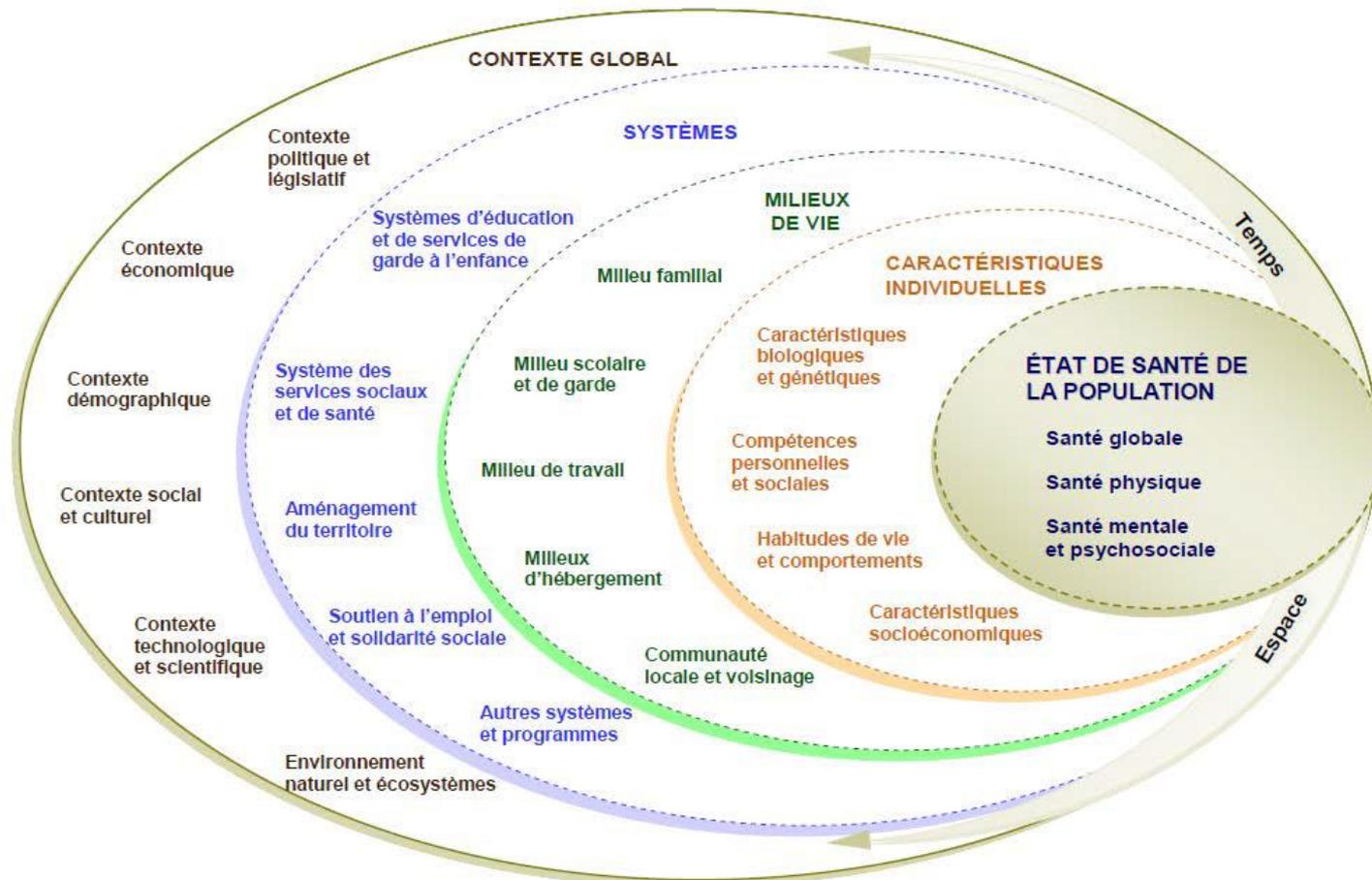
- **La parentalité** est un néologisme datant de la fin du XXe siècle, issu de la sphère médico-psycho-sociale
- La parentalité désigne l'ensemble des façons d'être et de vivre le fait d'être parent
- La parentalité désigne la **fonction d'être parent** dans ses dimensions matérielles, psychologiques, morales, culturelles, sociales, juridiques, politiques, socio-économiques, et institutionnelles.

# I. PARENTALITÉ ET SANTÉ

- La Parentalité réfère à une **réalité complexe**, du fait de l'évolution des familles (traditionnelles, recomposées, monoparentales, pluriparentales) et de la société
- Elle concerne le parent biologique et le parent social
- La parentalité influence la santé des enfants dans toutes les composantes bio-psycho-sociales
  - Santé physique
  - Santé mentale
  - Développement de l'enfant
  - Compétences de l'enfant
  - Etc.

# UN RAPPEL : LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

**RÉFÉRENCE : LE CADRE CONCEPTUEL DE LA SANTÉ ET DE SES DÉTERMINANTS RÉSULTAT D'UNE RÉFLEXION COMMUNE (MSSS, 2010)**



# I. PARENTALITÉ ET SANTÉ

Objectif : *Offrir un environnement favorable au bon développement de l'enfant*

Acteurs :

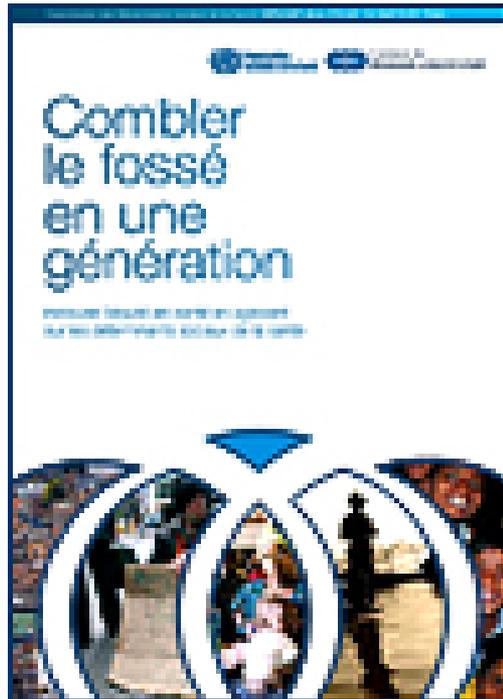
- Les parents
- Les communautés
- Importance des cadres et des politiques publiques : éducation, revenu, logement, protection sociale, organisation des soins, etc...

L'accompagnement à la parentalité pour le soutien des pratiques parentales :

- Augmenter les compétences des parents
- Améliorer la santé et le bien-être des enfants (et des parents)

# II. Les inégalités sociales de santé (ISS)

## II. LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

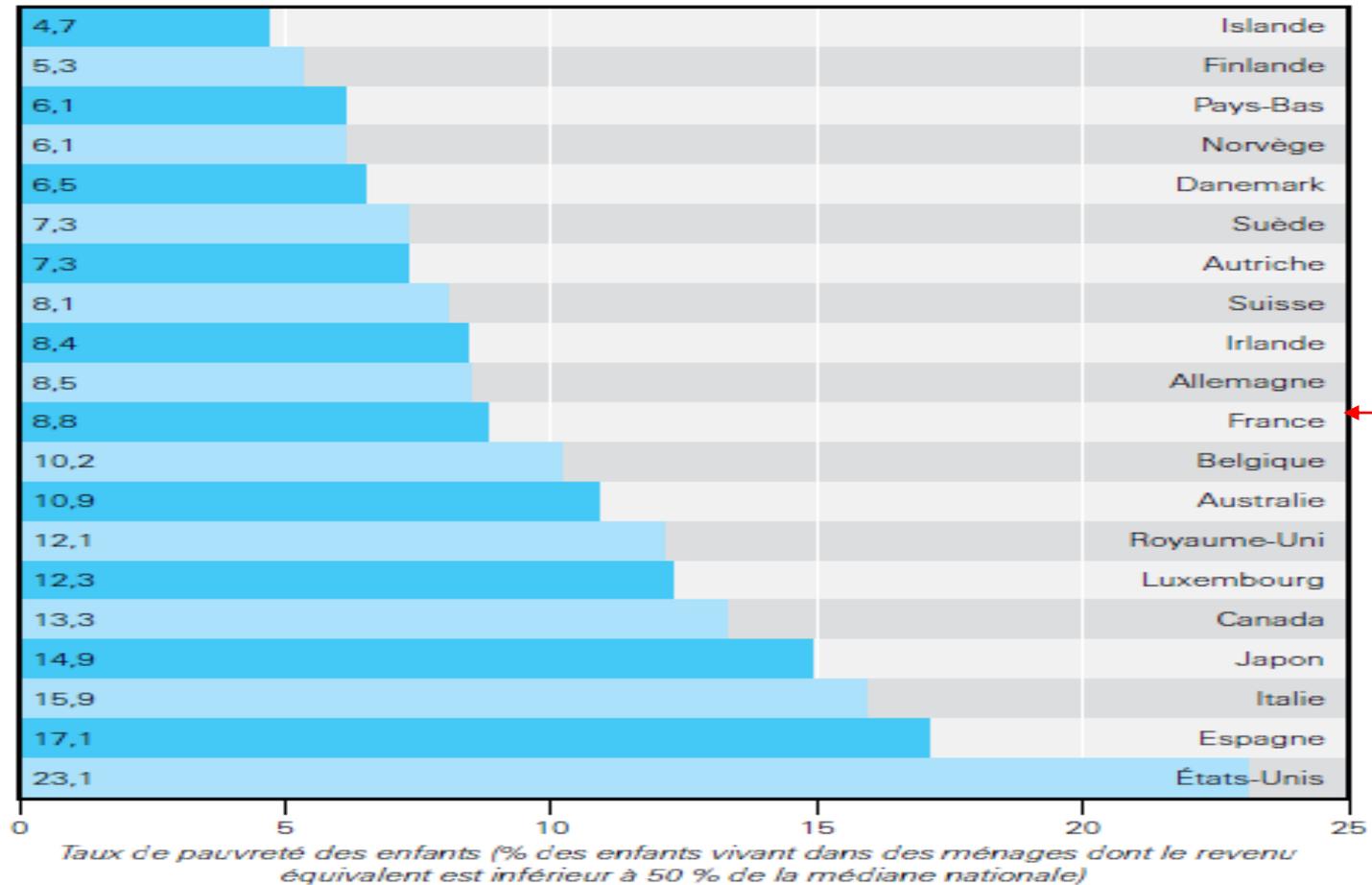


Ce sont les écarts d'état de santé socialement stratifiés. Les ISS reproduisent, dans le domaine sanitaire, les inégalités existant entre les groupes sociaux. Cela correspond à des **écarts, injustes et évitables, entre les groupes sociaux de population, qui ont un impact sur la santé.**

***Comblers le fossé en une génération  
Instaurer l'équité en santé en  
agissant  
sur les déterminants sociaux  
OMS, 2008-2011***

# TAUX DE PAUVRETÉ RELATIVE DES ENFANTS : SOURCE : UNICEF, BILAN INNOCENTI 10, 2012

**Figure 4** Tableau de comparaison de la pauvreté relative des enfants dans certains pays de l'OCDE



Note : Les données renvoient à des enfants âgés de 0 à 17 ans.

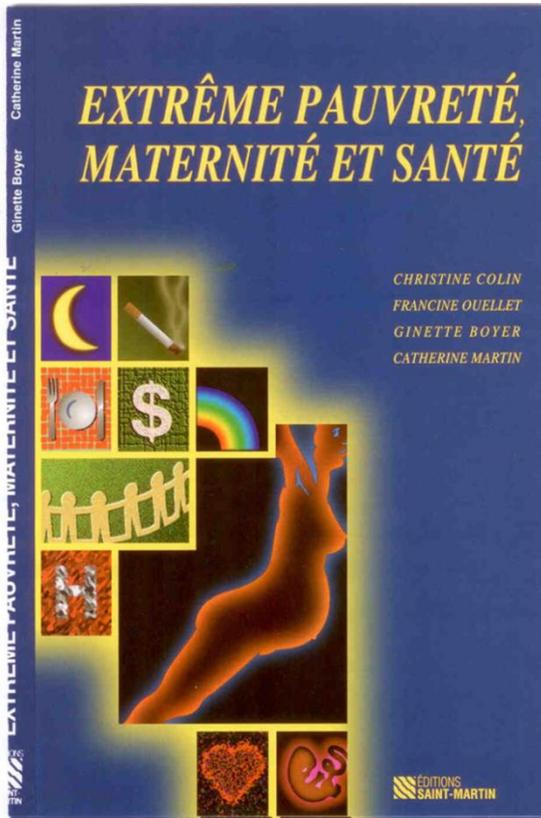
Sources : Calculs basés sur l'EU-SILC 2009, HILDA 2009, SLID 2009, PMS 2009 et PSID 2007.

Les résultats pour le Japon sont issus du Bureau du cabinet, Bureau pour l'égalité des sexes (2011).

# DES FAMILLES PAUVRES ET TRÈS PAUVRES

- La pauvreté est une réalité persistante
- Les écarts persistent et augmentent
- La grande pauvreté : le Quart Monde
  - **Cumul des difficultés**
  - Persistance dans le temps
  - Pas de pouvoir, pas de savoir reconnu
  - **Exclusion sociale**
- Importance de **la durée et de l'intensité** de la pauvreté

# AU-DELÀ DES CHIFFRES ET DES STATISTIQUES : POUR LES PARENTS UN QUOTIDIEN DIFFICILE



Pour les parents : **survivre avec un passé lourd et la peur au quotidien de manquer de nourriture pour les enfants**

- Gérer un stress constant et élevé et tout faire pour *garder un bon moral*
- **Effet destructeur de la honte**
- **Estime de soi compromise**
- Donner un sens à sa vie et avoir une contribution sociale : **L'enfant est projet et espoir**
- Des mères et des pères aimants et dotés de **compétences parentales, souvent masquées par les difficultés du quotidien** et malgré l'absence de sécurité matérielle ou affective
- Peur d'être jugés incapables de s'occuper des enfants

Source : Colin et al. *Extrême pauvreté, maternité, et santé*, 1992.

# L'IMPACT DE LA GRANDE PAUVRETÉ SUR LA SANTÉ

- **La mauvaise santé des mères** (dont la dépression périnatale)
- La santé des nouveau-nés : **faible poids de naissance, prématurité et croissance intra-utérine, etc.**
- L'allaitement - moins fréquent et moins long
- Le développement de l'enfant : troubles de l'attachement, troubles du développement, etc.
- Les compétences biopsychosociales compromises
- Les résultats scolaires à risque
- L'estime de soi menacée
- Plus de traumatismes, de maladies physiques, d'asthme, etc.
- La santé mentale perturbée
- La mortalité foetale et infantile : **Si le taux de mortalité foeto-infantile des enfants nés des mères les moins scolarisées était celui des femmes les plus scolarisées, il y aurait 20% moins de décès.**

# L'IMPACT SUR LA SANTÉ

- Les enfants qui ont grandi dans la pauvreté ont plus de :
  - Asthme, Anémie, Brulures et traumatismes
  - Obésité, Hospitalisations
  - Difficultés d'apprentissage
  - Problèmes de santé mentale
  - Etc.



- Les enfants devenus adultes ont plus de :
  - Diabète de type 2, HTA
  - Maladies cardio-vasculaires, Toxicomanies, Maladies parodontales, Maladies mentales
  - Déclin précoce de la fonction pulmonaire

Source: - *Poulton et al.. Lancet. 2002;360:1640-1645.*

- La pauvreté persistante augmente les risques.

# L'INFLUENCE MAJEURE DE L'ENVIRONNEMENT

- Un environnement social qui peut être moins stimulant
- La grande influence de la disponibilité et de la **qualité des institutions et des communautés** : école, programmes éducatifs, etc. (*Conroy K., 2010, J Dev Behav Pediatr,31:154 -160. )*)
- Le rôle structurel de la **marginalisation sociale et de la pauvreté**; grand impact de l'hostilité, des jugements négatifs, de la méfiance, des préjugés qui génèrent honte, anxiété, désespoir...
- **Mais pas de déterminisme**
  - Le risque est augmenté mais tous les enfants ne sont pas à risque
  - La probabilité n'est pas un absolu
- La résilience est possible
- **L'intervention peut être efficace**

# DES MÉCANISMES DE MIEUX EN MIEUX CONNUS

- Il y a une **interaction entre le biologique, le neurocognitif et le social**, notamment par des mécanismes neuroendocriniens liés au stress chronique
- L'épigénétique inscrit la position sociale dans la physiologie, la santé et le bien-être des enfants puis des adultes
- En fait tout se passe comme si le statut socio-économique défavorisé devenait « biologiquement incorporé » à travers :
  - Les dommages irréversibles survenus pendant les **périodes critiques** du développement
  - **L'effet cumulatif** des stressseurs chroniques et des menaces à la santé (effets des environnements physiques, sociaux, familiaux, psychologiques, culturels pendant le cours de la vie - **Théorie des « *life course* »**)
- C'est ce qui conduit à un impact négatif sur l'état de santé dans l'enfance et à l'âge adulte

Sources : Conroy K. (2010), J Dev Behav Pediatr,31:154 -160.

Halfon et Hochstein, (2002), The Milbank Quarterly, vol 80, No 3, 433-479

# ET LES SERVICES SOCIAUX ET DE SANTÉ ?

## Du côté des familles :

- Elles se sentent très impuissantes face au système de soins
- Elles ont peur d'être jugées incapables de s'occuper des enfants
- Entre relation de confiance et contrôle social : de l'incompréhension et une grande méfiance.

## Du côté des intervenants :

- Ils peinent à rejoindre les parents et sont confrontés à un milieu difficile
- Insuffisance de ressources humaines et financières
- Manque de concertation et de collaboration
- Isolement de l'intervenant

# LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

- Elle n'est pas automatique même quand la santé globale s'améliore
- Au contraire, les individus ont des capacités différentes de tirer profit des ressources et interventions de santé, en fonction de leur position sociale
- Il faut être vigilant pour ne pas accroître les inégalités par des programmes qui visent les groupes plus favorisés sans égard aux groupes défavorisés
- Au final, ne pas se préoccuper de l'impact potentiel des interventions de santé publique sur les inégalités de santé, c'est « prendre la décision » de les accroître

# III. Des leviers puissants

1. Les politiques publiques
2. Les programmes structurés de visites à domicile

# LES PRÉREQUIS À LA SANTÉ

(Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, 1986):

- La paix
- Un toit
- L'éducation
- Un revenu suffisant
- Un écosystème stable
- Des ressources durables
- La justice sociale et l'équité



# UN ENSEMBLE DE STRATÉGIES D'ACTION

(SELON LA CHARTE D'OTTAWA)

## 1. Renforcer le potentiel des individus et l'action individuelle

Ex. des programmes d'accompagnement parental et d'éducation à la santé

## 2. Développer des environnements sains et sécuritaires (milieux de vie favorables)

Ex. la sécurité alimentaire et l'accès aux parcs

## 3. Établir des Politiques publiques... en faveur de la santé

Ex. des politiques de logement et des congés de parentalité

## 4. Développer les communautés

Ex. l'action communautaire et intersectorielle

## 5. Réorienter les services de santé

Ex. le développement de la prévention et de la promotion de la santé

***Avec la participation des individus et des communautés***

# 1. LES POLITIQUES PUBLIQUES

- Les politiques publiques (revenu, éducation, emploi, logement, protection sociale, transports etc.) jouent un rôle central en créant des environnements favorables à la santé
- Les interventions visant les enfants ont souvent le plus grand rapport coût-efficacité à cause de l'impact de longue durée
- L'augmentation des taxes et la redistribution sont bien plus efficaces que des campagnes médiatiques

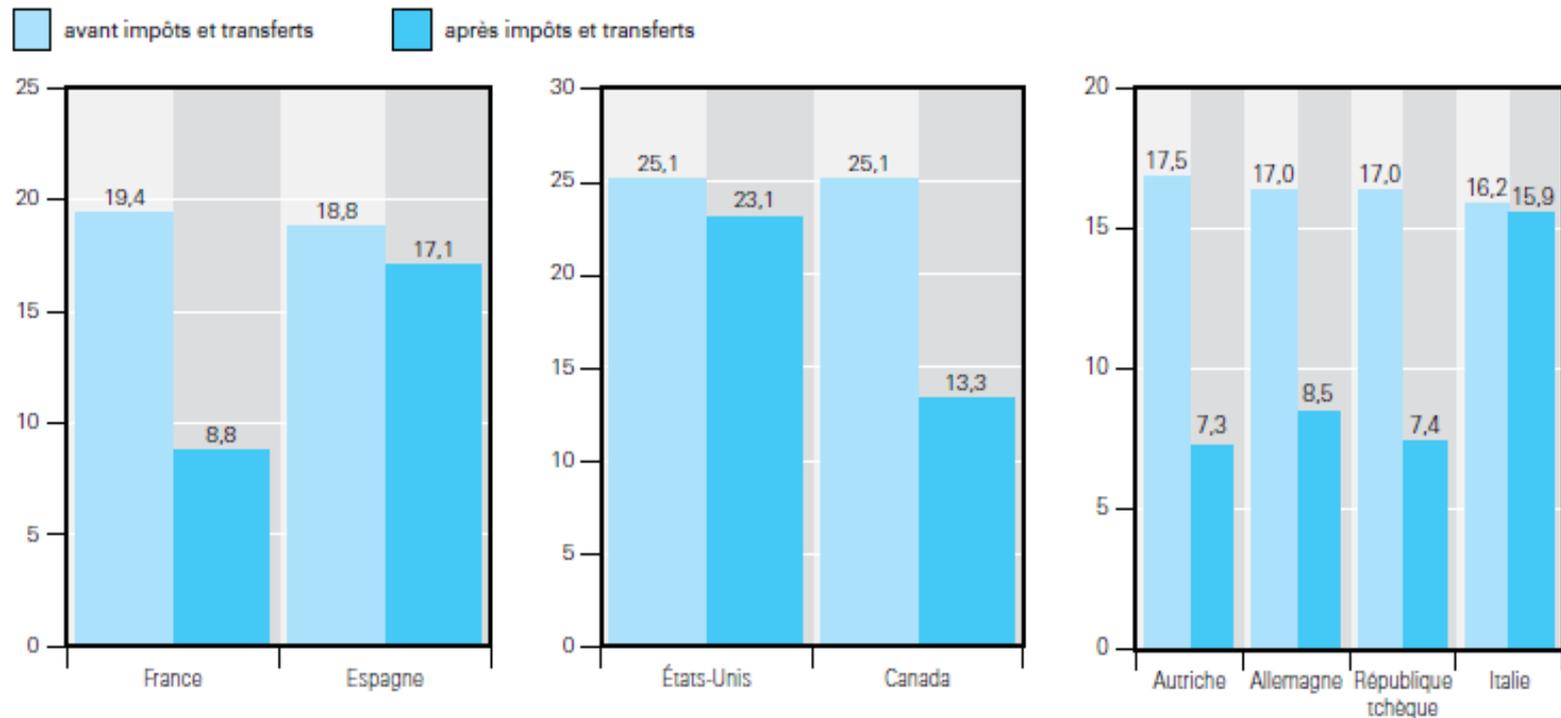
Source : Sherry Merkur et al. Promoting health, preventing disease: is there an economic case? World Health Organization 2013

# LA REDISTRIBUTION PAR LES IMPÔTS ET LES TRANSFERTS

TAUX DE PAUVRETÉ RELATIVE DES ENFANTS :  
% D'ENFANTS VIVANT DANS DES MÉNAGES DONT LE REVENU EST INFÉRIEUR À 50% DU REVENU MÉDIAN NATIONAL  
**AVANT ET APRÈS IMPÔTS ET TRANSFERTS**  
SOURCE : UNICEF, BILAN INNOCENTI 10, 2012

UNICEF Innocenti Research Centre (2012). « Mesurer la pauvreté des enfants : nouveaux tableaux de classement de la pauvreté des enfants dans les pays riches », *Bilan Innocenti 10*, Centre de recherche Innocenti de l'UNICEF, Florence.

**Figure 8a** Taux de pauvreté relative des enfants avant impôts et transferts (revenu du marché) et après impôts et transferts dans certains pays



Sources : Calculs basés sur l'EU-SILC 2009, SLID 2009 et PSID 2007.

## 2. LES PROGRAMMES DE VISITES À DOMICILE

- **BREF HISTORIQUE:**

- Les visites à domicile existent depuis longtemps
- Mais les programmes d'intervention à domicile, structurés, expérimentés et évalués, sont apparus à la fin des années 1970
  - ✓ États-Unis, *Nurse Family Partnership*, David Olds, fin 1970, Denver puis New York
  - ✓ Grande Bretagne puis Royaume-Uni, *Sure Start*, Tessa Jowell, 1998,
  - ✓ Australie
  - ✓ Canada : *Naître Égale-Grandir en Santé*, Christine Colin, 1991, au Québec et autres programmes en Ontario
- Leur évaluation rapidement positive a conduit à leur rapide expansion
  - ✓ aux États-Unis, 50 États et 400 à 500 000 familles, loi de 2010 (Titre 5 de la SS)
  - ✓ Québec, implanté depuis 1991, devenu *SIPPE* puis actualisé en 2019

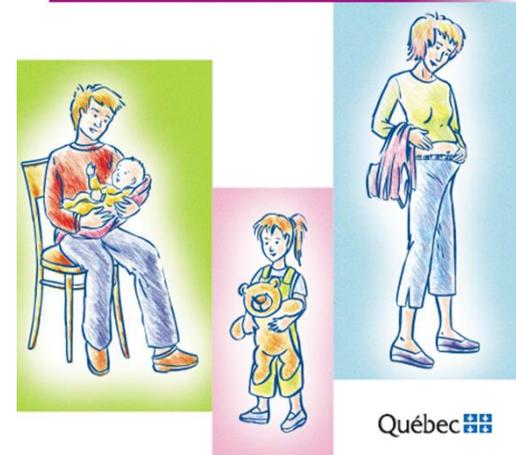
# AU QUÉBEC LE PROGRAMME SIPPE EN PRÉ ET POSTNATAL



- Pour réduire les inégalités et améliorer la santé et la qualité de vie des nouveau-nés et de leurs parents
- Stratégies multiples
  - **Accompagnement parental**
    - Renforcement du potentiel individuel : **Visites à domicile, une intervenante « privilégiée » et une équipe multidisciplinaire**
    - **Activités de groupe pour les parents et ateliers de stimulation parent-enfant;**
  - **Soutien à la création d'environnements favorables au développement optimal des enfants :**
    - Renforcement du milieu par **l'action intersectorielle**
    - Influence sur les déterminants sociaux

Les services intégrés  
en **périnatalité**  
et pour la **petite enfance**  
à l'intention des **familles**  
vivant en contexte  
de **vulnérabilité**

Cadre de référence



## 2. LES PROGRAMMES DE VISITES À DOMICILE

### DES OBJECTIFS MULTIPLES POUR RÉPONDRE À DES BESOINS MULTIPLES :

- Améliorer la santé de la future mère et la santé du nouveau-né
- Améliorer le développement et la santé de l'enfant
- Renforcer la relation d'attachement parent-enfant
- Soutenir les capacités parentales
- Améliorer le parcours de vie (*life-course*) de la mère
- Réduire l'impact des vulnérabilités psychosociales et socio-économiques
- Réduire les inégalités sociales de santé

## 2. LES PROGRAMMES DE VISITES À DOMICILE (VAD)

### Des programmes structurés:

- Offre des VAD (de 45 à 90 minutes) de la grossesse à 2 ans
- Programmes cadres/lignes directrices : cadre théorique, protocoles de visite, plans individualisés
- Intervenants formés, supervisés
- Des infirmières le plus souvent, ou des psychologues, des travailleurs sociaux ou communautaires, parfois des non-professionnels
- **L'intervenant privilégié, « pivot », a un rôle particulier auprès de la famille**
- Le rôle majeur de la mère
  
- Développement d'une **relation de confiance entre l'intervenant et la famille**

## 2. LES PROGRAMMES DE VISITES À DOMICILE

### Divers moyens et outils:

- Éducation parentale (augmenter les connaissances)
- Intervention à travers des discussions et des exercices pratiques
- **Soutien** émotionnel
- Services concrets de **soutien** (aide sociale, dons d'aliments, aide matérielle et financière, etc.)
- Information et guidance.
- **Soutien** des capacités parentales (« **LES RÉVÉLER** »)
- **Référence et accompagnement** vers d'autres services dans la communauté
- Activités de groupe

# LES RÉSULTATS (1 DE3)

## ✓ Résultats pour l'enfant:

- ❑ Développement : des effets positifs sur l'attachement, le développement cognitif, le langage
- ❑ Santé mentale et psychosociale : meilleur comportement social et émotionnel  
et moins de comportements agressifs
- ❑ Moins d'accidents
- ❑ Plus de vaccinations
- ❑ Moins d'hospitalisations et de visites à l'urgence
- ❑ Plus de succès scolaire et moins de redoublement

## ✓ Pratiques et habiletés parentales :

- ❑ Amélioration des connaissances des parents
- ❑ Amélioration des attitudes maternelles et des Interactions, etc.
- ❑ Effet positif sur l'allaitement
- ❑ Pratiques parentales plus sécuritaires
- ❑ Diminution de la maltraitance et la négligence

# LES RÉSULTATS (2 DE3)

## ✓ Résultats pour la mère

- ❑ Santé physique : moins de diabète gestationnel et moins d'hospitalisations
- ❑ Plus de soutien social
- ❑ Amélioration de la confiance en soi
- ❑ Santé mentale : diminution du stress, de la dépression prénatale et de la dépression post-natale
- ❑ Espacement des grossesses
- ❑ Parcours de vie : retour aux études, moins de dépendance sociale

## ✓ Résultats pour les pères

- ❑ Augmentation de la confiance en soi
- ❑ Moins d'anxiété
- ❑ Plus d'engagement

## ✓ Autres résultats pour les parents

- ❑ De la satisfaction face au programme

# LES RÉSULTATS À LONG TERME (3 DE3)

## ✓ Résultats pour l'enfant

- ❑ 12 ans après : moins de consommation de tabac, d'alcool et de cannabis , moins d'anxiété et de dépression
- ❑ 12 ans après : meilleurs résultats scolaires (notamment aux tests en maths et lecture)
- ❑ 20 ans après : moins de mortalité de cause évitable

## ✓ Pratiques et habiletés parentales

- ❑ 8 ans après : moins de négligence
- ❑ 15 ans après : moins d'enfants pris en charge par les services sociaux

## ✓ Résultats pour la mère

- ❑ 12 ans après : augmentation du sentiment de maîtrise
- ❑ 12 ans après : moins de consommation d'alcool et de drogues
- ❑ 12 ans après : diminution du recours à l'aide sociale
- ❑ 20 ans après : diminution de la mortalité maternelle à 21 ans

# L'EFFICACITÉ DES PROGRAMMES DE VISITES À DOMICILE

- **DONC, DES RÉSULTATS TRÈS POSITIFS :**
  - Confirmés depuis plus de 30 ans
  - Consistants et répétés sur les habiletés parentales, le développement cognitif et les troubles du comportements de l'enfant
  - Significatifs
  - Avec des effets à long terme
- Plus marqués pour les familles plus défavorisées ou plus vulnérables

# 40 ANS D'EXPÉRIENCES ET DE RECHERCHE ÉVALUATIVE

(CENTER ON THE DEVELOPING CHILD , HARVARD UNIVERSITY, 2007)

Pas de recette magique simple, mais des facteurs d'efficacité :

- **Accès aux soins médicaux de base** pour les femmes enceintes et les enfants  prévention des menaces pour le développement, diagnostic précoce et prise en charge de problèmes émergents
- Premier enfant : **Soutien précoce et intensif** par des **visites à domicile**  impact positif pour l'enfant et les parents
- **Programmes d'éducation précoce** de haute qualité dans des centres communautaires  amélioration du développement cognitif et social
- **Combinaison de services** pour les enfants et les parents  Impact positif sur les enfants et les parents
- Services intensifs liés aux sources de stress toxique (toxicomanie, violence, dépression)  meilleur développement de l'enfant
- **Suppléments de revenus**
- **Politique environnementale** de réduction des neurotoxines
- Pour tous  Retour sur l'investissement plus grand que les coûts

*« Les programmes de développement précoce ont un impact positif en prévenant le retard de développement cognitif et en augmentant la préparation pour l'École. Ils peuvent prévenir les conséquences négatives à l'adolescence et l'âge adulte, réduire l'abandon scolaire, la criminalité et le chômage »*

.....

*« Ils sont plus efficaces et ont plus d'effets s'ils font partie d'un ensemble de services coordonnés pour les familles, incluant les soins des enfants, l'aide pour le logement et le transport, un soutien nutritionnel, les opportunités d'emploi et les soins de santé »*

Traduction libre

In : Anderson et al, (2003): *The effectiveness of early childhood development programs: A systematic review*, American Journal of Preventive medicine, 24 (3, Supplement 1) : 32-46.

# IV. Des facteurs de réussite pour nos interventions

# DES FACTEURS DE RÉUSSITE POUR LES INTERVENTIONS

- **Précocité** (dès la grossesse et au 1<sup>er</sup> enfant)
- **Continuité** (pré et postnatal)
- **Intensité et souplesse**
- **Stabilité des équipes** et des interventions
- **Une approche globale et personnalisée**
- **L'intervenante privilégiée ou « pivot »** (et engagée)
- **Le travail en équipe multidisciplinaire**
- **La participation et la mobilisation des parents et du milieu** (ressources communautaires)
- **Le partenariat et la concertation**

# D'AUTRES ÉLÉMENTS ESSENTIELS

## ➤ Des attitudes favorables chez les intervenants

- **Une formation** pour mieux connaître les conditions de vie des familles
- Le développement de comportements adaptés : **non jugement, respect des valeurs**
- **Reconnaissance et valorisation des compétences des parents**
- La création d'une vraie **relation de confiance**
- **La supervision et le suivi des intervenants**

## ➤ Une intervention multiple

- **Individuelle** auprès des futurs parents (visites à domicile) et après la naissance
- **Accompagnement communautaire** (réseau de soutien, services, etc.)
- **Action intersectorielle** (tables de concertation, influence sur les conditions de vie et les déterminants sociaux, renforcement du milieu, etc.)

## ➤ Le partenariat et la concertation avec les ressources de la communauté

# D'AUTRES ÉLÉMENTS ESSENTIELS

- Des **ressources suffisantes** pour que les services puissent répondre à l'ensemble des besoins
- Renforcer le **continuum de services en périnatalité et pour la petite enfance** : vision commune des besoins des enfants et de leur famille
- Moduler les services en fonction de l'âge et des besoins des enfants et de leur famille.
- S'assurer de modalités permettant de **soutenir la mise en œuvre et l'amélioration continue des services.**
- **Des politiques publiques favorables à la santé**

# TENIR COMPTE DE LA LITTÉRATIE

<https://www.chusj.org> - onglet rose : « Promotion de la santé »



**CAPSULES  
D'INFORMATION  
EN PRÉVENTION  
POUR LES  
PARENTS DE  
JEUNES ENFANTS**

Centre de  
Promotion de la santé  
**CHU Sainte-Justine**  
Le centre hospitalier  
universitaire mère-enfant

Université  
de Montréal

# CONCLUSION : UN DÉFI PERMANENT

*Soutenir la parentalité  
et réduire les  
inégalités :*

*Mettre en œuvre les  
politiques et les  
programmes efficaces  
pour favoriser le  
développement et la  
santé de l'enfant et  
de sa famille  
à moyen et long terme*



*A Ringraziavi*

*Je vous remercie de votre attention*

# Quelle télé-médecine pour la Corse ?

Dr Pierre Simon

Ancien Président de la Société Française de Télé-médecine

Corte ARS 5 juillet 2019

# Plan

- **Rappel de quelques fondamentaux**
- Quelle infrastructure en réseau numérique pour pratiquer la télémédecine ?
- Quels besoins médicaux en télémédecine pour la Corse ? Exemples d'organisations professionnelles innovantes.

La télémédecine doit s'inscrire dans un  
**parcours de soin** :  
« *le juste enchainement et au bon moment  
des différentes compétences  
professionnelles liées directement ou  
indirectement aux soins* » (HAS 2017)

La pratique de **la téléconsultation par video**  
et de **la téléexpertise par MSSanté** s'inscrit  
dans **un parcours de soins coordonné**

# AVENANT 6 DE LA CONVENTION MÉDICALE

## Deux principes pour réaliser une TLC de parcours

- 1) *une orientation initiale du patient par le médecin traitant vers le médecin téléconsultant.*
- 2) *une connaissance préalable du patient par le médecin téléconsultant.*

# AVENANT 6 DE LA CONVENTION MÉDICALE

## Conditions de remboursement des téléconsultations

Initiative du médecin traitant pour un patient connu et consentant  
Parcours de soins coordonné  
Vidéotransmission

## EXCEPTIONS « HORS PARCOURS »

Patients âgés de moins de 16 ans

Accès direct spécifique pour certaines spécialités

Patients ne disposant pas de médecin traitant

Recours assuré dans le cadre d'une organisation territoriale.

# ORGANISATION TERRITORIALE

Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)

équipes de soins primaires (ESP)

Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP)

Plateformes territoriales de téléconsultation ou des PTA dans toutes les régions

Le rôle des officines qui peuvent organiser des TLC à la demande du médecin traitant

Impact sur la fréquentation des services d'urgences et des appels au 15

# ÉQUIPEMENTS DE LA TÉLÉCONSULTATION

Réalisation obligatoire par vidéotransmission

Respect de la confidentialité des échanges avec le patient

Respect de la sécurisation des données transmises et traçabilité de la facturation de l'acte réalisé

# AVENANT 6 DE LA CONVENTION MÉDICALE

10

## TÉLÉEXPERTISE

**Situation** : *Un « médecin requérant » sollicite un « médecin requis » en fonction de sa formation ou de sa compétence*

Concerne tous les médecins libéraux conventionnés

Recours à la téléexpertise : responsabilité du médecin requis.

# AVENANT 6 DE LA CONVENTION MÉDICALE

11

## PATIENTS CONCERNÉS PAR LA TÉLÉEXPERTISE

Ouvrir la téléexpertise aux patients pour lesquels l'accès aux soins doit être facilité en priorité au regard de leur état de santé ou leur situation géographique

Actuellement : ALD, maladies rares, EHPAD, prisonniers, zones en sous-densité ...

Objectif : disponible pour tous les patients à partir de 2020

# AVENANT 6 DE LA CONVENTION MÉDICALE

12

1<sup>er</sup> niveau

## DEUX NIVEAUX DE TÉLÉEXPERTISE

Interprétation d'une photographie (tympan, pathologie amygdalienne, lésion cutanée...)

Etude d'une spirométrie

Titration des bêta bloquants dans l'insuffisance cardiaque

Interprétation d'un électrocardiogramme

Surveillance cancérologique simple

# AVENANT 6 DE LA CONVENTION MÉDICALE

## 2<sup>e</sup> niveau

## DEUX NIVEAUX DE TÉLÉEXPERTISE

Surveillance en cancérologie (suspicion d'une évolution)

Suivi d'une plaie chronique en état d'aggravation

Suivi d'évolution complexe de maladie inflammatoire chronique

Adaptation d'un traitement antiépileptique

Bilan pré-chimiothérapie lors de son initiation

## AVENANT 6 DE LA CONVENTION MÉDICALE

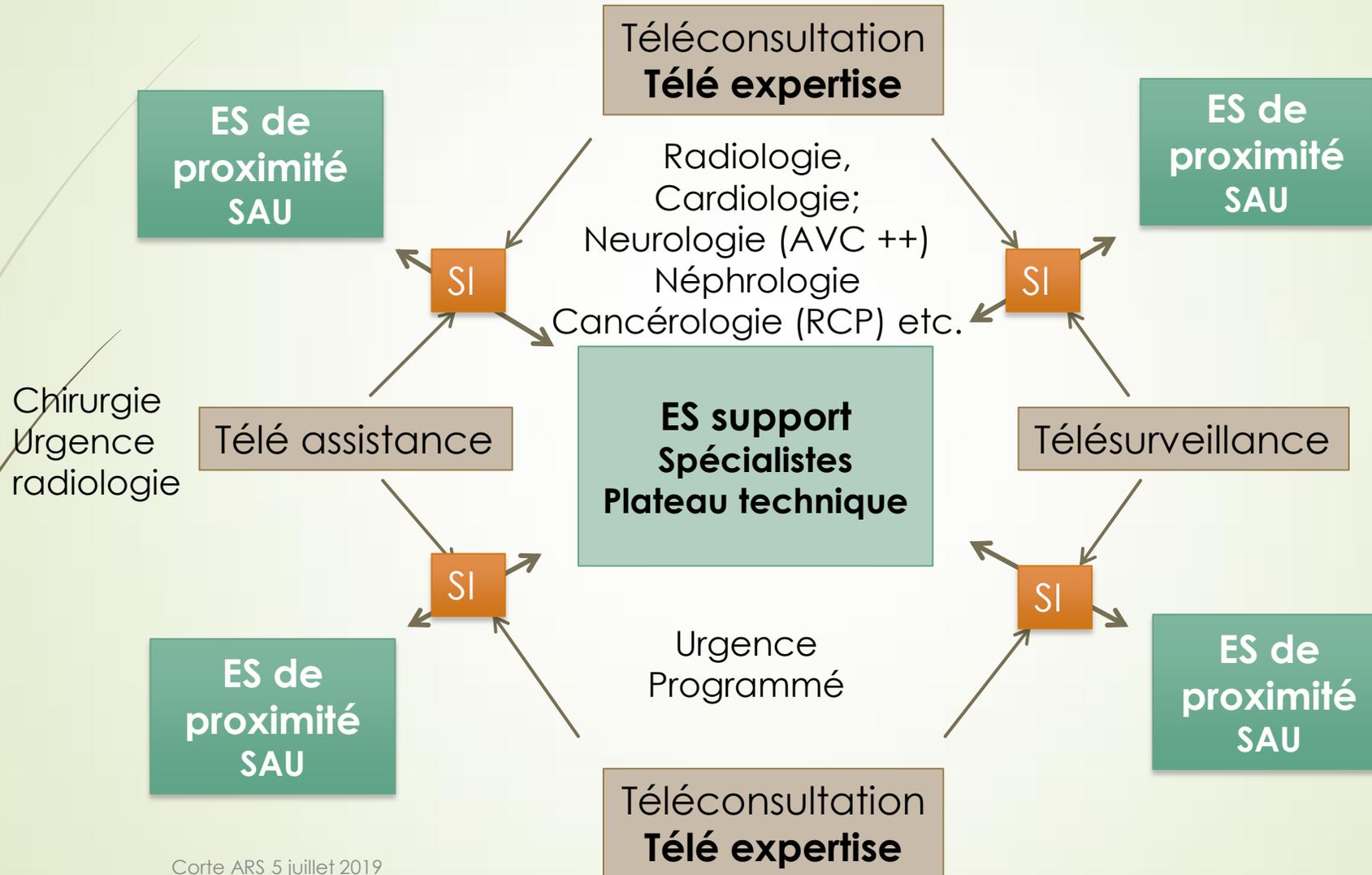
### ÉQUIPEMENTS DE LA TÉLÉEXPERTISE

Matériel adapté à l'usage de la téléexpertise

Recours à une messagerie sécurisée de santé (MSSanté)

La pratique de la téléconsultation et de la téléexpertise **en médecine hospitalière** dans **un parcours de soins gradués au sein d'un territoire de santé (GHT)**

# Une nouvelle organisation de l'hôpital : le Groupement hospitalier de Territoire (GHT) pour assurer un parcours de soin gradué au sein d'un territoire



# Plan

- Rappel de quelques fondamentaux
- **Quelle infrastructure en réseau numérique pour pratiquer la télémédecine ?**
- Quels besoins médicaux en télémédecine pour la Corse ? Exemples d'organisations professionnelles innovantes.

**Un réseau 4G permet** de faire de la téléconsultation par vidéo et de la téléexpertise par MSSanté

# Couverture en internet mobile (4G) de la Corse

19

Bouygues



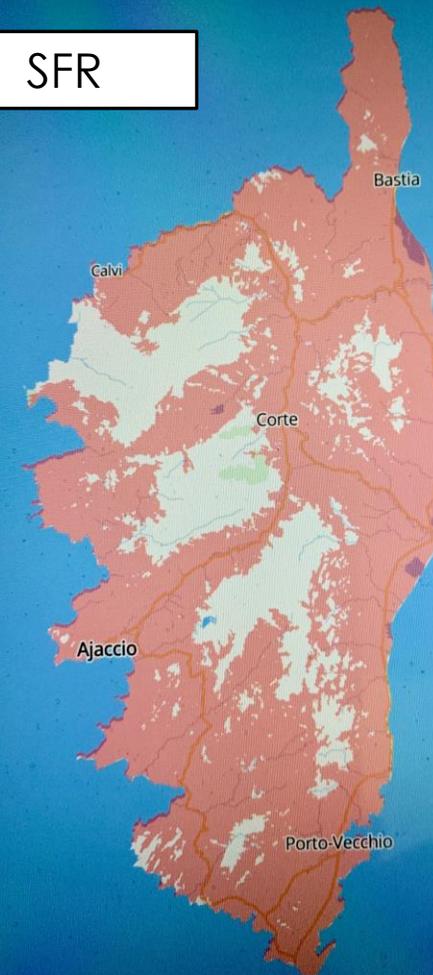
Free



Orange



SFR



Corte ARS 5 juillet 2019

**Il existe en Corse des zones non couvertes par la 4G qui justifieraient **une coopération « santé connectée »** entre les 4 opérateurs**

# Une amélioration possible dans une coopération « santé connectée »

21

Bouygues



Free



Orange



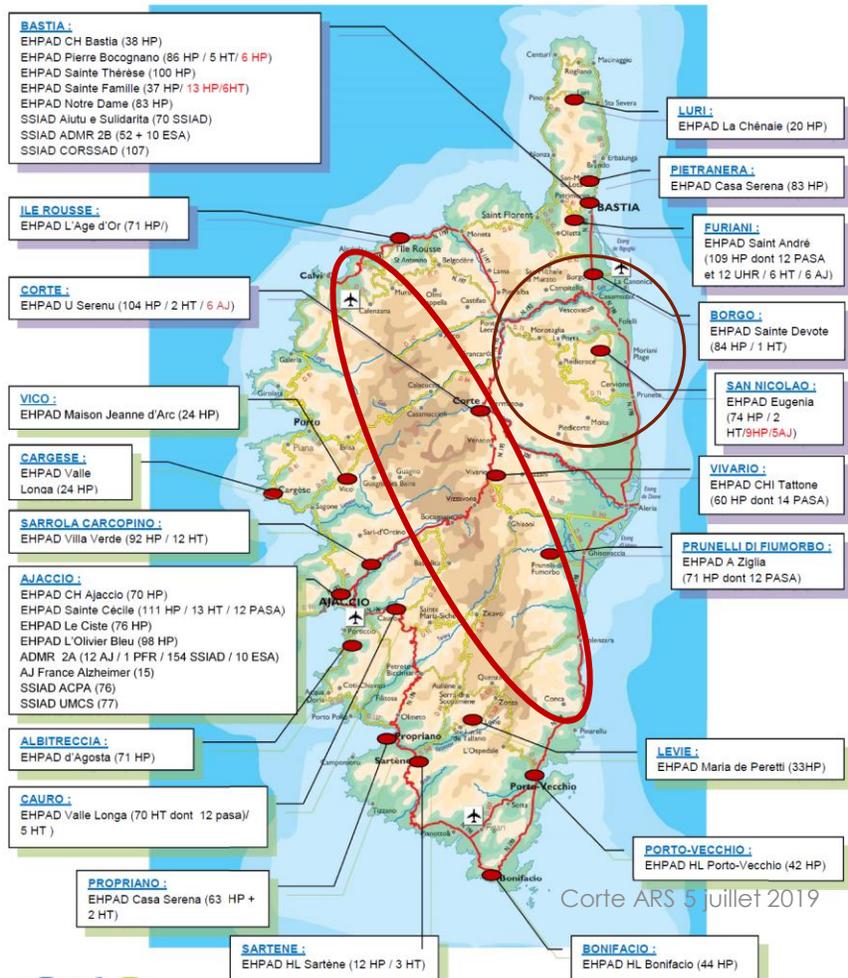
SFR



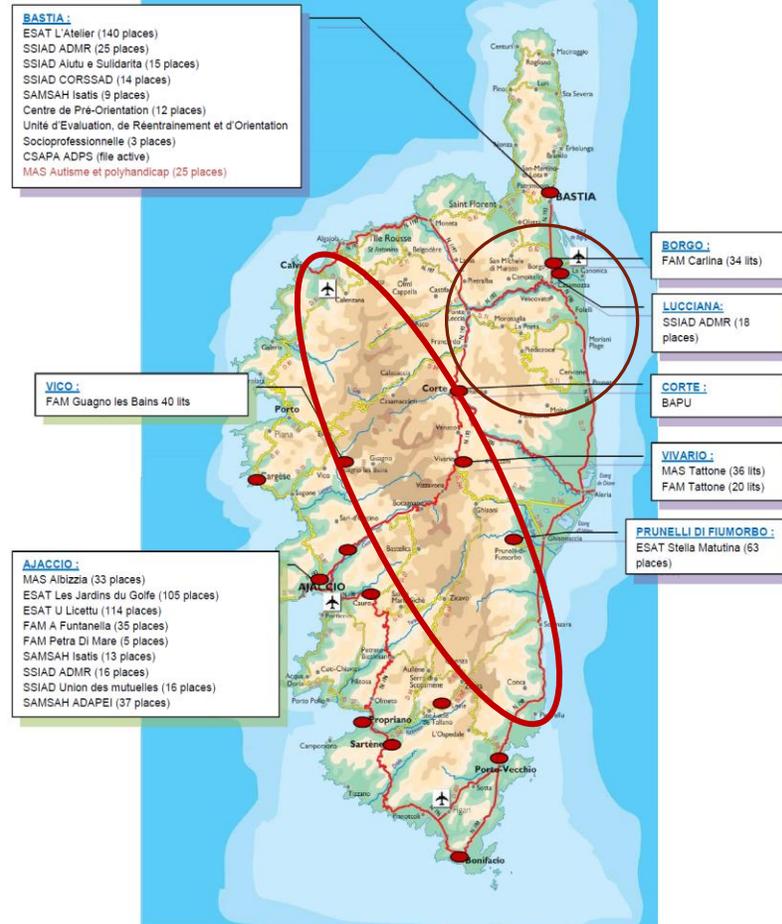
# Plusieurs établissements médico-sociaux ne sont pas éligibles à la télémédecine

22

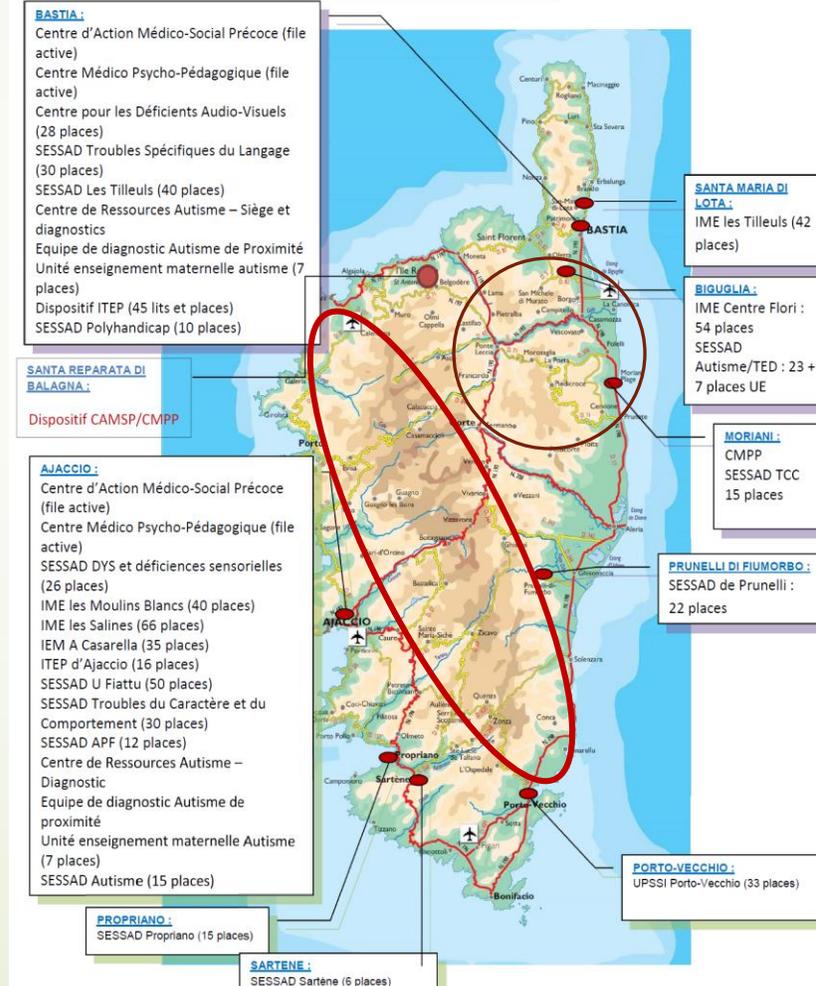
E.S.M.S. PERSONNES ÂGÉES DE CORSE (places installées + projets autorisés) au 01/01/2018



E.S.M.S. PERSONNES HANDICAPÉES DE CORSE – Secteur Adultes au 01/01/2018 (places installées + projets autorisés)



E.S.M.S. PERSONNES HANDICAPÉES DE CORSE – Secteur Enfance au 01/01/2018 (places installées + projets autorisés)



# Plan

- Rappel de quelques fondamentaux
- Quelle infrastructure en réseau numérique pour pratiquer la télémédecine ?
- **Quels besoins médicaux en télémédecine pour la Corse ? Exemples d'organisations professionnelles innovantes.**

# La Téléconsultation en médecine ambulatoire selon l'avenant 6

## 24 Indication : patient connu du médecin traitant , atteint d'un diabète et d'une HTA

La téléconsultation est alternée à une consultation présenteielle

Nature de l'acte

Acte synchrone en présence du patient qui est à son domicile ou dans une pharmacie, assisté au domicile par l'infirmière libérale ou à l'Officine par le pharmacien. Le médecin traitant réalise la TLC avec le dossier médical

Professionnels impliqués

Le médecin traitant  
L'infirmier libéral ou

Le pharmacien d'officine qui assistent le patient pendant la TLC

Etapes principales organisationnelles

- 1- Prescription d'une TLC programmée par le médecin traitant au décours de la consultation présenteielle avec le consentement du patient
- 2- Organisation technique de la TLC en externe par **le coordonnateur de TLM** (MSP, plateforme territoriale GCS ou GRAdes ou autre)
- 3- Réalisation de la TLC par le médecin traitant selon un protocole validé qui initie la connexion par un lien ou qui est mis en connexion par une plateforme
- 4 Visualisation (éventuelle) d'examens complémentaires prescrits par le MT avec l'aide de l'IDE libérale ou du pharmacien d'officine
- 5- Prescription en fin de TLC par le MT,
- 6- Intégration du CR de TLC avec la prescription dans le DP ou DMP.

# La Téléconsultation spécialisée à la demande du médecin traitant

25

**Indication : patient en EHPAD connu du médecin traitant, atteint d'une plaie chronique**

**La téléconsultation spécialisée est réalisée avec un spécialiste des plaies chroniques (dermatologue, chirurgien vasculaire, autre)**

**Nature de l'acte**

Acte synchrone en présence du patient qui est en EHPAD, assisté par une infirmière de l'EHPAD. Le médecin spécialiste réalise la TLC avec les éléments du dossier médical que lui aura transmis le médecin traitant

**Professionnels impliqués**

Le médecin spécialiste des plaies  
L'infirmière de l'EHPAD qui assiste le patient pendant la TLC  
Eventuellement le médecin coordinateur de l'EHPAD

**Etapes principales organisationnelles**

- 1- Prescription d'une TLC programmée spécialisée par le médecin traitant au décours d'une TLC ou consultation présenteielle avec le consentement du patient ou de son entourage
- 2- Organisation technique de la TLC par **le coordonnateur de TLM** (EHPAD, plateforme territoriale GCS ou GRAdes ou autre)
- 3- Réalisation de la TLC par le médecin spécialiste selon un protocole qui initie la connexion par un lien ou qui est mis en connexion par une plateforme
- 4 Visualisation (éventuelle) d'examens complémentaires prescrits par le MT avec l'aide de l'IDE de l'EHPAD qui assurera la vision par caméra de la plaie chronique
- 5- Prescription en fin de TLC par le Médecin spécialiste
- 6- Intégration du CR de TLC avec la prescription dans le DP ou DMP.

## Les cancers ulcérés carcinomes baso - ou spinocellulaires



Capacité Gériatrie 5 mai 2011

50

# La Téléconsultation spécialisée en remplacement d'une consultation avancée dans un EPS périphérique du GHT

27

**Indication : patient connu du praticien hospitalier , atteint d'une insuffisance rénale avancée**

**La téléconsultation néphrologique est alternée avec une consultation spécialisée présente dans l'établissement support du GHT**

**Nature de l'acte**

Acte synchrone en présence du patient qui est dans l'établissement périphérique, soit en externe, soit hospitalisé, assisté par une infirmière de l'établissement périphérique. Le praticien hospitalier réalise la TLC avec le dossier médical

**Professionnels impliqués**

Le praticien hospitalier (PH) néphrologue  
L'infirmier de l'établissement périphérique (cs externe ou hospitalisation)  
Le praticien hospitalier requérant de l'établissement périphérique

**Etapes principales organisationnelles**

- 1- Organisation d'une TLC programmée par le PH néphrologue ou par le PH polyvalent de l'EPS périphérique avec le consentement du patient
- 2- Organisation technique de la TLC par **le coordonnateur GHT de TLM** avec la DSI GHT.
- 3- Réalisation de la TLC par le PH selon un protocole validé. il est mis en connexion par la plateforme du GHT
- 4 Visualisation (éventuelle) d'examens complémentaires prescrits par le PH néphrologue ou le PH de l'EPS périphérique avec l'aide de l'IDE de l'EPS
- 5- Prescription en fin de TLC par le PH néphrologue,
- 6- Intégration du CR de TLC avec la prescription dans le DP ou DMP.

# La Téléconsultation au sein d'un EHPAD de GHT

28

## Indication : résident d'EHPAD fréquemment hospitalisé

**La téléconsultation est réalisée pour prévenir une hospitalisation**

### Nature de l'acte

Acte synchrone, en présence du patient, assisté d'un professionnel de santé non médical de l'Ehpad. Accès au dossier médical du patient (DP ou DMP) au cours de la TLC

### Professionnels impliqués

Requérant: Médecin coordonnateur Ehpad ou médecin traitant,  
Requis: médecin spécialiste (gériatre, ou autre spécialiste) ou urgentiste

### Etapes principales organisationnelles

- 1- Demande par l'Ehpad de TLC programmée pour le médecin spécialiste ou non programmée pour le médecin urgentiste
- 2- Organisation technique de la TLC par le coordonnateur de TLM du GHT
- 3- Réalisation de la TLC par le médecin requis (selon un protocole qu'il aura validé)
- 4 Visualisation (éventuelle) d'examens complémentaires demandés par le médecin requis
- 5 – Restitution du médecin requis au médecin (coordonnateur ou médecin traitant) de l'Ehpad par un CR de TLC à intégrer dans le DP ou DMP.

# Téléconsultation de cardiologie en EHPAD

35



29

# Téléconsultation d'orthopédie post opératoire en EHPAD

30



# La Téléconsultation non programmée entre les EPS d'un GHT

31 **Indication : besoin d'un avis spécialisé en neurologie vasculaire pour un patient qui arrive au SAU en phase aiguë d'un AVC**

**Réalisation d'une téléconsultation non programmée entre le SAU de l'EPS périphérique et la PDS de l'UNV de l'EPS support**

## Nature de l'acte

Acte de TLC non programmée en visioconférence et TLX asynchrone (par transfert d'image du scanner cérébral). Éléments du dossier médical patient transmis avec la requête.

## Professionnels impliqués

Requérant: médecin urgentiste d'un SAU d'EPS périphérique  
Manipulateur radio qui réalise l'imagerie cérébrale et assure le transfert pour lecture  
Requis: neurologue vasculaire en PDS dans l'UNV de l'EPS support

## Étapes principales organisationnelles

- 1- Demande d'une TLC par le médecin urgentiste du SAU de l'EPS périphérique
- 2- Envoi par écrit (MSSanté) ou téléphone
- 3- Transfert des images cérébrales au neurologue vasculaire
- 4- Réalisation de la TLC en visio par le neurologue vasculaire requis de l'EPS de support (selon un protocole validé)
- 5 Demande (éventuelle) d'examens complémentaires par le neurologue vasculaire requis de l'EPS support
- 6 Prescription ou non de la thrombolyse par le neurologue vasculaire, réalisée par le médecin urgentiste ou l'IDE du SAU
- 7 Restitution du neurologue requis au médecin urgentiste requérant de l'EPS périphérique par un CR de TLC à intégrer dans le DP.

# TELE-AVC au service d'Urgences

32



# La Téléexpertise asynchrone en médecine ambulatoire à la demande du médecin traitant

## 33 Indication : téléexpertise dermatologique d'une image de lésion cutanée

La téléexpertise est réalisée par le médecin correspondant en dermatologie

### Nature de l'acte

Acte asynchrone (par écrit et transfert d'image). Éléments du dossier médical patient transmis avec la requête.

### Professionnels impliqués

Requérant: médecin traitant de soin primaire  
Requis: médecin correspondant en dermatologie

### Étapes principales organisationnelles

- 1- Demande d'une TLX par le médecin traitant à son correspondant en dermatologie avec le consentement du patient.
- 2- Envoi par MSSanté
- 3-Réalisation de la TLX par le médecin correspondant en dermatologie (selon un protocole qu'il aura validé, notamment pour la photo dermoscopique)
- 4 Examens complémentaires (éventuels) à la demande du médecin dermatologue requis
- 5 – Restitution du médecin requis au médecin traitant par un CR de TLX à intégrer dans le DP ou DMP.

# La Téléexpertise synchrone au cours d'une RCP en cancérologie

34

## **Indication : besoin d'un avis hyperspécialisé au cours d'une RCP en cancérologie pour décision thérapeutique**

Réalisation d'une téléexpertise synchrone entre l'oncologue hyperspécialisé et les membres de la RCP

Nature de l'acte

Acte de TLX synchrone (par écrit ou téléphone avec ou sans image). Éléments du dossier médical patient transmis avec la requête.

Professionnels impliqués

Requérant: la communauté professionnelle de la RCP en cancérologie  
Requis: Médecin oncologue hyperspécialisé

Étapes principales organisationnelles

- 1- Demande d'une TLX synchrone par la RCP de cancérologie au cours de la séance
- 2- Envoi par MSSanté
- 3- Réalisation de la TLX par l'oncologue hyperspécialiste requis (selon un protocole validé)
- 4 Demande (éventuelle) d'examens complémentaires par le médecin hyperspécialiste requis qui transforme la TLX en asynchrone
- 5 – Restitution du médecin hyperspécialiste à la RCP par un CR de TLX à intégrer dans le DP.

# La Téléexpertise synchrone et asynchrone entre les EPS d'un GHT

35

**Indication : besoin d'un avis spécialisé pour un patient qui arrive au SAU ou qui est hospitalisé dans un EPS périphérique**

## Réalisation d'une téléexpertise entre les EPS du GHT

### Nature de l'acte

Acte de TLX synchrone (par écrit ou téléphone) ou asynchrone (par écrit ou transfert d'image). Eléments du dossier médical patient transmis avec la requête.

### Professionnels impliqués

Requérant: médecin urgentiste (TLX synchrone) ou médecin hospitalier d'un EPS du GHT (TLX synchrone ou asynchrone) pour patient hospitalisé  
Requis: médecin spécialiste hospitalier de l'EPS support

### Etapes principales organisationnelles

- 1- Demande d'une TLX par le médecin requérant de l'EPS périphérique
- 2- Envoi par MSSanté
- 3- Réalisation de la TLX par le médecin spécialiste requis de l'EPS de support (selon un protocole validé)
- 4 Demande (éventuelle) d'examens complémentaires par le médecin spécialiste requis de l'EPS support
- 5 – Restitution du médecin requis au médecin requérant de l'EPS périphérique par un CR de TLX à intégrer dans le DP.

# La Téléexpertise asynchrone entre un EPS d'un GHT et une MSP ou Centre de santé du territoire

36

**Indication : besoin d'un avis spécialisé pour un patient qui vient de sortir d'une hospitalisation ou qui nécessite une hospitalisation**

**Réalisation d'une téléexpertise entre l'EPS du GHT et une MSP ou Centre de santé**

Nature de l'acte

Acte de TLX asynchrone (par écrit ou transfert d'image). Eléments du dossier médical patient du Médecin traitant transmis avec la requête.

Professionnels impliqués

Requérant: médecin traitant de soin primaire d'une MSP ou Centre de santé  
Requis: médecin spécialiste hospitalier de l'EPS support

Etapes principales organisationnelles

- 1- Demande d'une TLX par le médecin traitant requérant de la MSP ou Centre de santé
- 2- Envoi de la demande par MSSanté au spécialiste requis
- 3- Réalisation de la TLX par le médecin spécialiste requis de l'EPS (selon un protocole validé)
- 4 Demande (éventuelle) d'examens complémentaires par le médecin spécialiste requis de l'EPS support
- 5 – Restitution du médecin requis au médecin requérant de la MSP ou Centre de santé par un CR de TLX à intégrer dans le DP ou le DMP.



**Merci de  
votre  
attention**



## CONSULTATION CITOYENNE

*Un sguardu nant'à a Saluta in Corsica*

Juillet 2019/ Luglio 2019



## Table des matières

I.	Contexte .....	4
II.	Méthodologie .....	5
A.	Synthèse de données : les ateliers participatifs .....	5
B.	Le sondage des habitants dans le cadre des Assises Territoriales de la Santé .....	6
C.	Le questionnaire santé .....	7
III.	Regard citoyen régional.....	8
A.	L'accès au soin et à la santé .....	8
B.	L'accès au droit.....	11
C.	La santé mentale .....	14
D.	Déterminants socio-économiques et environnementaux de la santé .....	15
IV.	Ateliers citoyens dans le cadre des Assises .....	18
A.	Les besoins en matière de prévention et de promotion de la santé .....	18
B.	Le Centre Hospitalier Régional .....	19
C.	Les déserts médicaux .....	19
V.	Le questionnaire .....	21
VI.	Conclusion .....	26
VII.	Annexes .....	27
A.	Référencements des documents utilisés :.....	27
B.	Bibliographie.....	27
C.	Sigles .....	30



## I. Contexte

Les 5 et 6 juillet 2019 à Corte se tiendront les premières Assises territoriales de la santé.

Initiées et organisées par la Collectivité de Corse, elles se veulent être un moment fort en matière de santé sur le territoire.

Au regard des difficultés que notre région rencontre en matière de santé, les Assises territoriales auront pour objectif d'apporter des éléments tangibles permettant la concrétisation des orientations portées par la Conseillère Exécutive à savoir :

- La lutte contre les déserts médicaux : meilleurs accès aux soins, réduction des inégalités territoriales (maison de santé, pôle de santé pluridisciplinaire, études de médecine, accompagnement, réseaux etc...), accès aux droits et lien avec l'université
- La création d'un centre hospitalier régional
- Le développement de la prévention et de la promotion de la santé : agir sur les déterminants de la santé notamment environnementaux

Ainsi, dans une démarche participative et en amont des journées, afin de préparer les temps d'échanges qui seront organisés avec les professionnels de la région, la Collectivité De Corse a souhaité mener une consultation citoyenne.

Dans une vision plus « sociétale », et dans une démarche de démocratie sanitaire, les citoyens ont été invités à témoigner sur leurs attentes relatives aux services de santé, sur l'offre de soins en région, sur la prévention, sur le système de santé en général mais également sur les déterminants de santé et notamment les conditions de vie socio-économiques, culturelles et environnementales.

L'objectif était de recueillir la vision que les corses ont de la santé de façon globale, afin d'apporter des réponses adaptées aux réalités du territoire ainsi qu'aux réalités de chacune des catégories d'individus bien distinctes : le malade ou le patient, l'utilisateur non malade, la famille de patient ou les proches, le militant associatif, le citoyen.

Au regard du délai contraint de réalisation, l'IREPS Corse a été chargée de mener cette consultation citoyenne sur une période de trois semaines. Le procédé de recueil des éléments vous sera présenté plus précisément dans ce document en partie *II. Méthodologie*.

Ces éléments ont été analysés et synthétisés afin de produire un aperçu qualitatif du ressenti de la population en matière de santé en région. Au sein de ce document des « zooms » seront faits sur certains territoires sur lesquels des besoins spécifiques sont présents.

## II. Méthodologie

L'IREPS, dans le cadre de ses missions, a été amenée à conduire plusieurs consultations citoyennes sur les territoires (notamment au sein des travaux des Contrats Locaux de Santé ou de l'animation territoriale) et, de ce fait, dispose d'éléments pouvant être exploités dans le cadre de cette consultation.

Pour constituer ce document nous avons agrégé plusieurs sources de données obtenues à partir de différentes méthodes. Ces méthodes peuvent être scindées en deux types, les méthodes qualitatives et les méthodes quantitatives.

Notre travail s'est déroulé en trois étapes :

- La synthèse du matériau dont nous disposons, pour extraire les données visées par les Assises Territoriales de la Santé
- La mise en place d'un questionnaire sur internet à destination des habitants, pour interroger plus précisément le ressenti des personnes en lien avec les inégalités sociales et territoriales de santé, l'accès aux soins et aux droits
- Enfin, des ateliers menés spécifiquement pour les Assises autour des représentations concernant la santé dans notre région

### A. Synthèse de données : les ateliers participatifs

#### - Les ateliers de l'avenir

Pour animer ces ateliers une démarche participative dite communautaire a été mise en place. Nous avons remanié l'outil « Les ateliers de l'avenir » de l'Institut Renaudot. La méthode se déroule en trois phases :

#### *1<sup>ère</sup> phase : la phase critique*

Les participants sont d'abord invités à formuler et mettre par écrit des critiques et remarques sur "ce qui ne va pas". Ensuite les animateurs les classent par thèmes avec le groupe.

#### *2<sup>ème</sup> phase : la phase imaginative*

Le deuxième temps est consacré au rêve. Les participants émettent des propositions de l'idéal qu'ils imaginent, sans censure d'ordre pratique, les idées sont aussi classées par thèmes.

#### *3<sup>ème</sup> phase : la phase réaliste*

Puis, vient la phase de création et de construction : il s'agit de revenir au principe de réalité pour chercher comment on peut progresser vers l'idéal. Les participants cherchent à déterminer des objectifs et à envisager des moyens pour y parvenir.

Les Ateliers de l'avenir ont porté sur la perception de la santé par les citoyens sur leur lieu de vie. L'objectif était de cerner les problématiques ressenties par les participants sur les différents territoires.

### - Les world café

Le « World Café » est un processus créatif qui vise à faciliter le dialogue constructif et le partage de connaissances et d'idées, en vue de créer un réseau d'échanges et d'actions.

Ce processus reproduit l'ambiance d'un café dans lequel les participants débattent d'une question ou d'un sujet en petits groupes autour de tables. Ils sont encouragés à écouter, à parler sans se soucier de mettre en forme leurs idées ni de dire des choses de façon « correcte ».

Selon un rythme séquencé, tous les participants changent de tables, sauf un « le rapporteur » qui fait un retour synthétique aux nouveaux arrivés sur les échanges du groupe précédent ce qui permet d'avoir une base de discussion à partir d'approches différentes.

Les participants sont invités à critiquer, amender, argumenter librement les propos précédemment recueillis. En faisant le tour de la salle, les idées se transforment de manière inattendue. Des réseaux se forment ou se consolident et le savoir est ainsi partagé.

Ainsi tous les acteurs peuvent évoquer les freins, leviers et idées d'actions à mener sur leur territoire en fonction de leurs pratiques et connaissances professionnelles.

Cette stratégie est donc une réelle approche communautaire permettant la participation des élus, des institutionnels et également des habitants.

Au terme du processus, les principales idées sont résumées au cours d'une assemblée plénière et les possibilités de suivi sont soumises à discussion.

## B. Le sondage des habitants dans le cadre des Assises Territoriales de la Santé

Dans le cadre des Assises seulement deux ateliers participatifs ont pu être organisés sur le territoire, un en Haute Corse et l'autre en Corse du Sud.

Notre choix s'est volontairement porté sur des territoires principalement ruraux afin d'analyser leurs besoins spécifiques et d'identifier les inégalités dont ils sont victimes.

Ainsi, les groupes de travail se sont déroulés pour le territoire du Pôle d'Equilibre Territorial et Rural de l'Ornano, Taravu, Valincu, Sartenais (PETR OTVS) sur la commune de Petreto le 20 juin 2019 et pour le territoire de la Communauté de Commune de Balagne sur la commune de Santa-Reparata di Balagna le 27 juin 2019.

Ces « ateliers de l'avenir » qui regroupaient élus et citoyens ont permis de dégager, à partir des trois grandes orientations du conseil exécutif, des éléments précieux relatifs aux problématiques spécifiques à ces territoires. Ils seront présentés dans la partie IV. *Ateliers citoyens dans le cadre des Assises* du présent document.

## C. Le questionnaire santé

Nous avons élaboré un questionnaire portant sur le ressenti des personnes autour de la santé, composé de trois grands axes : les inégalités sociales et territoriales de santé, l'accès aux droits et l'accès aux soins.

L'accès aux soins était le fil conducteur de ce questionnaire (généralistes, spécialistes, infrastructures) reprenant principalement l'information sur les réseaux pour se faire soigner, les informations liées à sa santé et à ses droits et, enfin, le coût engendré par les frais de santé.

Ce questionnaire a été diffusé par le biais des réseaux sociaux à partir des moyens numériques à notre disposition (Facebook et Twitter, mailing lists, sites internet de l'IREPS et de la Collectivité de Corse).

Au total, 780 personnes ont participé à cette enquête. Au regard des réponses, nous pouvons identifier que les personnes étaient essentiellement dans des agglomérations de taille importante. Les résultats de cette enquête seront développés dans la partie *V. Le questionnaire* du présent document.

### III. Regard citoyen régional

Durant l'analyse des différents éléments présentés ci-après, indépendamment des axes spécifiques à la santé, deux problématiques sont systématiquement présentes dans les récits : les notions de ruralité et de précarité. Il semble important de considérer ces deux points comme transversaux au sein de cette analyse. Les inégalités sociales et territoriales de santé sont marquées et conduisent inéluctablement au renoncement aux soins.

La précarité, très prononcée dans l'île, génère un véritable questionnement sur l'accès aux soins. De façon générale, nous pouvons noter que l'accès aux droits reste problématique sur la région et accentue les difficultés. La question de la mobilité a également un impact important sur la prise en charge. Elle peut très vite, notamment dans les territoires les plus éloignés des structures de soins, être la raison première au renoncement.

Notre région a la spécificité d'être une « île montagne », il existe peu d'équité en matière d'offres de santé. Hormis les deux grandes agglomérations d'Ajaccio et Bastia, les problématiques rencontrées sont importantes et d'autant plus marquées sur les territoires ruraux.

#### A. L'accès au soin et à la santé

De façon générale, sur l'ensemble du territoire les problématiques de santé les plus fréquemment évoquées par la population générale concernent l'accès aux soins de **1<sup>er</sup> recours**.

En effet, la difficulté d'accéder à une consultation chez un médecin généraliste, est évoquée en premier lieu ainsi que les temps d'attente au cabinet qui sont jugés très longs. Sur certains territoires on aborde le manque de médecins généralistes. Ils se déplacent de moins en moins, voire plus du tout à domicile, ce qui peut poser d'importantes difficultés notamment auprès de la population âgée. L'accès à un médecin généraliste la nuit, les week-ends et les jours fériés reste difficile.

Il existe très peu de gardes ou de plateformes type « SOS médecins » et la plupart du temps le seul recours reste les urgences hospitalières qui sont de plus en plus saturées par de la « bobologie » et qui ne sont accessibles qu'aux citoyens proches d'un hôpital départemental ou local.

Les médecins spécialistes sont pour la plupart installés à proximité des plateaux techniques, les délais pour une prise de rendez-vous peuvent, pour certaines spécialités atteindre plusieurs mois d'attente. Ces délais peuvent être une entrave supplémentaire pour les personnes ayant des difficultés de mobilité en lien avec un handicap ou de transport ou rajouter des difficultés pour des personnes en situation de précarité.

Certaines spécialités manquent sur la région. La pédiatrie, la dermatologie, la cardiologie, la gynécologie, l'ophtalmologie, l'endocrinologie sont les plus souvent citées. Les consultations avancées sont évoquées mais jugées insuffisantes et concentrées sur les deux principales agglomérations.

La question des dépassements d'honoraires est également souvent abordée. Elle reste une réelle problématique pour les personnes ayant des difficultés économiques entraînant le renoncement aux soins.

Les personnes évoquent un manque de structures de soins de proximité permettant, pour les territoires les plus éloignés, d'avoir une offre de soins pour les « petites urgences » telles que la nécessité de faire des radiographies, des échographies, des plâtres ou des sutures...

Ce manque est une véritable problématique également en ce qui concerne la prise en charge des personnes souffrant d'un handicap moteur ou des personnes présentant des pathologies psychiques qui, pour certaines, nécessiteraient un accompagnement spécifique dans un établissement adapté. Une carence de structures de prise en charge des enfants et des jeunes dans le domaine de la santé mentale est évoquée sur l'ensemble du territoire.

Les structures telles que « soins de suites et réadaptation » ou « rééducation » sont aussi des établissements faisant défaut sur le territoire.

Concernant les personnes âgées, l'organisation globale des soins de la prise en charge à domicile est jugée sur certains territoires comme « anarchique ». Sur certaines communes, notamment rurales, l'hospitalisation à domicile est quasi impossible faute de soignants présents à proximité. Des structures d'accueil spécifiques, types structures de répit, sont citées régulièrement et jugées comme indispensables pour les aidants.

La **prévention** a été largement évoquée lors des ateliers. Les participants la qualifient comme indispensable mais pas assez présente et déplorent le manque d'informations et d'actions réalisées, notamment auprès de la jeunesse.

Parmi les besoins en matière de prévention un certain nombre de thématiques sont clairement énoncées comme prioritaires. Une attention particulière pourrait être portée sur les comportements à risques incluant la consommation de tabac, drogues, alcool, mais également les risques routiers ou la crise suicidaire. La vie sexuelle et affective est également une inquiétude chez les jeunes avec notamment la prévention des maladies sexuellement ainsi que la prévention de l'avortement. En effet, l'accès à une contraception gratuite et de façon anonyme est pour les jeunes assez problématique surtout sur les territoires ruraux.

La question de l'accès au dépistage revient de façon récurrente avec une information insuffisante et un accès difficile pour les territoires reculés. Certains dépistages sont méconnus particulièrement celui du diabète.

Enfin, la question de l'alimentation comme facteur de protection de la santé est une des thématiques abordées. A l'importance de poursuivre les messages de prévention et d'engager de réels programmes, impliquant tous les acteurs du territoire, s'ajoute la question de l'accès à une alimentation saine pour tous. La difficulté de concilier recommandations alimentaires et budget est également mise en avant par les citoyens.

### ***Zoom sur la Balagne***

Le territoire de Balagne est un territoire rural avec ses complexités mais avec des élus et des professionnels soucieux de développer une politique de santé adaptée, de fédérer tous les acteurs du territoire et d'innover pour améliorer les conditions de santé des habitants. Il est doté d'un hôpital local et de deux Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (une à Calenzana et une à Ile-Rousse en cours). Il est marqué par une attractivité et une densité de travail très forte en période estivale, par la présence du 2<sup>ème</sup> REP et d'un éloignement du territoire Bastiais.

Les problématiques relevées sur le territoire portent sur les points suivants :

- La personne âgée dépendante ou isolée et l'épuisement de l'aidant, typique aux territoires ruraux telle que la Balagne
- Les difficultés d'accès aux premiers recours notamment le soir, le week-end et en cas d'urgence
- Les conduites à risques notamment chez les jeunes avec la consommation de stupéfiants
- Le manque de prévention sur la contraception, l'IVG et les IST et sur l'accompagnement à la parentalité
- Les dispositifs et les moyens effectifs sur la prise en charge de la santé mentale des enfants et des adolescents, qu'elle soit liée à une pathologie ou à une souffrance psychique
- Pour les personnes précaires, le renoncement aux soins est lié aux problématiques de mobilité, d'éloignement des structures de soins ou d'accompagnements spécialisés sur Bastia
- Les dépassements d'honoraires pour les consultations avancées que doivent régler les personnes en situation de précarité

### ***Zoom sur le PETR Ornanu, Taravu, Valincu, Sartinese***

Le Pôle d'Equilibre Territorial et Rural Ornanu, Taravu, Valincu, Sartinese a été créé en 2016 par la Communauté de Communes du Sartenais-Valinco-Taravo et la Communauté de Communes de Pieve di l'Ornano. C'est un outil de développement au service de 46 communes. Le territoire du PETR OTVS est très étendu, diversifié et complexe car il regroupe des communes urbaines, semi-urbaines et rurales avec des problématiques de littoral et de montagne. Dans le cadre du projet de développement de son territoire, le PETR OTVS a souhaité que la santé soit un des axes prioritaires à déployer.

Les problématiques relevées sur le territoire portent sur les points suivants :

- Questionnements importants pour les soins de 1<sup>er</sup> recours
- Manque de moyens pour pallier les premiers urgences (radiologie, échographie, plâtre, sutures...)
- L'urgence médicale en milieu rural est une inquiétude importante
- Peu de spécialistes présents sur le territoire
- Inquiétude importante des territoires de l'intérieur vis-à-vis de la désertification médicale
- Difficulté de prise en charge des personnes âgées à domicile
- Nécessité de mieux accompagner les hospitalisations à domicile (aménagement de l'habitat, visites à domicile des équipes soignantes...)
- Nécessité de renforcer la prévention auprès des jeunes mais également des personnes âgées
- Importance de prendre en charge les personnes souffrant de pathologies chroniques (manque de ressources pour l'accompagnement, pour l'éducation thérapeutique...)
- Problèmes de gestion des déchets issus des activités de soins à risques infectieux (DASRI)

## B. L'accès au droit

L'accès au droit concerne toute la population de la région, tant en milieu rural qu'urbain.

Des disparités apparaissent suivant les populations et les territoires.

**En milieu rural**, il s'agit d'une population vieillissante, qui ne possède pas forcément une connexion internet, ou qui ne maîtrise pas l'outil pour trouver l'information adéquate pour faire valoir ses droits. D'ailleurs, des demandes de formation à l'utilisation de l'outil informatique sont présentées comme un contrepied aux inégalités à l'accès au droit.

Les jeunes et les adultes rencontrent des difficultés d'accès au droit, dues à la méconnaissance des services existants. D'une part, ces informations ne sont pas lisibles sur internet et d'autre part, l'orientation vers les « bons » organismes semble faire défaut.

Les personnes en situation de précarité ont du mal à obtenir une couverture sociale. Plus de la moitié d'entre elles souffrent d'une pathologie chronique, potentiellement grave en l'absence de prise en charge. Souvent, elles présentent un retard de recours aux soins. Une autre problématique vient se rajouter quant aux personnes en situation de précarité et/ou migrantes : le recours à des traducteurs ou l'accès à des cours d'alphabétisation sont évoqués afin d'éviter la barrière de la langue.

**En milieu urbain**, la préoccupation des usagers de la santé se retrouve dans l'accès direct aux organismes institutionnels et aux divers services administratifs des différents milieux (social, santé, psychosocial), avec une attente sur des amplitudes horaires plus importantes (CPAM). La mise en place de personnels « référents » dans les administrations de même que des personnes « identifiées » sur les territoires est particulièrement mise en avant, afin d'éviter de rencontrer des barrières administratives et offrir une meilleure orientation des dossiers dits « complexes ».

Dans les plus grandes communes l'accès aux services administratifs est difficile, voire inexistant pour les personnes en situation de précarité (demande de création de structures d'accueils spécifiques pour ces personnes).

A l'heure de la dématérialisation, des formations au tout numérique apparaissent indispensables ainsi que l'accès à des espaces physiques identifiés, tout en développant des services interconnectés. Ces espaces pourraient être des centres d'information tout public.

Les personnes en situation de handicap connaissent quant à elles des problématiques d'accès au droit tant par la méconnaissance de l'existant sur les communes que par des services numériques inadaptés à leur situation.

Globalement, il ressort qu'améliorer l'accompagnement par des personnes ressources sur les territoires pour la constitution des dossiers et favoriser un accès privilégié pour monter ou gérer un dossier complexe, faciliterait les procédures et réduirait les délais.

Ainsi, les citoyens estiment que la création d'un guichet unique (physique et/ numérique) pour informer, orienter, accompagner les démarches serait un atout de l'amélioration de l'accès aux droits. De façon générale, le manque d'information est largement souligné par la population et l'accès à l'information reste problématique notamment en ce qui concerne les possibilités de prise en charge des personnes âgées ou des personnes atteintes d'un cancer. Le coût élevé des mutuelles est également évoqué comme un frein conséquent dans l'accès aux droits et aux soins.

Une appréciation plus qualitative est nécessaire pour appréhender la question de l'accessibilité aux soins : il faut prendre en compte le temps de trajet pour accéder à un professionnel de santé, les horaires d'ouverture, le temps pour obtenir un rendez-vous (les durées d'obtention d'un rendez-vous vers un spécialiste sont parfois de plusieurs mois, voire d'une année dans certains territoires) et le coût pour le patient.

Des perspectives sont évoquées pour améliorer l'accès à l'information des droits :

- Réduire les délais d'attente téléphonique des organismes sociaux
- Développer des structures d'accueils pour les personnes en situation de précarité
- Créer un guichet unique dans les zones isolées
- Développer des Maisons de Santé Pluridisciplinaires, où un accueil « accès aux droits » serait garanti.

### ***Zoom sur la plaine orientale***

Dans le cadre des Ateliers de l'Avenir que nous avons menés sur le territoire de la plaine orientale, l'accès aux droits, aux soins et à la santé est apparu comme un enjeu majeur.

Les problématiques relevées sur le territoire portent sur les points suivants :

- L'amélioration de l'accès aux droits (physique et téléphonique) passe par l'augmentation des permanences CAF et CPAM sur la commune
- Les demandes d'accompagnement des personnes sur la constitution de leur dossier notamment lors du traitement de dossiers « complexes »
- L'information des citoyens sur les dispositifs existants et les aides possibles sur les droits, sociaux et sanitaires est encore trop faible
- Les délais d'attente, pour des rendez-vous ou des visites au cabinet, chez les médecins généralistes sont jugés trop longs et l'absence de permanence le soir et le week-end est aussi soulevée.
- La faible accessibilité pour les consultations spécialisées
- Le manque de consultations avancées révèle des disparités fragilisant l'offre de soins de premier recours
- L'absence de structures pouvant gérer les petites urgences (sutures, plâtre...)
- L'obligation de se rendre sur le continent pour des problèmes de santé plus importants est une source de stress supplémentaire et fait apparaître aussi une mauvaise prise en charge financière de certains déplacements
- Les inquiétudes sont répétitives concernant l'éloignement géographique pour des consultations dans les hôpitaux entraînant trop de déplacements et de la fatigue notamment pour les personnes âgées
- L'accès au logement est difficile, les coûts des logements neufs sont élevés
- La sensibilisation des citoyens à la gestion des déchets ménagers (tri sélectif) est encore approximative

### ***Zoom sur Porto Vecchio***

La région du sud de la Corse est marquée par une forte disparité des richesses. Une précarité grandissante extrêmement présente dans les quartiers populaires, une saisonnalité de l'emploi ainsi qu'un manque de transports favorisent ces disparités dans la population. Nous avons mené des ateliers auprès de la population du quartier de Pifano.

- Problème d'accès aux médecins généralistes et aux spécialistes
- Obligations de déplacements mais peu voire pas de transports en commun disponible
- Difficultés d'accès aux cours d'alphabétisation
- Déplacements difficiles pour les personnes âgées
- Manque de prévention pour les IST et les drogues
- Manque d'information sur les aides sociales possibles
- Problèmes d'insalubrité dans les logements sociaux
- Peu de lieux pour divertir les enfants
- Problème d'accès aux structures psychiatriques
- Problématique de transports pour les urgences psychiatriques
- Pas de lieu dédié à la prise en charge des souffrances psychiques

## C. La santé mentale

La Santé Mentale détient ses propres particularités, bien que nous retrouvions des problématiques déjà évoquées sur la santé de façon globale.

Les problématiques concernent en premier lieu l'**accessibilité**. Les délais de consultations dans les structures de soin comme les CMP sont très longs, ce qui engendre une prise en charge décalée au regard des besoins des patients. L'attente peut engendrer des situations de crise et d'urgence alors qu'il n'existe pas de structure relai ou d'accueil en attendant la prise en charge.

Les structures sont regroupées dans les deux pôles principaux d'activités, Ajaccio et Bastia. Le rural est dépourvu de structures d'accueil et de spécialistes. Les citoyens insistent sur le manque de professionnels spécifiques à la maladie mentale alors que cette ALD est en constante augmentation depuis les années 2010. (Source ameli.fr). Les personnes interrogées avancent un énorme besoin en termes de places dans les structures d'accueil existantes et une offre stagnante depuis des années.

Un défaut d'**informations** global est mis en avant concernant les lieux ressources, les personnes ont des difficultés à identifier les structures présentes, leurs rôles, fonctions et spécificités. Ce constat se retrouve à l'identique concernant les structures d'accès au droit sur cette thématique. Les personnes soulignent également l'absence de clarté sur le parcours de soin, il semble en effet difficile de connaître les étapes à suivre et les ressources mobilisables, du dépistage au soin. L'information concerne non seulement les patients, mais également les professionnels qui manquent d'informations sur l'ensemble des structures du secteur ce qui pourrait faciliter le repérage, la prévention et l'orientation.

En parallèle, un manque de **coordination** est relevé notamment autour de la gestion des cas complexes. La volonté serait de mettre en place un parcours coordonné et personnalisé pour chaque patient pour la gestion des situations de crise mais également de façon durable, sur le long terme.

Concernant la **prévention**, les familles connaissent mal les structures de dépistage. Le manque d'informations sur la santé mentale, les troubles psychiques et les addictions reste préoccupant et selon elles sans réponse. Elles relatent notamment l'absence de dispositifs et circuits permettant le repérage précoce des troubles.

L'**inclusion** des personnes souffrant de troubles psychiques est ressentie comme défaillante aussi bien pour les patients que pour leurs familles et leurs proches. Le manque d'accompagnement pour l'accès à l'emploi ou au logement représente un frein important pour ceux-ci.

On note une réelle volonté de travailler sur la **déstigmatisation** auprès du grand public avec notamment un besoin en termes d'information, de sensibilisation et de formation permettant de faire évoluer les regards. De manière plus ciblée, autour des patients et leurs proches, des problématiques sont mises en avant concernant le maintien de la vie sociale (logement, insertion professionnelle, accès aux loisirs, citoyenneté). Ils déplorent également le manque de structures relais permettant de conserver le lien parent/enfant lors d'une hospitalisation.

## **Zoom sur la Santé Mentale à Ajaccio**

Les points évoqués sur le territoire d'Ajaccio dépassent rapidement les limites communales pour s'étendre à l'ensemble de la Communauté d'Agglomération du Pays Ajaccien.

Les problématiques relevées sur le territoire portent sur les points suivants :

- Pas de coordination dans la prise en charge transversale pour le patient
- Aucune visibilité des services de prises en charge psychiatriques
- Problèmes de préjugés envers les patients, la peur de la personne différente crée l'exclusion et l'isolement
- Difficultés d'accès aux soins pour les femmes battues
- Problèmes d'addiction en lien avec les problèmes psychiques
- Prévention quasiment inexistante
- Pas de structures pour conserver le lien parent/enfant lors d'une hospitalisation
- Rupture du lien parent/enfant lors de l'hospitalisation car l'enfant est placé en famille d'accueil ou en foyer
- Problème au niveau des mesures de protection
- Pas d'accompagnement des enfants témoins ou victimes de violence

## **D. Déterminants socio-économiques et environnementaux de la santé**

De nombreuses problématiques ont été posées, par les habitants, en lien avec les déterminants de la santé.

Concernant la **mobilité**, dans le rural les communes sont jugées comme peu desservies. Les habitants ont évoqué le souhait d'avoir plus de transports pour relier les villages entre eux et regrettent le manque de lignes permettant de se rendre dans les communes plus importantes, ou en ville (Ajaccio et Bastia principalement). Les transports sont ressentis comme un moyen important de rupture de l'isolement social et ce plus particulièrement par les personnes âgées.

En ville, les problèmes d'**accessibilité** ont été mis en avant avec la volonté d'avoir une ville mieux aménagée pour tous les piétons et surtout ceux ayant des difficultés de mobilité (personnes handicapées, avec poussettes, béquilles...). Face aux problématiques de stationnement et de circulation notamment sur Ajaccio et Bastia, les habitants souhaiteraient voir se développer le covoiturage et des infrastructures permettant d'utiliser d'autres moyens de transport, comme le vélo par exemple.

La **pollution** est un élément relevé par la population avec les questions d'amiante et de qualité de l'air. Les habitants souhaiteraient que des solutions soient mises en place pour les bateaux, la production d'électricité (solaire...) et les moyens de circulation (moyens alternatifs, transports en commun...).

La question de l'accès aux **logements** a également été évoquée. La difficulté de se loger sur le territoire est due à la cherté des loyers et ceci est encore plus marqué pour les personnes en difficultés financières ou en recherche d'emploi. Enfin des problèmes de logements insalubres sont mis en avant surtout dans les villes d'Ajaccio et Bastia.

L'accès à l'**emploi** et à la **formation** est une problématique fortement marquée sur le territoire. Les personnes ont des difficultés à s'insérer dans l'activité économique ce qui a un impact sur l'intégration sociale de façon globale (logements, loisirs, ...).

Les **activités socio-culturelles** sont jugées trop rares. Les personnes mentionnent l'insuffisance d'espaces dédiés et permettant de créer du lien social. Ce thème revient dans toutes les zones d'habitation : les plus grandes agglomérations comme Ajaccio et Bastia, mais également les communes de moindre envergure comme l'île Rousse ou Porto-Vecchio et enfin dans le rural. Le manque d'activité est présent pour tous les publics de l'enfance à l'âge adulte en passant par l'adolescence. En ville, les personnes manquent d'infrastructures pour faire du sport et souhaiteraient que d'autres activités se développent.

L'ensemble des déterminants de la santé ont été évoqués : alors que les villes peuvent présenter des problématiques plus spécifiques, les constats restent globalement attribuables au territoire.

### **Zoom sur Bastia :**

Le territoire de Bastia est marqué par son offre de soins, ses structures sociales et médico-sociales et la présence des institutions plus importantes que sur le reste de la Haute-Corse. Cependant les problématiques rencontrées restent sensiblement identiques exceptées sur les déterminants environnementaux qui vont se distinguer.

Enfin, la commune de Bastia est marquée par les zones des quartiers prioritaires politiques de la ville avec son volet Santé.

Les problématiques relevées sur le territoire portent sur les points suivants :

- La question de la pollution des bateaux et du flux de voiture par le tunnel est posée
- Les difficultés de mobilité sont associées aux personnes à mobilité réduite avec des transports en commun inadaptés ainsi qu'aux parents avec des enfants en poussette. Le stationnement sauvage ne facilite pas l'accès aux premiers secours et engendre des embouteillages
- Le logement indigne ou insalubre est une réalité notamment pour les personnes en souffrance psychique et/ou précaire avec des difficultés de prise en charge à domicile.
- La question des risques sanitaires génériques telle que le radon, est soulevée
- La densité de la population est importante mais la ville est globalement bien desservie
- La multiplicité des structures ou dispositifs entraîne leur méconnaissance
- La coordination entre hôpital et médecine de ville est à améliorer
- Les jeunes et les dérives sur le harcèlement et les conduites à risque (addiction, sexualité, ...)
- L'hygiène et la nutrition sont également deux thématiques évoquées de façon récurrente
- Des difficultés pour les personnes actives pour accéder aux services d'accès aux droits en fonction de leurs horaires de travail
- Des lourdeurs administratives pour les personnes en marge du système et pour leurs accompagnants sur les droits à la santé
- La dématérialisation des procédures entraîne des difficultés pour certains publics

### ***Zoom sur la santé des jeunes à Corti***

Une prospection autour de la santé des étudiants a été réalisée par l'IREPS Corse au mois d'avril 2019 auprès des syndicats étudiants et de l'association Aiatu Studentinu qui vient en aide aux étudiants précaires en leur fournissant des denrées alimentaires. L'Università di Corsica a, dans ce même temps, commandée une enquête sur les conditions de vie des étudiants. Les questionnements liés à la prévention et à la promotion de la santé sont apparus très marqués.

Les problématiques relevées sur le territoire portent sur les points suivants :

- La difficulté de l'accès au centre de planification familiale, ouvert seulement deux jours par semaine et aux heures de cours est prégnante. Lorsque l'on aborde la thématique de la contraception, les étudiants font émerger des difficultés d'accès, d'un recours à l'IVG anormalement élevé, et d'un manque d'informations sur les dispositifs existants.
- L'accès aux médecins généralistes ainsi qu'aux spécialistes, peu nombreux sur la zone, est difficile voire impossible pour les étudiants. Certains énoncent aussi des raisons financières.
- La prévention des conduites addictives est quasiment inexistante, des actions de sensibilisation autour des stupéfiants sont jugées indispensables
- La précarité grandissante sur le campus génère de la malnutrition avec pour certains cas, des étudiants qui ne mangent pas à leur faim
- La consommation d'antidépresseurs est une pratique répandue chez certains étudiants afin de gérer leur stress ou leur fatigue.
- Au niveau des loisirs et de la vie étudiante en général, les étudiants sont moyennement satisfaits, du fait de l'appauvrissement de l'offre culturelle, du peu de choix d'activités et du faible nombre de lieux de vie.

## IV. Ateliers citoyens dans le cadre des Assises

Pour les Assises de la Collectivité de Corse, deux ateliers de l'avenir ont été menés en territoire rural auprès des habitants et des élus. Ces personnes ont été interrogées sur leurs représentations en matière de santé, sur les territoires de la communauté de communes du PETR du VALINCU et de la communauté de communes Ile-Rousse-Balagne.

La restitution de ces ateliers est structurée à partir des trois priorités de la Collectivité De Corse que sont la prévention et la promotion de la santé, le Centre Hospitalier Régional et les déserts médicaux.

Ce travail apporte des éléments pour la rédaction des fiches actions, qui peuvent être complétées par les ateliers menés par les professionnels dans le cadre des Assises.

### A. Les besoins en matière de prévention et de promotion de la santé

Concernant la prévention, le public jeune est particulièrement évoqué par les acteurs notamment sur leur absence de conscience relative à leur capital Santé. Problématique ressentie comme peu prise en compte par les institutionnels.

Les participants affirment que les jeunes ne sont pas assez accompagnés vers les questions de santé et l'accès aux droits. L'accompagnement à la parentalité et les « points d'écoute jeunes » ne leur semblent pas assez présents. Une inquiétude particulière émerge sur la question du harcèlement. Le renforcement de l'Education à la Santé pour les enfants et les adolescents est proposé comme levier.

Le second public mentionné est celui des personnes âgées dépendantes et leurs aidants. Les préoccupations sur la personne âgée isolée dépendante et sur les aidants en territoire rural est un réel enjeu. Pour les personnes âgées dépendantes, les facteurs de fragilité environnementale (isolement social, aidant unique, adaptation de l'habitat ...) sont mis en avant ainsi que la question du maintien et du retour à domicile. Concernant l'aidant, l'épuisement moral et physique est mis en lumière.

Les leviers évoqués pour la prévention de ces risques interviennent à divers niveaux : mieux informer les familles sur le rôle de l'aidant, les conséquences de la dépendance qui vont peser sur la vie quotidienne, les aides possibles concernant l'habitat adapté. La mise en place de formations pour les aider à mieux comprendre et appréhender les maladies neurodégénératives est un élément incontournable. La création d'équipes mobiles pour l'évaluation des situations des personnes âgées dépendantes et la conception d'accueils de jour itinérants sont aussi mentionnées. Enfin, il convient d'inclure les aides à la personne dans la réflexion du maintien au domicile.

La prévention de proximité ressort également comme un atout majeur. Des idées telles que des visites à domicile pour anticiper et prévenir les dégradations ou encore des Bus Santé de prévention qui se déplaceraient sur les territoires ruraux pourraient être envisagées. Cette proximité pourrait également être virtuelle via une plateforme d'écoute et d'orientation, pour les personnes qui rencontreraient des problèmes majeurs ou qui souhaiteraient obtenir des réponses sur des questions de santé.

Des grands enjeux de la prévention sont l'information et la communication qui sont les supports indispensables au développement de celle-ci. Il est nécessaire pour les participants de mieux informer et communiquer auprès des professionnels et de la population sur les questions de Santé. Un réseau interprofessionnels et usagers fait défaut.

Enfin, les actions en prévention doivent être mieux valorisées et soutenues. La promotion de l'activité physique adaptée et de l'éducation thérapeutique du patient ne sont pas assez valorisées. Il est nécessaire également de soutenir les campagnes existantes et de les rapprocher au plus près des populations notamment rurales. Les médecins traitants et les structures de proximité pourraient être de très bons leviers pour mieux relayer et soutenir ces campagnes tel que le don du sang etc...

La santé environnement est également mentionnée notamment sur la gestion des DASRI.

## B. Le Centre Hospitalier Régional

Les besoins qui sont mentionnés par les participants relèvent pour la majeure partie d'un Centre Hospitalier Régional.

Des consultations spécialisées avancées et des plateaux techniques permettraient de résorber en partie les problèmes soulevés sur l'absence de spécialités sur le territoire et les délais d'attente souvent trop longs, entre trois mois à un an suivant la spécialité, lorsqu'elle est présente.

Sur le plan financier, les dépassements d'honoraires sont mis en avant ainsi que la nécessité de se rendre sur le continent. Ces différents freins pouvant conduire au renoncement aux soins et également engendrer une séparation familiale.

Des discussions ont été engagées autour de la question de l'attractivité du territoire pour les médecins spécialistes et les futurs médecins.

La question des soins d'urgence de proximité est évoquée. Toutefois, les soins d'urgence avec transport n'ont pas été mentionnés directement.

## C. Les déserts médicaux

La problématique des déserts médicaux en territoire rural est la première des inquiétudes, notamment pour la prise en charge médicale. Elle interroge également la question de l'urgence médicale en territoire rural.

Cette problématique est aussi clairement reliée à celle de la mobilité pour les personnes âgées et pour les publics en difficulté. Ainsi, le besoin de mobilité se fait d'autant plus ressentir que les ressources sur le territoire sont rares, voire inexistantes.

Des inquiétudes sont récurrentes sur le vieillissement des médecins et leur remplacement, sur la disparition des médecins de campagne et du service rendu. La préoccupation des habitants est exacerbée par la difficulté à trouver des médecins le soir ou le week-end, ainsi que l'installation de nouveaux praticiens en ville et non sur un territoire rural.

Trois axes de solutions sont évoqués.

1. Le premier concerne le médecin, par exemple, en réglementant l'obligation d'exercer au moins deux ans en territoire rural en sortie d'étude, de les obliger à signaler leur départ au moins deux ans avant, et de revoir le numerus clausus. Une prime incitative pour attirer les médecins est évoquée. Il est suggéré également de donner la possibilité à des médecins étrangers, à qualité égale et parlant français, de s'installer sur le territoire.

2. Le deuxième étant de soutenir les dispositifs ou structures permettant l'exercice coordonné. Ces derniers permettent de maintenir la présence du médecin sur le territoire et peuvent développer des permanences de consultations avancées ponctuelles ne demandant pas de matériel spécifique. L'exemple des Maisons de Santé pluridisciplinaires en territoire rural est évoqué comme solution.
3. Le troisième est de favoriser des consultations à distance via la télémédecine.

En conclusion, la question de la santé en territoire rural est souvent reliée à la mobilité, au rapprochement et au renforcement des dispositifs d'exercices coordonnés.

En matière de proximité, des textes législatifs et réglementaires, dans le domaine de la santé ou de l'aménagement du territoire, mettent en avant l'intérêt de développer des actions au plus près de la population, dans son milieu de vie. La réalisation de projets de santé à un niveau très local témoigne de cette mobilisation, qui se traduit concrètement par la déclinaison territoriale de programmes régionaux de santé mis en place, ou encore dans des actions spécifiquement menées sur un territoire donné.

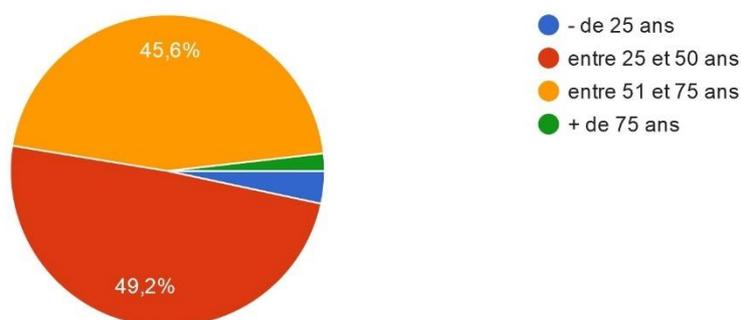
## V. Le questionnaire

Au total 780 personnes ont répondu au questionnaire. Pour la présentation, quand le choix de réponses était multiple nous avons sélectionné les réponses présentant un taux supérieur à 5% de réponses, les autres étant considérées comme non significatives.

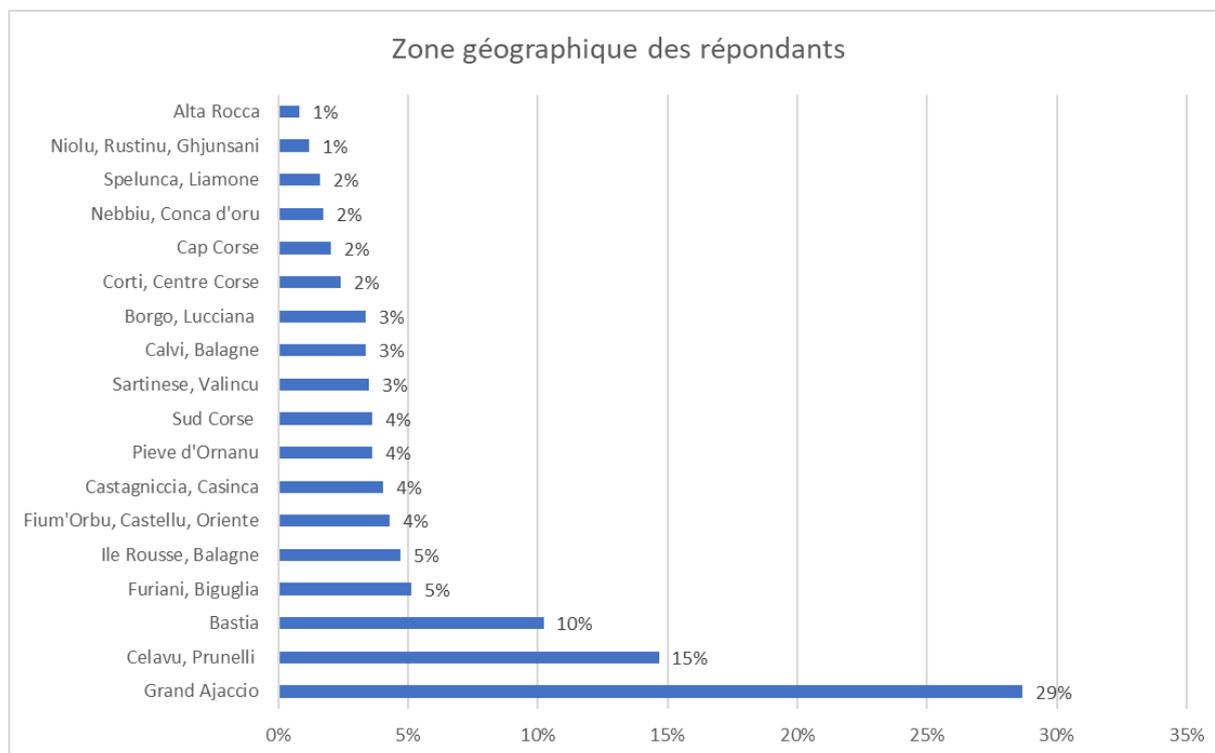
### 1) Profil des répondants

Les personnes qui ont répondu au questionnaire étaient majoritairement âgées entre 25 et 75 ans.

#### Quel âge avez-vous?



Plusieurs micro-gérgions ont été représentées dans ce questionnaire :

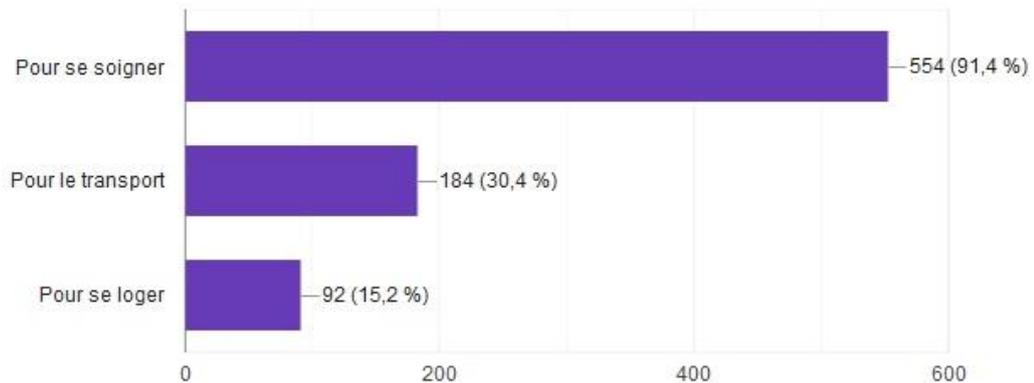


Les données non significatives n'ont pas été prises en compte.

## 2) Les informations autour de la santé

Dans le questionnaire 91.4% ont répondu avoir assez d'informations autour de leur santé pour se soigner mais signalent un manque pour le transport où 34.1% seulement déclarent avoir assez d'information. Concernant le logement 15.2% des personnes ont signalé avoir assez d'informations.

Pensez-vous avoir assez d'informations autour de votre santé :

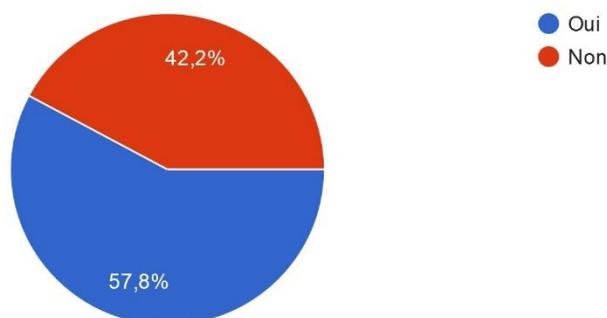


L'accès à l'information se fait majoritairement auprès du médecin traitant pour 82.6%, puis d'internet pour 43% et enfin auprès des proches 27.9%. (Les autres réponses proposées n'étaient pas significatives)

12.9% de personnes ont répondu ne pas savoir où se rendre pour se soigner.

On note aussi une méconnaissance importante des lieux de dépistages :

Connaissez-vous un endroit où il est possible de faire un dépistage (cancer du sein, diabète...)?



Au regard de ces résultats nous pouvons constater que l'accès à l'information est défaillant autant sur la santé de façon globale que sur les lieux ressources permettant d'y accéder.

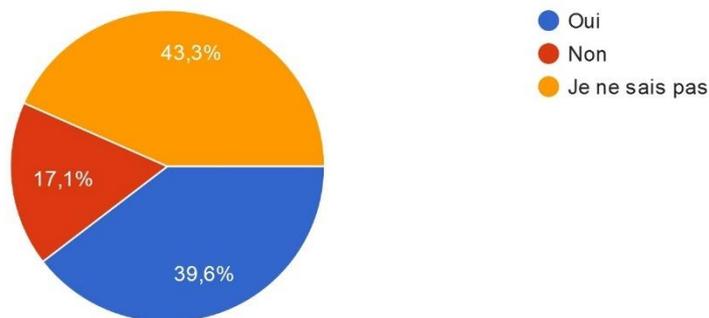
### 3) L'accès aux droits

Un tiers des personnes a signalé avoir des difficultés à obtenir des informations administratives autour de leur santé sur internet.

Concernant les motifs, les personnes n'ont pas évoqué d'autres motifs que ceux proposés bien qu'il soit possible de personnaliser les réponses. Ils ont évoqué à 89,6% la complexité de l'outil, à 15,1% la difficulté d'accès à internet et à 0,8% la barrière de la langue.

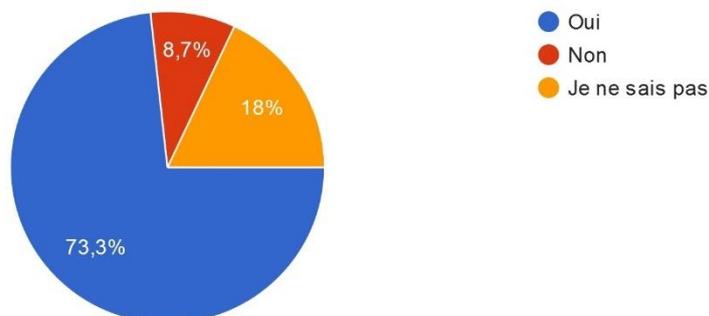
Plus de la moitié des répondants ne connaissent pas les aides pour se soigner. Une minorité de personnes interrogées a répondu qu'ils pensent qu'il n'en existe pas. 43,3% ne savent pas s'il en existe.

Selon vous, est-il possible d'obtenir des aides financières pour vous soigner?



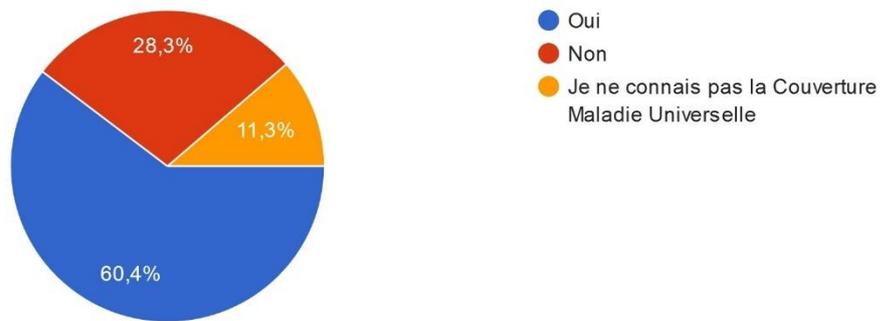
En revanche les personnes sont plus informées concernant la question des transports.

Selon vous, est-il possible de bénéficier d'un transport pris en charge pour se rendre à un examen de santé?

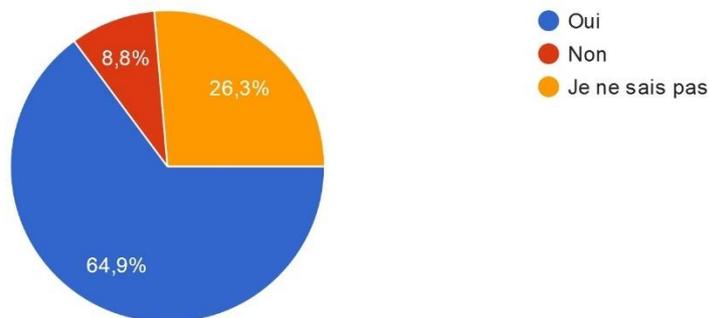


Près de 40% des répondants manquent d'informations autour de la couverture maladie universelle et 35,1% déclarent ne pas pouvoir rencontrer une assistante sociale.

### Savez-vous où l'on peut remplir un dossier pour obtenir une Couverture Maladie Universelle?



### Si vous en aviez besoin, auriez-vous la possibilité de rencontrer un assistant(e) sociale?



En dehors des transports, les aides financières pour se soigner semblent mal connues. Bien que les informations autour des droits présentent de meilleurs taux, il reste néanmoins une grande partie des répondants qui semblent être exclus de l'information.

#### 4) L'accès aux soins

34,8% des personnes ont signalé avoir renoncé aux soins au cours des deux dernières années. Les principales causes sont :

- Les délais de rendez-vous trop importants (53,2%)
- Les frais, le coût des soins (48,6%)
- Le manque de spécialiste à proximité (41,4%)
- Le manque de temps (30,2%)
- Le manque de généraliste à proximité (8,6%)

93,1% déclarent disposer d'un généraliste à proximité de leur lieu d'habitation, mais il reste difficile pour 31,5% d'entre eux de le consulter rapidement.

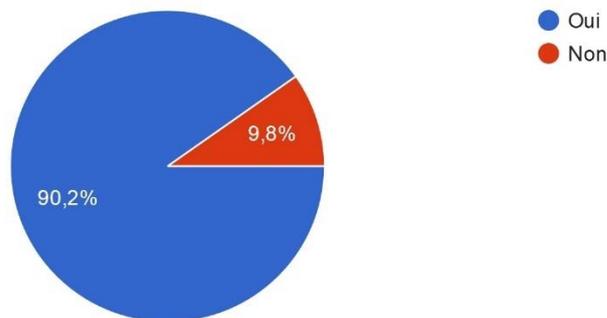
Les taux sont moins bons concernant les spécialités, avec 37,2% des personnes qui n'ont pas de spécialistes à proximité et 82,2% qui ne peuvent pas les consulter rapidement.

44,7% des répondants ont déclaré avoir dû se rendre sur le continent pour des soins pour eux même ou pour un proche dans l'année.

61,7% n'ont pas eu de prise en charge pour un accompagnant alors que 49,2% pensaient que cela aurait été nécessaire au regard de l'état du patient.

Enfin, quasiment la totalité des répondants déclarent qu'ils souhaiteraient se faire soigner sur place s'ils en avaient la possibilité.

Si tous les équipements et spécialités étaient présents sur place, vous feriez vous soigner dans notre région?



Les réponses au questionnaire confortent les problématiques mises en avant lors des différents ateliers menés avec les habitants et confirment les hypothèses sous-jacentes à sa construction concernant l'accès aux droits, aux soins et à l'information avec de nombreuses disparités territoriales.

## VI. Conclusion

Le présent document permet d'avoir une photographie du ressenti de la population Corse en matière de Santé. Il n'est pas exhaustif et se veut être un document qualitatif et subjectif. Il ne constitue pas une analyse sociologique approfondie du territoire. Il doit être considéré comme la première ébauche d'un travail qui a vocation à être complété et enrichi par les productions des ateliers menés dans le cadre des Assises.

L'objectif de celui-ci est d'être croisé avec les approches professionnelles qui se veulent complémentaires afin d'apporter aux territoires une réponse plus adaptée aux besoins et aux attentes de chacun, en articulant les ressources existantes et celles à mettre en place.

Ce document permettra de mettre en adéquation les différents regards et alimentera la rédaction des fiches actions qui seront la déclinaison d'un plan d'actions efficient en matière de santé sur la région.

## VII. Annexes

### A. Références des documents utilisés :

**Vous trouverez dans cette partie une revue des méthodes et outils utilisés sur les territoires :**

Méthodes participatives utilisées	Les territoires
Ateliers de l'avenir	CLS Bastia
	CLS Ghisonaccia
	CLS Porto-Vecchio
	BALAGNE : CLS Ile-Rousse
World Café	CLS / CLSM Bastia
	CLS Ghisonaccia
	CLS Porto-Vecchio
	BALAGNE : CLS CC5P + CLS Calvi
	CLS / CLSM Ajaccio
	CLS Sartène
	Ateliers réalisés dans le cadre de la CRESS <ul style="list-style-type: none"> <li>• Taravu-Vallincu-Sartinese</li> <li>• Grand Ajaccio / CAPA</li> <li>• Ouest Corse</li> <li>• Extrême sud</li> <li>• Balagne</li> <li>• CAB Bastia</li> <li>• Centre Corse</li> <li>• Gravona</li> </ul>
AUTRES :	CLS Bastia (Plateforme jeunes)

### B. Bibliographie

**Liste non exhaustive des documents qui ont servi à l'élaboration des différents travaux de l'IREPS :**

**Etude auprès des syndicats de la vie étudiante, de l'association Aiatu Studentinu sur la vie des étudiants de l'université de Corse.** IREPS Corse. Mars 2019

**Projet régional de santé de la Corse.** ARS Corse 2018-2023

>> <https://www.corse.ars.sante.fr/lars-publie-son-projet-regional-de-sante-prs>

**Projet régional de santé de la Corse.** ARS Corse 2012-2016

**Stratégie nationale de santé 2018-2022,** Ministère des solidarités et de la santé, 2017

>> [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier\\_sns\\_2017\\_vdef.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf)

**Les parcours de santé. Quelle réalité dans les territoires ?** Bloch Marie-Aline, Ertul Servet, Delorme Adrien (et al.). Paris : Fabrique Territoires Santé, 2018, 236 p.

>> [https://www.fabrique-territoires-sante.org/sites/default/files/actes\\_lyon\\_2017\\_-\\_numerique.pdf](https://www.fabrique-territoires-sante.org/sites/default/files/actes_lyon_2017_-_numerique.pdf)

**Approches territoriales en santé publique : des politiques pour la santé dans les territoires.**

**Dossier documentaire.** Echard-Bezault Pascale. Laxou : SFSP, 2018

>> <http://www.sfsp.fr/content-page/111-dossiers-documentaires/3108-approchesterritoriales-en-sante-publique>

**La démocratie en santé, en question(s)**

Karine Lefevre, Roland Ollivier, Olivia Gross. Presses de l'EHESP, 2018, 138 p.

**Promouvoir la participation sociale des personnes âgées. Dossier.**

Soleymani Dagmar, Berrut Gilles, Campeon Arnaud. La santé en action 2018 ; 443 : 8-43

>> <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-action-443.pdf>

**Evaluation de l'implantation d'un modèle de concertation local en santé et services sociaux**

Roy Mathieu, Pinsonneault Linda, Clapperton Irma, Sifa Marie-Louise, Breton Mylaine. Santé publique 2018 ; 30(2) : 203

**Santé mentale et politique de la ville : enjeux et leviers.** Lille : Centre national de ressources et d'appui aux Conseils locaux de santé mentale, 2018, 26 p.

>> [http://clsm-ccoms.org/wp-content/uploads/2017/12/20171109\\_Synth%C3%A8serencontre-Sant%C3%A9-mentale-et-politique-de-la-ville.pdf](http://clsm-ccoms.org/wp-content/uploads/2017/12/20171109_Synth%C3%A8serencontre-Sant%C3%A9-mentale-et-politique-de-la-ville.pdf)

**Intervenir localement en promotion de la santé. Les enseignements de l'expérience du pays de Redon-Bretagne sud : Sept fiches pour accompagner le renforcement des capacités d'action en faveur de la santé et du bien-être de la population**

Breton, Éric, Ferron, Christine. Presses de l'EHESP, 2017, 187 p.

**La promotion de la santé. Comprendre pour agir dans le monde francophone.** Breton Eric, Jabot Françoise, Pommier Jeanine (et al.). Rennes : Presses de l'EHESP, 2017, 536 p.

**Agir sur la santé des populations les plus vulnérables. Territoires, déterminants sociaux et leviers de mobilisation.** Joubert Michel. Saint-Denis : Profession banlieue, 2017-11, 127 p.

**Les contrats locaux de santé : un (timide) pas de plus vers une construction locale de la santé ?**

Sébastien Fleuret. Sciences sociales et santé 2016 ; 34(2) : 107-15

>> <http://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2016-2-page-107.htm>

**Santé et territoires : des soins de proximité aux risques environnementaux**

Marcel Calvez. Collection : Espace et Territoires. Presses Universitaires de Rennes. 2016, 200 p.

**Mettre en œuvre un projet de parcours en psychiatrie et santé mentale. Méthodes et outils pour les territoires.** Martinez Corinne, Prout Elise, Servant Benoît. Paris : ANAP, 2016, 40 p.

>> <http://www.anap.fr/publications-et-outils/publications/detail/actualites/mettre-enoeuvre-un-projet-de-parcours-en-psychiatrie-et-sante-mentale-methodes-et-outils-pour-lesterritoires/>

**Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Titre 1<sup>er</sup> Renforcer la prévention et la promotion de la santé**

>> [https://www.legifrance.gouv.fr/jo\\_pdf.do?id=JORFTEXT000031912641](https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000031912641)

**Pour inclure la santé-environnement dans les projets territoriaux de développement durable. Un levier pour mobiliser et favoriser les changements de comportements.** Dijon : Alterre Bourgogne Franche-Comté, 2016, 6 p.

>> [https://www.alterrebourgognefranchecomte.org/depot\\_alterrebourgogne/depot\\_arko/basesdoc/4/252689/consulter-le-document.pdf](https://www.alterrebourgognefranchecomte.org/depot_alterrebourgogne/depot_arko/basesdoc/4/252689/consulter-le-document.pdf)

**Regards citoyens.** IREPS Corse. Décembre 2015.

**Séminaire d'échanges entre acteurs "Partageons nos expériences pour agir sur les inégalités sociales de santé".** Ferron Christine, Bantuelle Martine, Ruiz Charlotte, et al.. Laxou : SFSP, 2015, 73 p.

>> <http://www.sfsp.fr/activites/file/Actes-seminaire-ISS.pdf>

**Education, santé et territoires. Un dispositif participatif visant la professionnalisation des acteurs**

Pizon Franck, Kempf Cédric, Jourdan Matthieu (et al.). Education, Santé, Société 2015 ; 1(2) : 231-41

>> <https://books.google.fr/books?id=Cy6yCAAQBAJ&lpg=PP1&hl=fr&pg=PP1&output=embed>

**Territoires fragilisés : quelles stratégies pour la santé des populations ? Dossier**

Echard-Bezault Pascale, Auclair Alexandra, Ginot Luc (et al.). La Santé en action 2014 ; 428 : 6-43

>> <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-action-428.pdf>

**L'expression de la démocratie sanitaire dans les CLS, une forme de consultation privilégiée à la création des conditions d'une véritable participation des usagers.**

In : Les conditions d'élaboration des CLS : une approche de la performance en santé publique. Recherche-action [Mémoire en3S]. Alaux Ludovic, Eyrat Cyrielle, Poiraudeau Gérald, Renault Amandine et al. Saint-Etienne : Ecole nationale supérieure de Sécurité sociale, 2013, pp. 98-104

>> <http://www.en3s.fr/articles-regards/reac/CONTRAT.pdf>

**Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Intérêts d'une approche locale et transversale**  
Saint-Denis : INPES, Elus, Santé Publique & Territoires, Réseau français des Villes-Santé de l'Organisation mondiale de la santé, 2013, 12 p.

>> <http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/ISS/pdf/brochure-elus.pdf>

**La démarche communautaire en santé : ici et ailleurs.**

Institut Théophraste Renaudot, 2013, 91 p.

**Carte de la santé et de ses déterminants.** In : Pigeon Marjolaine. **La santé et ses déterminants : mieux comprendre pour mieux agir.** Montréal : Ministère de la santé et des services sociaux –Direction des communications, 2012, p. 7

>> <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-202-06.pdf>

**Quand la promotion de la santé parle de participation**

Vergniory, Sonia. IREPS Bretagne, 2011, 29 p + 1 mémento de 4 p.

**Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009** portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

>> [https://www.legifrance.gouv.fr/jo\\_pdf.do?id=JORFTEXT000020879475](https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000020879475)

**Inégalités sociales de santé : des déterminants multiples.** Moquet Marie-José. La santé de l'homme 2008 ; 397 : 17-19

>> <http://inpes.santepubliquefrance.fr/slh/articles/397/02.htm>

## C. Sigles

ALD : Affection de Longue Durée

CC5P : Communauté de Communes des Cinq Pieve

CHR : Centre Hospitalier Régional

CLS : Contrat Local de Santé

CLSM : Conseil Local en Santé Mentale

CRESS : Conférence Régionale de l'Economie Sociale et Solidaire

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DASRI : Déchets d'Activités de Soins à Risque Infectieux

PETR : Pôle d'Equilibre Territoriale et rural

PRS : Projet Régional de Santé

REP : Régiment Etranger de Parachutistes

**Premières Assises Territoriales de la Santé  
Collectivité de Corse**

# **COMMENT LA COLLECTIVITE DE CORSE PEUT ELLE INTERVENIR DANS L'OFFRE DE SOINS ?**

**5 JUILLET 2019**

**Dr Richard LOPEZ**  
Président de la Fabrique des Centres de Santé

---

# Systeme ambulatoire: une évolution structurelle

- **Des besoins médicaux différents**

- **Transition épidémiologique ou sanitaire** : les 3 « âges » selon Abdel OMRAN en 1971: 1/ fléaux-maladies infectieuses, 2/ maladies chroniques, 3/ dégénératives et sociétales (on parlera plutôt aujourd'hui de **Transition Sanitaire**, pour FRENK en 1991).
- **Une formation de base en pratique d'équipe** La formation hospitalière s'appuie sur un exercice en équipe pluriprofessionnelle, en rupture totale avec la pratique libérale;
- **Un mode de rémunération à l'acte sclérosé**: constitue un frein à l'évolution de la prise en charge de populations et de pathologies complexes et chroniques, ne permet pas à la société de garantir la prise en charge des dépenses de santé: CNAM=payeur aveugle

- **Des professionnels différents**

- **Une forte féminisation** : 65 % des nouveaux inscrits à l'Ordre et 80 % des inscrits en 2<sup>ème</sup> année de faculté de médecine,
- **Une population qui vieillit** : 32 % a plus de 65 ans et 47% plus de 60 ans, donc
- **Un nombre de médecins en activité qui baisse** de 78% à 68% des inscrits.
- **Un nombre de généraliste en baisse**, inférieur depuis 2017 aux spécialistes.

# Une pratique ambulatoire en évolution

- **Une évolution du projet professionnel**
  - *un exercice en structure d'exercice regroupé et coordonné qui transpose à l'activité ambulatoire l'organisation d'équipe apprise à l'hôpital*
  - *un exercice qui allie soins, prévention, santé publique, accueil social qui respecte l'unicité de l'humain, dans une dimension médico-psycho-sociale*
  - *Qui ne contraint plus le médecin à se transformer en entrepreneur,*
- **Remise en cause de l'exercice libéral.**
  - *1/3 des médecins remplaçants refuseraient de s'installer à cause de la surcharge de travail et/ou de la complexité des tâches administratives et de la gestion du cabinet.*
  - **Étude IRDES 2009** : *la gestion du cabinet représente en moyenne 23% du temps de travail des médecins généralistes, soit entre 11,96 et 13,8 heures par semaine.*

# Une pratique ambulatoire en évolution

- **Une évolution du projet de vie** *70% des étudiant-e-s en médecine citent la qualité de vie comme source de motivation pour leur avenir et recherchent*
  - **Une activité respectueuse du temps privé**, qui ne contraint plus les médecins à une activité de 60h ou plus par semaine et permette de structurer et organiser à l'avance le temps de travail
  - **Qui prenne en compte l'évolution des modes de vie** une aspiration à une stabilité financière, permise par un salaire, avec une couverture sociale digne de ce nom, avec une formation professionnelle intégrée à un métier
  - **Qui soit compatible avec la vie des familles** leur permettant une mobilité géographique interdite par l'ancrage de « l'installation »
  - **Qui ne priorise pas la rémunération**, celle-ci n'est plus un élément décisif et peut être salariée ou mixte (libérale et salariée)

Cette prise en charge **moderne** de la santé des gens et **respectueuse** des populations et des professionnels  
c'est le **Centre de Santé**

- **Théorisation en 1932 par le Dr Robert-Henri Hazemann,**
- **proposé en 1944 par le Pr Robert DEBRE**
  - *« Le Centre de santé : organisme de base de défense de la santé publique »*
  - *La santé un état de bien être social : une politique publique audacieuse et globale*
  - *De la clinique mais aussi de l'épidémiologie: usage des statistiques début de « l'EBM »*
  - *Une nécessaire pluridisciplinarité: Equipes soignantes et sociales*
  - *Une politique territoriale: La médecine ne se fait pas à distance mais au contact des populations; les dispensaires sont dans les quartiers populaires,*
  - *Le médecin a une responsabilité sociale; le service public participe du contrat social, sans relation de charité*
  - *Le dispensaire structure polyvalente et médico-technique qui intègre radio, la biologie, la dentisterie, des spécialités comme l'ORL (ravages de la diphtérie),*
  - *Une place importante de la prévention, de la vaccination et de l'éducation à la santé*
  - *Structure de premier recours articulée avec les hôpitaux,*
  - *La santé, partie intégrante des politiques sociales et environnementale; promotion des espaces verts, des bains douches, des lavoirs, des arrivées d'eau et des égouts...*

**Art. L 6323-1 du CSP:** Outre les missions obligatoires et traditionnelles des centres de santé inscrites dans le CSP depuis leur apparition le 4 mars 2002, soins de premier recours, accès sociale et tiers payant, depuis l'Ordonnance de janvier 2018 les décret et arrêté de février 2018, ils peuvent **de façon optionnelle** :

- Pratiquer des **soins de second recours**
- Des action **d'Education thérapeutique des patients**
- Pratiquer des **IVG médicamenteuses et/ou instrumentales**
- Soumettre des **protocoles de coopération**
- **Contractualiser avec les ARS** pour des missions spécifiques sur la qualité et la coordination des soins
- Constituer des **lieux de stages**
- **Porter des Antennes**, pas plus de 20h par semaine et être à moins d'une demi heure du centre principal
- Par convention avec une faculté et l'ARS, être **centre de santé Universitaire**

# Implication sur le territoire

- L'offre des CDS articule pour 54% d'entre eux **prévention et soins** avec des **actions de santé publique** décidées par les gestionnaires/élus, (Axes des PRS: Publics précaires, personnes âgées, jeunes, femmes, HBD, souffrance psychique...), avec des **financements ARS**.
- Les centres de santé « piliers majeurs » des **politiques locales dynamiques en santé publique** :
  - Référents des CLS, volet santé de la Politique de la Ville
  - Supports importants des actions de santé publique financées par l'ARS, l'Etat dans les communes en Politique de la Ville, les Départements pour leurs missions relevant de leurs compétences
  - Support des actions déconcentrées de l'Etat et des départements (CLAT, CV, CeGIDD, CSAPA, PMI, CPEF...)

# Quel avenir de l'ambulatoire ?

- **Le constat est clair, le dispositif actuel de premier recours est à bout de souffle. Il ne répond aux attentes ni des professionnels ni des collectivités locales ni aux évolutions démographiques et épidémiologiques de la population.** La Loi HPST de juillet 2009 définissait une nouvelle organisation de l'ambulatoire qui est celle des centres de santé avec des professionnels libéraux : les MSP
- Fondée traditionnellement sur le **paiement exclusif à l'acte**, dans le « **colloque singulier** », avec une **pratique individuelle** de la médecine, qui **excluait tout contrôle de son contenu et de sa qualité**
- L'avènement d'une **nouvelle pratique de l'ambulatoire** va de paire avec une **refonte de sa rémunération**, donnant une place à la **rémunération d'équipe**, à la rémunération **populationnelle** et de la **qualité**, au détriment de la quantité, du paiement à l'acte.

# Quel avenir pour les centres de santé ?

- Les centres de santé ont désormais un **financement qui correspond à leurs pratiques et à leur histoire mais également qui leur permet enfin l'équilibre économique**, après le nouvel Accord National de 2015 et le premier avenant de 2017, signés avec la CNAM,

## Ils peuvent désormais être plus sereinement un appui important à la modernisation de l'ambulatoire

- Porteurs des **PASS** pour l'accès aux soins et aux droits des plus précaires
- Porteurs du **Tiers payant intégral** avec « **tpcomplementaire** », plateforme AMC
- Porteurs des 1<sup>ères</sup> **Infirmières en Pratique Avancée** désormais entrées dans la loi
- Porteurs des 1<sup>ères</sup> bases de **Télé médecine** avec la coopération ville-hôpital sur la rétinographie en partenariat avec un réseau de l'AP-HP (OPHDIAT) dès 2004
- Porteurs en 2016 des nouvelles bases de **Téléconsultation** avec les centres de santé dans les vallées des Vosges
- Porteurs des **consultations avancées** de spécialistes mis à dispositions par l'hôpital public favorisant les parcours de soins des patients entre ville et hôpital
- Ils sont en pointe sur les nouveaux modes de financement (LFSS 2018) détaché du paiement à l'acte et substituant une **rémunération forfaitaire globale**.

# L'avenir de l'ambulatoire

- Les centres de santé ont été historiquement un lieu de soins ouverts à tous
- Leur pratique ancrée dans la réalité de leur époque a démontré leur modernité
- Ils sont le creuset d'une organisation adaptée à l'évolution de la société et aux pratiques modernes d'exercice de la médecine du XXI<sup>ème</sup> siècle
- Leur création, leur maintien et leur développement répondent toujours aux besoins des populations et de leurs territoires
- Ils sont désormais mis en avant dans les plans (Touraine et Buzyn) pour l'accès aux soins dans les territoires



<b>FICHE ACTION 10</b> <b>Construction d'une trajectoire vers un CHRU</b>	
<b>Objectif : Constitution et installation d'un Comité de pilotage</b>	
<b>Objectifs opérationnels</b>	Elaboration du projet d'établissement du futur CHRU.
<b>Rappel du contexte / Constats</b>	<p>Eléments repris de la présentation du Dr METAIS.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Une activité de 133 562 séjours</li> <li>• Une perte vers le continent d'environ 20 000 séjours</li> <li>• Sur une population de 339 178 personnes (soit cinq fois moins que la Sardaigne, soit moins que les 14ème et 15ème arrondissements de Paris, ou l'équivalent d'Aix en Provence)</li> <li>• Avec un vieillissement considérable (+14% de pers de 65 ans et plus (10% continent) et une croissance des plus de 65 de 1,9% par an (1,5% continent))</li> <li>• En 2050 un insulaire sur 6 aura moins de 20 ans (1/4 continent)</li> <li>• Un déficit chronique des hôpitaux corses qui au regard de la tarification ne peut que perdurer</li> </ul>
<b>Modalités d'actions</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Création et installation d'un comité de pilotage Présidé par PCE ou représentant.</li> <li>2. Procédure d'appel d'offre de prestation de service en vue d'une AMO</li> <li>3. AMO attributaire organiser les groupes de travail en vue élaboration projet d'établissement</li> <li>4. Invitations de l'ensemble des personnels hospitaliers à collaborer dans les différents groupes de travail en vue de l'hôpital de demain.</li> <li>5. Associer Université de Corse</li> <li>6. Associer le collectif pro-CHU aux groupes</li> <li>7. Associer le CESEC aux groupes</li> <li>8. Ne pas associer ni ARS ni CRSA : ces instances seront consultées une fois le projet d'établissement achevé.</li> <li>9. Campagne de promotion sur tous les médias du futur CHRU de Corse sur la base du projet d'établissement.</li> </ol> <p><b>Durée estimative de l'action : 24 à 36 mois.</b></p>
<b>Territoire</b>	A Corsica
<b>Porteur de l'action</b>	La Collectivité de Corse
<b>Action existante ou nouvelle</b>	Action nouvelle



1<sup>me</sup>  
ASSISE  
TERRITORIALE  
DI A SALUTE  
ASSISES TERRITORIALES  
DE LA SANTÉ



Fiches Actions

## Table des matières

<b>Préambule.....</b>	<b>3</b>
<b>Le calendrier des ateliers .....</b>	<b>4</b>
<b>1. Atelier : Attractivité des métiers d'aides à la personne en milieu rural .....</b>	<b>5</b>
<b>2. Atelier : Repérage des fragilités chez les personnes âgées.....</b>	<b>11</b>
<b>3. Atelier : Attractivité du territoire pour les professionnels de Santé .....</b>	<b>16</b>
<b>4. Atelier : Conduites addictives : le risque des écrans .....</b>	<b>22</b>
<b>5. Atelier : Conduites addictives chez les adolescents .....</b>	<b>29</b>
<b>6. Atelier : Santé, soins de supports et de bien-être .....</b>	<b>33</b>
<b>7. Atelier : Construction d'une trajectoire vers un CHRU.....</b>	<b>36</b>
<b>8. Atelier : Dépistage et prise en charge du handicap .....</b>	<b>39</b>
<b>9. Atelier : Etudes supérieures et enseignement.....</b>	<b>46</b>



## Préambule

Les premières Assises Territoriales de la Santé, organisées les 5 et 6 juillet 2019 à Corte par la Collectivité de Corse, ont été l'une des principales rencontres régionales en matière de santé.

Le programme de ces deux journées, composé de séances plénières et d'ateliers interactifs, a permis d'aborder un large panel de thématiques liées à la santé en Corse.

Les 11 ateliers autour de l'offre de soin et de prévention organisés lors de ces journées ont permis de mettre en lumière les forces et faiblesses des micro-territoires et d'envisager des pistes de réflexions et d'actions.

Grâce aux nombreux partenaires présents et à la qualité des échanges, une multitude d'informations ont été recueillies permettant de dresser un riche état des lieux.

Sur cette base, la Collectivité de Corse en partenariat avec l'IREPS, a souhaité poursuivre la démarche à travers l'animation de groupes de travail dont les thématiques issues des Assises Territoriales de la Santé sont les suivantes :

- Attractivité des métiers d'aides à la personne en milieu rural
- Repérage des fragilités chez les personnes âgées
- Attractivité du territoire pour les professionnels de Santé
- Conduites addictives : le risque des écrans
- Conduites addictives chez les adolescents
- Santé, soins de supports et de bien-être
- Construction d'une trajectoire vers un CHRU
- Dépistage et prise en charge du handicap
- Etudes supérieures et enseignement

Neuf réunions régionales ont alors été organisées et animées par l'IREPS entre le 13 novembre 2019 et le 27 février 2020,

Pour gagner en efficacité, les groupes ont réuni moins de dix participants sélectionnés parmi les experts locaux.

Pour faciliter l'adhésion et la participation de tous, les rencontres ont été organisées pour la plupart en visioconférences entre Ajaccio et Bastia avec un animateur et un rédacteur sur chaque site.

Chaque groupe de travail s'est réuni au moins une fois (à l'exception du groupe Etudes supérieures et enseignement en médecine) dont les restitutions ont permis de fixer des objectifs opérationnels et des perspectives d'actions déclinées, ci-après, pour chacun des thèmes.

## Le calendrier des ateliers

Date		Intitulé de l'atelier	Lieu
13-nov	9h00	Repérage des fragilités chez les personnes âgées	Bastia Coupole Pas de visio
14-nov	9h00	Attractivité du territoire pour les professionnels de santé (1 <sup>er</sup> atelier)	En visio Ajaccio Palais Lantivy/ Bastia Villa Ker Maria
	14h00	Santé soins de support et de bien être	En visio Ajaccio Palais Lantivy/ Bastia Villa Ker Maria
20-nov	14h00	Construction d'une trajectoire vers un CHRU	URPS-ML Ajaccio et Bastia
28-nov	14h00	Attractivité des métiers d'aides à la personne en milieu rural (1 <sup>er</sup> atelier)	Balagne CIAS Ile Rousse
29-nov	9h00	Conduites addictives chez les adolescents	En visio Ajaccio-DISS En visio Bastia-Fango-4 <sup>ème</sup>
	14h00	Conduites addictives : le risque des écrans (enfants et adolescents)	En visio Ajaccio-DISS En visio Bastia-Fango-4 <sup>ème</sup>
8- jan	10h00	Dépistage et prise en charge du handicap	En visio Ajaccio-DISS En visio Bastia-Fango-4 <sup>ème</sup>
29-janv	10h00	Attractivité des métiers d'aides à la personne en milieu rural (2 <sup>ème</sup> atelier)	Locaux de l'IREPS à Ajaccio
27-fév	14h00	Attractivité du territoire pour les professionnels de santé (2 <sup>ème</sup> atelier)	En visio URPS-ML Ajaccio et Bastia

## 1. Atelier : Attractivité des métiers d'aides à la personne en milieu rural

### A. Atelier Ile Rousse

Listing des invités et des participants

**Fiche Action 1 : Prévention chez les personnes âgées : attractivité du territoire**

### B. Atelier Ajaccio

Listing des invités et des participants

**Fiche Action 2 : Campagne de communication**

a) *Atelier Ile Rousse*

Listing des invités et des participants

STRUCTURE	NOM	PRENOM	MAIL	Présents
CDC	Dr. ARRIGHI	Dominique	dominique.arrighi@isula.corsica	x
CDC	CARLOTTI	Nicole	nicole.carlotti@isula.corsica	x
ADMR	GAIAT	Sonia	sonia.gaiat@admr2b.org	x
ESA ADMR	NOVO	Christelle	christelle.novo@admr.2b	x
SAAD	ABADIE	Cécile	saad@cias5p.fr	X
SAAD	AMADEI	Vanina	asclepioscorce@gmail.com serena.guerrini2b@gmail.com	X
CDC	DURASTANTI	Emilie	emilie.durastanti@isula.corsica	X
CIAS TRB	LE DREF	Céline	direction@cias5p.fr	X
BIEN VIELLIR	GIORGI	Stéphanie	stephanie.giorgi@isula.com	x
CIAS	SALDUCCI	Anne		x
AMAPA	ALBERTINI	Vanina	vanina.albertini@amapa.fr	
ADMR	PEPOUL	Hélène	helene.lepoul@admr2b.org	
	SIMON	Jean	simonjean.cap@orange.fr	
AMAPA	LIMALERA	Nathalie	nathalie.limalera@amapa.fr	
AMAPA	LIMALORA	Nathalie	nathalie.magny@admr2b.org	
ARS	OTTAVI	Santa	santa.ottavi@ars.sante.fr	

## FICHE ACTION 1

### Prévention chez les personnes âgées : attractivité du territoire

**Objectif : Rendre attractif les territoires ruraux notamment pour les professionnels du social ou médico-social**

<p><b>Objectifs opérationnels</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Renforcer la présence des professionnels de l'aide à la personne dans les territoires ruraux</b></li> </ul>
<p><b>Rappel des constats / contexte</b></p>	<p>Le développement de l'aide à la personne est difficile notamment en territoire rural à cause d'une perception négative de ce service ayant pour réputation un travail pénible et peu rémunéré même si ces facteurs seuls n'expliquent pas le manque d'engouement vers ce métier.</p> <p>Les aides à domicile sont considérées comme « Femme de ménage » et perçues comme un « droit au ménage » pourtant elles permettent de sortir les personnes de l'isolement et de faire remonter de nombreux éléments pour faciliter le maintien à domicile. Parfois même certains salariés vont trop loin dans leur démarche d'aide car ils acceptent « trop de choses ».</p> <p>Les personnes se dirigeant sur ce métier ne le font pas toujours par vocation mais pour des raisons alimentaires et ne sont pas toujours préparées à la dure réalité de cet emploi. Bien que des formations existent, elles sont perçues comme compliquées car centrées sur les grandes villes posant des problématiques de déplacements pour les personnes excentrées.</p> <p>L'ensemble de ces conditions engendre un déficit et un turn-over important des aides à domicile malgré un besoin croissant car le vieillissement de la population augmente.</p>
<p><b>Modalités d'actions</b></p>	<p>Deux propositions d'actions qui se complètent :</p> <p>1) La première action est de mieux communiquer, de travailler sur les représentations et de valoriser le métier d'aide à la personne.</p> <p>L'objectif serait d'arriver à donner une image positive du métier d'aide à la personne. Pour cela plusieurs types d'actions pourraient être envisagées :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Des assises régionales sous forme de tables rondes pourraient être organisées une fois par an. Des spécialistes et des bénéficiaires interviendraient pour partager leurs expériences positives et répondre aux questions. Pour s'assurer de la réussite d'un tel évènement il est nécessaire de tisser au préalable un partenariat avec les organismes de formation (ID formation, ...), les structures d'insertion (pôle emploi, cap emploi, ...) les établissements scolaires (lycées) et dispositifs pour les jeunes (Missions locales, Ecole de la Seconde Chance, ...) pour susciter des vocations.</li> <li>- Réaliser une grande campagne de communication à travers des reportages et des clips en montrant et valorisant ce métier et en axant sur le contact social et le service rendu aux personnes.</li> <li>- Informer sur l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), aussi bien le personnel que les usagers, pour que ce service soit utilisé conformément aux dispositions prévues ; un accompagnement à domicile et pas</li> </ul>

	<p>uniquement un service de ménage chez les particuliers. L'APA doit être systématiquement évoquée par le contrôleur pour recadrer l'intervention des professionnels à domicile et pour éviter toute dérive par le bénéficiaire.</p> <p>2) La deuxième action envisageable est de faciliter l'accès à la formation :</p> <p>L'objectif est de proposer sur chacun des grands bassins de vie les formations existantes ou à développer. Ces formations devront intégrer les professionnels du réseau du « Bien vieillir » (Réseau rivage, PAERPA, ...) et un volet sur les limites et le positionnement à avoir avec les bénéficiaires.</p>
<b>Population cible</b>	<p>Aides à domicile Services d'aide et d'accompagnement à domicile Les bénéficiaires de l'APA</p>
<b>Territoire</b>	Région
<b>Porteur de l'action</b>	Collectivité de Corse
<b>Partenaires à mobiliser</b>	Pôle emploi, dispositifs pour les jeunes en insertion, les entreprises d'insertion, les centres de formation, établissements scolaires, les collectivités
<b>Action existante ou nouvelle</b>	Nouvelle
<b>Moyens mobilisables ou à mobiliser</b>	Les médias

*b) Atelier Ajaccio*

Listing des invités et des participants

STRUCTURE	NOM	PRENOM	MAIL	Inscrits / Participants
ADMR2A	FAVA	Michèle	mfava@fede2a.admr.org	x
ADMR2A	BONELLI	Nathalie	nbonelli@fede2a.admr.org	x
ADMR2A	RIGAUT	Pascal	prigaut@fede2a.admr.org	x
CDC	PINELLI	Stéphane	Stéphane.pinelli@isula.corsica	x

## FICHE ACTION 2

### Campagne de communication

**Objectif : Promouvoir les métiers d'aide à domicile**

<b>Objectifs opérationnels</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réaliser un travail de communication partenarial</li> <li>- Proposer des reportages sur ces métiers</li> </ul>
<b>Rappel des constats /contexte</b>	<p>Les métiers d'aide à domicile sont perçus comme difficiles et souffrent d'une image dégradée. Les structures d'aide à domicile ont des difficultés à recruter du personnel et connaissent un turn-over important.</p> <p>Au niveau des Aides-Soignants (AS) même constat. D'ailleurs les besoins de recrutement concernant les personnels Aides-Soignants sont estimés à 250 en 2020.</p> <p>En milieu rural ce constat est accentué.</p>
<b>Modalités d'actions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réaliser la promotion des métiers d'aide à domicile</li> <li>- Proposer un travail partenarial entre l'ARACT, la CRESS et la CDC afin d'organiser des évènements de promotion de ces métiers.</li> <li>- Mobilier les partenaires de <i>Corsica Orientazione</i> pour mettre en avant ces métiers.</li> <li>- Réaliser un travail avec les Missions locales.</li> <li>- organiser une réunion ARACT CRESS CDC</li> <li>- réaliser un plan d'actions</li> <li>- Proposer des reportages et des émissions pour promouvoir ces métiers</li> </ul>
<b>Population cible</b>	<p>Les jeunes</p> <p>Les demandeurs d'emploi</p>
<b>Territoire</b>	Région
<b>Porteur de l'action</b>	Collectivité de Corse
<b>Partenaires à mobiliser</b>	CRESS, ARACT, CDC, Missions locales
<b>Action existante ou nouvelle</b>	Nouvelle

## 2. Atelier : Repérage des fragilités chez les personnes âgées

Listing des invités et des participants

**Fiche Action 3 : Repérage des fragilités chez les personnes âgées**

Listing des invités et des participants

STRUCTURE	NOM	PRENOM	MAIL	INSCRITS/ PARTICIPANTS
CDC	DURASTANTI	Emilie	emilie.durastanti@isula.corsica	x
CHB	Dr. PANCRAZI	Marie-Pierre	marie-pierre.pancrazi@ch-bastia.fr	x
CDC	Dr. ARRIGHI	Dominique	dominique.arrighi@isula.corsica	x
ARS Corse	COLONNA	Audrey	audrey.colonna@ars.sante.fr	
URPS Infirmier	VINCIGUERRA	Sandra	sandra.vinci@wanadoo.fr	
ARS Corse	OTTAVY	Santa	santa.ottavi@ars.sante.fr	
CDC	CIANELLI	Marie	marie.cianelli@isula.corsica	x

### FICHE ACTION 3

## Repérage des fragilités chez les personnes âgées

**Objectif : Anticiper le risque et la dégradation de la perte d'autonomie de la personne âgée (prévention)**

<p><b>Objectifs opérationnels</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre en place avec l'appui des communes un dispositif de veille et d'alerte permettant d'identifier de nouvelles situations à risque et structurer une gradation précoce (Réseau « Sentinelles de Santé »).</li> <li>- Sensibiliser les professionnels (services) intervenants aux domiciles aux recommandations des bonnes pratiques sur le repérage des risques de perte d'autonomie (fragilité) et de son aggravation et les doter d'outils simples permettant d'identifier un changement de situation, de comportement ou d'environnement.</li> <li>- Informer les médecins généralistes, infirmiers libéraux et chefs de services d'aide à domicile sur les dispositifs et circuit de prise en charge (Orientation)</li> </ul>
<p><b>Rappel des constats / contexte</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'expérimentation PAERPA se termine le 31 décembre 2019 et une année de transition est envisagée. A l'horizon 2022 le futur dispositif DACU (Dispositif d'Appui à la Coordination Universelle) devrait être mis en place et prendra le relais sur la prise en charge des cas complexes. Cependant le DACU n'a pas vocation à la prévention et au dépistage des fragilités et la gradation des risques. Ce champ ne sera donc plus couvert bien que nécessaire pour une prise en charge précoce. Manque d'évaluation des démarches d'accompagnement.</li> <li>- La démographie en Corse évolue vers un vieillissement de la population avec un risque de fragilité en territoire rural accru par la numérisation et recentralisation des services couplé et des difficultés de mobilité importantes. L'enjeu de la prévention des fragilités est donc primordial.</li> <li>- Cependant sur nos territoires ruraux une culture de l'entraide, de la solidarité et du lien familial est préservée. De plus, les élus sont les premiers interlocuteurs et observateurs de « leurs » personnes âgées.</li> </ul>
<p><b>Modalités d'action</b></p>	<p>L'action serait de créer une équipe de prévention sur le repérage des fragilités qui permettrait une structuration de la gradation précoce de celles-ci et de continuer les actions de sensibilisation et de formation des professionnels initiées par le PAERPA. Ce dispositif interviendrait en amont et en complémentarité du DACU. Cette équipe aurait pour périmètre la région avec une phase de test sur les territoires s'étendant de Bastia à Porto-Vecchio couvrant ainsi le 2A et le 2B. La gouvernance reste à définir mais devrait être hors structures hospitalières. Une possibilité est que la collectivité crée une plateforme dédiée avec Mme DURASTANTI comme coordonnatrice et fasse appel au Dr PANCRAZI comme médecin référent.</p> <p>De plus, cette plateforme s'appuierait sur les communes pour le recensement des personnes fragiles via la diffusion d'un auto-questionnaire et profiterait</p>

	<p>de l'expérience et de la mise à disposition des outils (banque de données) du Gérontopôle de Toulouse.</p> <p>Concernant le financement, l'enveloppe du FIR qui était fléchée PAERPA pourrait être redirigée. En effet 30% de celle-ci pourrait être remobilisable sur ce projet. A ce stade, une discussion avec l'ARS est nécessaire.</p> <p>Concrètement, dans un premier temps, il serait nécessaire de créer une équipe qui comprendrait un médecin, un cadre administratif coordonnateur et de s'appuyer sur les ressources humaines existantes. A terme l'équipe aura besoin d'être renforcée d'infirmières. Elle aurait pour missions de former et sensibiliser les personnes ressources (professionnels du 1<sup>er</sup> recours et aide à la personne), évaluer les personnes à risque via un auto-questionnaire et d'orienter vers les dispositifs de prise en charge DAC. Une préconisation d'actions pourrait être également envisagée. Il est nécessaire de s'appuyer sur les actions « Bien vieillir » de la conférence des financeurs.</p> <p>Dans un second temps, un travail de maillage et de partenariat avec les communes et les dispositifs associés (CCAS, CIAS, ...) sera à effectuer pour la diffusion de l'auto-questionnaire (outil gérontopôle Toulouse). La diffusion de l'auto-questionnaire s'appuiera également sur une campagne de communication via les réseaux sociaux, les journées pour les personnes âgées et plus largement sur les différents vecteurs de communication.</p> <p>Enfin, dès lors que l'auto-questionnaire sera distribué et en fonction des résultats obtenus, une alerte sera donnée. Un professionnel de l'équipe ou un professionnel formé (pool de l'expérimentation PAERPA) (EGF) se rendra à domicile pour l'évaluation, les préconisations et si nécessaire l'orientation.</p> <p>En parallèle le dispositif continuera à sensibiliser et former les professionnels afin d'étendre son réseau et améliorer la couverture de prise en charge.</p> <p>Les territoires pilotes pressentis pour un lancement du dispositif en mode projet s'étend sur toute la côte Est de la Corse permettant un début de projet régional :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La plaine orientale, territoire mixte urbain et rural</li> <li>- Le territoire urbain bastiais qui s'inscrit déjà dans une démarche de prévention des risques et du « bien vieillir » notamment au travers des actions menées dans le Contrat Local de Santé.</li> <li>- L'extrême Sud pour la couverture régionale et la facilité d'accès géographique.</li> </ul>
<b>Population cible</b>	Population générale dès 55 ans
<b>Territoire</b>	Région avec une expérimentation dans un 1 <sup>er</sup> temps sur toute la côte Est (de Bastia à Porto-Vecchio)
<b>Porteur de l'action</b>	Collectivité de Corse
<b>Partenaires à mobiliser</b>	ARS, tous les dispositifs d'appui à la coordination, CARSAT, CPAM, MSA, Mutuelles, hôpital fragilité (CH), structures d'exercices coordonnés, tous les médico-sociaux (SSAD et EHPAD, ..)

<b>Action existante ou nouvelle</b>	Nouvelle
<b>Moyens mobilisables ou à mobiliser</b>	<p>Equipe :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 médecin</li> <li>- 1 coordonnateur</li> <li>- 2-3 infirmiers</li> </ul> <p>Ressources existantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 13 infirmiers déjà formés</li> </ul> <p>Crédit pour former de nouveaux infirmiers et aides à domicile</p> <p>Voiture de fonction pour aller sur les territoires</p>
<b>Préalable à l'action</b>	Créer un service identifié doté d'un plan de financement
<b>Points de vigilance, risques identifiés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Structuration dès 2020 pour assurer la continuité de l'action ex-PAERPA</li> <li>- Deadline 2022</li> </ul>

### 3. Atelier : Attractivité du territoire pour les professionnels de Santé

Listing des invités et des participants

**Fiche action 4 : Développer des aides complémentaires pour les praticiens**

Listing des invités et des participants

STRUCTURE	NOM	PRENOM	MAIL	Présents 14/11	Présents 27/02
CDC	CARLOTTI	Nicole	nicole.carlotti@isula.corsica	X	X
Conseil des ordres	CANARELLI	Jean	haute-corse@20.medecin.fr reception.cs@20.medecin.fr	X	
URPS	GRISONI	Antoine	urps-ml.corse@orange.fr	X	X
ORS	ARENA ARRIGHI	Christophe Jean	christophe.arena@gmail.com orscorse@orange.fr	X	
Association des étudiants Asclépios	GUERRINI	Serena	asclepioscorse@gmail.com serena.guerrini2b@gmail.com	X	
Fédération MSP	GIUSTI	Igor	igorgiusti.ensc@gmail.com	X	X
ARS	PIERI	Xavier	xavier.pieri@ars.sante.fr	X	
ARS	ALBERTINI	Carine	Carine.albertini@ars.santefr		x
CDC	CRISTOFARI	Pasquin	pasquin.cristofari@isula.corsica		

## FICHE ACTION 4

### Développer des aides complémentaires pour les praticiens

**Objectif : Promouvoir l'installation des professionnels de santé sur le territoire et soutenir l'existant**

#### Objectifs opérationnels

- Améliorer la lisibilité des aides disponibles
  - Compléter le zonage défini par l'ARS
  - Adapter les outils et dispositifs existants aux spécificités du territoire. Se saisir du Schéma National de la santé qui prévoit une spécificité de la Corse.
  - Maintenir l'existant
- 
- Mettre en place un règlement d'aide financière à l'installation des professionnels de santé
  - Définir un zonage complémentaire des médecins libéraux

#### Rappel des constats /contexte

Lors de l'élaboration du Projet Régional de Santé, une spécificité corse a été reconnue et inscrite à la Stratégie Nationale de santé.

**Le zonage :** Pour renforcer l'accès aux soins, l'Agence Régionale de Santé a pour mission de déterminer les zones géographiques dans lesquelles les médecins seront soutenus par des aides à l'installation et au maintien. La révision du « zonage médecins » s'inscrit notamment dans le Plan du gouvernement pour l'égal accès aux soins dans les territoires. L'évolution de la démographie médicale et plus généralement de l'accès aux soins est une préoccupation majeure de l'ARS de Corse, inscrite comme une priorité forte dans le Projet Régional de Santé en cours de consultation.

Le nouveau zonage des médecins libéraux en Corse a été arrêté le 02 août 2018 après concertation et validation de la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie (CRSA) et de l'Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins Libéraux (URPS-ML). Cet arrêté constitue le fruit de plus d'un an de travaux pilotés par l'ARS de Corse et menés conjointement avec les représentants de médecins, des usagers et des élus.

#### Le zonage en pratique

Le zonage médecins distingue trois types de zones :

- **Les zones d'intervention prioritaire (ZIP) :** elles représentent 11,9% de la population (soit une augmentation significative de la population couverte puisque les zones prioritaires du zonage 2012 représentaient 5,71% de la population) et seront éligibles à l'ensemble des aides (aides conventionnelles de l'assurance maladie, aides de l'ARS (PTMG, CESP, PTA, aides des collectivités territoriales, aides fiscales) ;
- **Les zones d'action complémentaire (ZAC) :** elles seront éligibles aux aides de l'ARS et aux aides des collectivités territoriales. Elles représentent 37,65% de la population régionale.
- **Les zones de vigilance :** elles ne seront pas éligibles aux aides à l'installation mais pourront bénéficier d'un accompagnement dans la mise en place d'un exercice coordonné pluriprofessionnel.

#### Les aides

Le contrat d'aide à l'installation (CAIM) :

L'objet de ce contrat est d'apporter une aide financière significative aux médecins dès leur installation en zone fragile pour les aider à faire face aux frais d'investissement générés par le début d'activité.

Les bénéficiaires sont les médecins de secteur 1 qui s'installent, ou sont installés, en zone fragile depuis moins d'un an.

Sur les modalités d'adhésions des dérogations et adaptations régionales sont possibles. Elles sont arrêtées par le DG ARS.

Le contrat tripartite est signé entre l'ARS, la caisse d'assurance maladie et le médecin.

En termes d'engagements : il existe deux types d'engagements socles (exercice libéral partiel ou à temps plein, en CPTS ou ESP, participation PDSA) et optionnel (exercer une partie de son activité libérale au sein d'un hôpital de proximité).

Les aides « socles » varient entre 31 250 euros pour 2.5 jours d'exercice libéral/semaine et 50 000 euros pour 4 jours d'exercice libéral par semaine. Ces montants conventionnels peuvent être majorés par l'ARS (37 000 à 60 000 euros).

Une aide optionnelle majorée de 2 500 euros si engagement d'exercer une partie de son activité libérale en hôpital de proximité.

Contrat sur une durée de 5 ans (non renouvelable)

Le contrat de transition pour les médecins (COTRAM) :

L'objet de ce contrat est de soutenir les médecins exerçant dans ces zones fragiles préparant leur cessation d'activité et prêts à accompagner pendant cette période un médecin nouvellement installé dans leur cabinet. Les bénéficiaires sont les médecins conventionnés, toutes spécialités, tous secteurs d'exercice :

- installés dans les zones identifiées par l'ARS comme « fragiles »
- âgés de plus de 60 ans et plus
- accueillant au sein de leur cabinet, un médecin âgé de moins de 50 ans exerçant en libéral conventionné qui s'installe ou est installé dans la zone depuis moins d'un an.

Contrat tripartite. Adaptations régionales possibles par les ARS.

Engagement socle : accompagner l'installation d'un confrère de moins de 50 ans dans son cabinet.

Montant conventionnel de l'aide : valorisation de +10% des honoraires conventionnés plafonnée à 20 000 euros/an. Majoration ARS possible +20% des honoraires conventionnés plafonnée à 24 000 euros/an.

Contrat d'une durée de 3 ans pour la préparation d'une cessation d'activité, renouvelable 1 fois.

Contrat de stabilisation et de coordination pour les médecins (COSCOM) :

L'objet de ce contrat est d'encourager les médecins qui s'impliquent :

- dans des démarches de prises en charges coordonnées de leurs patients sur un territoire donné,
- dans l'activité de formation des futurs diplômés au sein des cabinets libéraux pour faciliter à terme leur installation et leur maintien, en exercice libéral, dans les territoires,
- dans la réalisation d'une partie de leur activité libérale au sein des hôpitaux de proximité.

Les bénéficiaires sont les médecins conventionnés (toutes spécialités, tous secteurs d'exercice) déjà installés en zone fragile et impliqués dans une démarche d'exercice coordonnée (CPTS/ESP).

Contrat tripartite. Adaptations régionales possibles par les ARS.

Engagements socles : installés en zone identifiée comme fragile, exercer une activité libérale, exercer en groupe, CPTS ou ESP.

L'engagement optionnel concerne l'exercice au sein d'un hôpital de proximité et l'exercice de fonctions de maître de stage (SASPAS).

Montant conventionnel socle : 5 000 euros/an. Majoration ARS 6 000 euros/an

Montant optionnel : majoration 1 250/an.

Rémunération complémentaire maître de stage : 300 euros/mois.

Majorations ARS possible jusqu'à 1 500 euros/an maximum et 360 euros/mois maximum.

Rémunération proratisée en cas d'accueil d'un stagiaire à temps partiel.

Contrat d'une durée de 3 ans, renouvelable par tacite reconduction.

Le contrat de solidarité territoriale médecin (CSTM) :

L'objet de ce contrat est de favoriser l'intervention ponctuelle de médecins venant exercer dans les zones fragiles afin de répondre aux besoins en offre de soins.

Les bénéficiaires sont les médecins conventionnés, toutes spécialités et tous secteurs d'exercice, installés hors d'une zone fragile.

Contrat tripartite. Adaptations régionales possibles par les ARS.

Le type d'engagement socle repose sur deux critères : exercer au minimum 10 jours/an en zone fragile et selon différentes modalités possibles (collaboration avec confrère...) et facturer l'activité réalisée au sein de ces zones sous un numéro facturant, attribué spécifiquement pour cette activité.

Le montant conventionnel socle des aides est de +10% sur les honoraires conventionnés liés à l'activité sur la zone (plafonné à 20 000 euros/an) possibilité de majoration ARS +20% sur les honoraires conventionnés liés à l'activité sur la zone (plafonné à 24 000 euros/an) + prise en charge des frais de déplacement pour se rendre sur la zone.

Contrat d'une durée de 3 ans (renouvellement tacite)

Entrée en vigueur de l'ensemble de ces contrats : adhésion possible à compter de la publication par le DG ARS du contrat type régional relatif à ces contrats pris sur la base des contrats types nationaux figurant dans les annexes de la convention médicale de 2016.

<p style="text-align: center;"><b>Orientations/propositions</b></p>	<p>Plusieurs pistes peuvent être envisagées :</p> <p><b>1/ <u>Reconnaissance d'une spécificité régionale</u></b></p> <p>Faire valoir la spécificité régionale inscrite à la SNS et engager les dérogations nécessaires pour adapter les aides existantes aux besoins du territoire. Notamment pour apporter un soutien aux praticiens déjà en place dans des zones actuellement pas reconnues comme « fragiles » par l'ARS. Ceci afin d'apporter une reconnaissance et un statut spécifique aux médecins installés sur des zones rurales non reconnues comme fragiles, en les accompagnant dans leur exercice. Mais aussi en permettant d'anticiper à deux/trois ans les successions afin d'éviter de multiplier les déserts médicaux. En s'appuyant sur les aides existantes de la CDC.</p> <p><b>2/ <u>Les aides</u></b></p> <p>En complément des aides existantes, la Collectivité de Corse pourrait développer des aides spécifiques permettant de soutenir notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le déploiement d'outils concernant le maintien à domicile en milieu rural,</li> <li>- des praticiens isolés qui n'ont pas vocation à entrer dans une démarche collaborative (type CPTS, ESP, exercice coordonné) parce qu'ils n'en ont pas la possibilité ou pas la culture,</li> <li>- aux médecins en fin de carrière n'exerçant pas forcément en zone prioritaire ou fragilisée.</li> </ul> <p><b>3/ <u>Encourager l'installation des médecins notamment dans le rural ou en zones fragiles en :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- favorisant les stages SASPAS notamment en négociant avec les universités la possibilité de revoir le nombre de maitres de stage (passer à 2 au lieu de 3). Ce qui permettrait à beaucoup plus de praticiens d'accueillir des stagiaires et ainsi faire connaître le métier sur les différents territoires et susciter des vocations et des candidats potentiels aux successions.</li> <li>- organisant une journée d'information à l'université de Corse autour des aides et dispositifs existants et des avantages à l'installation en milieu rural. Ce thème pourra faire l'objet d'un travail approfondi lors des Assises de la Santé de 2021</li> </ul> <p>Afin de répondre de façon optimale à ces trois points mis en exergue dans le cadre de cette fiche action, la CDC élaborera un zonage territorial complémentaire à celui déjà existant en vue d'une meilleure articulation et adaptation des outils et dispositifs déployés par l'ARS et la CDC pour répondre aux spécificités du territoire et aux besoins des professionnels de santé.</p>
<p><b>Population cible</b></p>	<p>Professionnels de santé, étudiants en santé</p>
<p><b>Territoire</b></p>	<p>Région</p>
<p><b>Porteur de l'action</b></p>	<p>Collectivité de Corse</p>
<p><b>Partenaires à mobiliser</b></p>	<p>ARS, CPAM, UNIVERSITES, URML .....</p>
<p><b>Action existante ou nouvelle</b></p>	<p>Nouvelle</p>

#### 4. Atelier : Conduites addictives : le risque des écrans

Listing des invités et des participants

**Fiche action 5 : Formation : usage des écrans durant l'enfance**

**Fiche action 6 : Ressources éducatives pour l'usage du numérique**

**Fiche action 7 : Mise en réseau des acteurs pour promouvoir un bon usage des écrans**

Listing des invités et des participants

STRUCTURE	NOM	PRENOM	MAIL	INSCRITS/ PARTICIPANTS
PMI Ajaccio			cpef.ajaccio@corsedusud.fr	<u>X</u>
ARS Corse	ROUBAUD	Gisèle	gisele.roubaud@ars.sante.fr	<u>x</u>
MDA Bastia	MARTINELLI	Rose- Marie	rose-marie.martinelli@ch-bastia.fr	<u>X</u>
IREPS Corse	ISTRIA	Sophie	dokumentation@ireps-corse.fr	<u>X</u>
UNIV CORSE / URPS ML	DAHAN	Thierry	dahan_t@univ-corse.fr	<u>X</u>
PMI Bastia	BRACCONI	Marie Pierre	mpbracconi@haute-corse.fr	
PJJ	ROUX	Laureline	laureline.roux@justice.fr	
Education nationale	FERRARA	Sylvie	sylvie.ferrara@ac-corse.fr	
ANPAA	LARZAT	Brigitte	brigitte.larzat@anpaa.asso.fr	
AGIRE	BALDO	Elsa	agirecorse@gmail.com	
CANOPE	MARY	Marc- Antoine	marc-antoine.mary@reseau- canope.fr	
CDC	CROCE	Laurent	laurent.croce@isula.corsica	
CDC	LUCCIONI	Francescu	francescu.luccioni@isula.corsica	
Jeunesse et sports			drjscs20@drjscs.gouv.fr	
	GIANNECCHINI	Bernadette	bgiannecchini@haute-corse.fr	

## FICHE ACTION 5

### Formation : usage des écrans durant l'enfance

**Objectif : Renforcer la prévention sur les risques liés à l'usage excessif des écrans**

<p><b>Objectifs opérationnels</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre en place des formations pour les intervenants auprès des enfants (en milieu scolaire ou hors milieu scolaire)</li> <li>- Construire un programme de formations</li> <li>- Renforcer les compétences des professionnels du domaine social et éducatif dans la prévention des usages des écrans</li> </ul>
<p><b>Rappel des constats /contexte</b></p>	<p>Selon l'Autorité de Régulation des Communications (ARCEP), 93% des 12-17 ans étaient équipés d'un téléphone portable en 2016. Ces chiffres reflètent bien le raz-de-marée technologique qui s'est emparé de toute la population et plus particulièrement des jeunes. Sur un sujet pour lequel on manque encore de recul, le bon sens et le principe de précaution sont de mise.</p> <p>Les données scientifiques sont insuffisantes pour estimer les usages problématiques, voire les conduites addictives, qu'induisent les usages d'écrans. Les écrans favorisent certains apprentissages ; ils permettent l'accès à des savoirs et sont source de distraction. Si on ne peut pas parler d'addiction ou de dépendance au sens strict, il convient toutefois de rester vigilant pour qu'une pratique excessive par l'enfant ne devienne pathologique à l'âge adulte. Leur usage chez les plus jeunes doit être accompagné, des moments pour d'autres apprentissages psychomoteurs et relationnels aménagés, et des temps de calme et de sommeil préservés.</p> <p>De plus, les réseaux sociaux peuvent constituer un lieu virtuel néfaste pour certains jeunes, victimes de harcèlement massif.</p> <p>Les principales actions en cours actuellement se font au sein des écoles. Très peu d'actions de prévention en extra-scolaire (club de sport, CLSH, etc.)</p> <p>La PMI (qui intervient dans les écoles auprès d'enfants entre 3 et 6 ans) mène des actions ponctuelles de prévention liées aux écrans</p> <p>La Direction Jeunesse de la CDC travaille à l'animation d'un réseau d'acteurs jeunesse. Des actions ont été recensées mais concernent principalement le « cyberharcèlement ».</p> <p>De plus de nombreuses associations proposent des actions liées aux dangers d'internet.</p> <p>En revanche, on note qu'il y a un manque d'outillage des professionnels intervenants auprès des enfants pour sensibiliser spécifiquement à l'usage des écrans.</p>
<p><b>Modalités d'actions</b></p>	<p>Il s'agit de construire un programme de formation intégrant la prévention de l'usage des écrans en deux temps :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recensement de l'existant :</li> </ul> <p>En termes d'outils :</p> <p>Il convient de faire un travail en amont sur le recensement des outils, services et documentations qui traitent de l'usage des écrans et du danger d'internet.</p>

	<p>En termes d'action :</p> <p>Un travail en lien avec les structures proposant actuellement des actions concernant le danger d'internet est nécessaire afin de les porter à connaissances des professionnels.</p> <p>- Outillage des acteurs :</p> <p>Le programme de formation se construit autour de la sensibilisation des acteurs et professionnels du social et de l'éducatif aux problématiques liées à un usage abusif des écrans.</p> <p>Selon les référentiels de bonnes pratiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pour les messages : distinction entre usage abusif des écrans et danger d'internet.</li> <li>- Pour les outils pédagogiques : il s'agira de rendre disponibles et accessibles les outils et jeux éducatifs permettant aux professionnels d'aborder ces sujets avec les enfants. Des présentations d'outils seront intégrés au programme de formation.</li> </ul>
<b>Population cible</b>	Intervenants auprès des enfants (professionnels du social et de l'éducatif)
<b>Territoire</b>	Région
<b>Porteur de l'action</b>	Collectivité de Corse
<b>Partenaires à mobiliser</b>	<p>CdC (PMI)</p> <p>IREPS</p> <p>CANOPE</p> <p>CNFPT</p> <p>LEIA</p> <p>ANPAA</p>
<b>Action existante ou nouvelle</b>	Nouvelle

## FICHE ACTION 6

### Ressources éducatives pour l'usage du numérique

**Objectif : Renforcer la prévention sur les risques liés à l'usage du numérique**

<p><b>Objectifs opérationnels</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recenser les acteurs proposant des actions de prévention sur les dangers d'internet et des réseaux sociaux</li> <li>- Construire une ressource éducative avec les dispositifs, outils, services, actions disponibles pour les professionnels</li> <li>- Construire des ressources éducatives locales concernant les outils disponibles liés aux usages du numérique.</li> <li>- Renforcer la visibilité de l'offre en services et outils au niveau de la région.</li> </ul>
<p><b>Rappel des constats /contexte</b></p>	<p>Selon l'Autorité de régulation des communications (ARCEP), 93% des 12-17 ans étaient équipés d'un téléphone portable en 2016. Ces chiffres reflètent bien le raz-de-marée technologique qui s'est emparé de toute la population et plus particulièrement des jeunes. Sur un sujet pour lequel on manque encore de recul, le bon sens et le principe de précaution sont de mise.</p> <p>Les données scientifiques sont insuffisantes pour estimer les usages problématiques, voire les conduites addictives, qu'induisent les usages d'écrans. Les écrans favorisent certains apprentissages ; ils permettent l'accès à des savoirs et sont source de distraction. Si on ne peut pas parler d'addiction ou de dépendance au sens strict, il convient toutefois de rester vigilant pour qu'une pratique excessive de l'enfant ne devienne pathologique à l'âge adulte. Leur usage chez les plus jeunes doit être accompagné, des moments pour d'autres apprentissages psychomoteurs et relationnels aménagés, et des temps de calme et de sommeil préservés.</p> <p>De plus, les réseaux sociaux peuvent constituer un lieu virtuel néfaste pour certains jeunes, victimes de harcèlement massif.</p> <p>Les principales actions en cours actuellement se font au sein des écoles. Très peu d'actions de prévention en extra-scolaire (club de sport, CLSH, etc.)</p> <p>La Direction Jeunesse de la CDC travaille à l'animation d'un réseau d'acteurs jeunesse. Des actions ont été recensées mais concernent principalement le « cyberharcèlement ».</p> <p>De plus de nombreuses associations proposent des actions liées aux dangers d'internet.</p> <p>En revanche, on note qu'il y a un manque d'outillage des professionnels intervenants auprès des enfants et le besoin de structurer l'offre d'outils pour les rendre accessibles et utilisables par les professionnels</p>
<p><b>Modalités d'actions</b></p>	<p>En s'appuyant sur les travaux de la Direction Jeunesse de la CdC, recenser tous les acteurs proposant des actions liées aux écrans et au numérique.</p> <p>Il convient de faire un travail sur le recensement des outils, services et documentations qui traitent de l'usage des écrans et du danger d'internet.</p>

	<p>Création ensuite d'une ressource éducative regroupant les documentations, outils, services, jeux, actions que les professionnels du social et de l'éducatif pourront mobiliser.</p> <p>Recenser les serious game, les outils, les documentations, etc...</p> <p>Fournir un catalogue d'outils aux professionnels.</p>
<b>Population cible</b>	Intervenants auprès des jeunes (professionnels du social et de l'éducatif)
<b>Territoire</b>	Région
<b>Porteur de l'action</b>	Collectivité de Corse
<b>Partenaires à mobiliser</b>	CdC (direction jeunesse) IREPS CANOPE
<b>Action existante ou nouvelle</b>	Nouvelle

## FICHE ACTION 7

### Mise en réseau des acteurs pour promouvoir un bon usage des écrans

**Objectif : Renforcer la prévention sur les risques liés à l'usage du numérique**

<p><b>Objectifs opérationnels</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre en place et animer un groupe d'appui et d'observation composé des acteurs locaux impliqués dans la thématique.</li> <li>- Se doter de cadres de références et d'outils en vue d'améliorer les actions de sensibilisation.</li> <li>- Accompagner la mise en place d'actions par les parties prenantes.</li> <li>- Développer les connaissances et les compétences des parents.</li> <li>- Accompagner les parents et les enfants en vue d'un bon usage des écrans</li> </ul>
<p><b>Rappel des constats /contexte</b></p>	<p>Smartphone, tablette, ordinateur, télévision, les jeunes passent de plus en plus de temps devant les écrans. Les motifs d'inquiétude chez les experts de la santé publique et les parents sont bien connus :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Augmentation de la sédentarité et incidences sur le surpoids et l'obésité</li> <li>- Entrave de la qualité du sommeil liée à l'exposition à la lumière bleue des écrans</li> <li>- Difficultés de concentration, incidence sur le contrôle des émotions et le comportement tout particulièrement pour les enfants de moins de 5 ans.</li> </ul> <p>Renforcer les connaissances et les compétences des parents pour un bon usage des écrans apparait nécessaire en particulier en direction des parents qui manquent de repères. Il s'agit d'un chantier très important à ouvrir à l'échelle territoriale en prenant appui sur les initiatives existantes et à venir. Dans les travaux préparatoires, les contributeurs ont insisté sur l'importance d'adopter une attitude positive pour faciliter la réception des messages.</p>
<p><b>Modalités d'actions</b></p>	<p>Etape 1 : mise en place un groupe d'appui et d'observation composé des acteurs d'un large champ de l'éducation en s'appuyant notamment sur les réseaux de partenaires impliqués dans la thématique.</p> <p>Etape 2 : mise en place d'actions communes (consultation d'experts dans le cadre de séances d'information, de formations...) et partage de l'impact et des recommandations ; Organisation d'une conférence-échange tout public sur les écrans.</p>
<p><b>Population cible</b></p>	<p>Parents / enfants</p>
<p><b>Territoire</b></p>	<p>Région</p>
<p><b>Porteur de l'action</b></p>	<p>Collectivité de Corse</p>
<p><b>Partenaires à mobiliser</b></p>	<p>CdC (direction jeunesse)</p>
<p><b>Action existante ou nouvelle</b></p>	<p>Nouvelle</p>

## 5. Atelier : Conduites addictives chez les adolescents

### **Fiche action 8 : Prévenir les conduites addictives chez les jeunes**

## FICHE ACTION 8

### Prévenir les conduites addictives chez les jeunes

**Objectif : Sensibiliser et améliorer la prise en charge des conduites addictives avec produits**

<p><b>Objectifs opérationnels</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Développer une campagne de communication ciblée et adaptée</li> <li>- Accroître les lieux de prise en charge et investir les lieux (festifs) pour combler la couverture territoriale dans une dynamique de « l'aller-vers »</li> <li>- Améliorer l'accompagnement des parents pour la prévention et la gestion des risques</li> </ul>
<p><b>Rappel des constats / contexte (ateliers)</b></p>	<p><b><u>Développer une campagne de communication ciblée et adaptée :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Difficulté de cibler la problématique sous l'angle des produits et de cibler au sein d'une population les sujets en situation de fragilité</li> <li>- Méconnaissance des structures et dispositifs existants</li> <li>- Manque un modèle économique de la prévention</li> <li>- Déficit de la couverture territoriale</li> </ul> <p><b><u>Accroître les lieux de prise en charge et investir les lieux (festifs) pour combler la couverture territoriale dans une dynamique de « l'aller-vers » :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Difficulté à investir les lieux « festifs »</li> <li>- Nouveaux produits (ballons) et pas de présence sur certains lieux à consommation régulière (Ex : Toga)</li> <li>- Le travail avec les organisateurs est primordial. Tous ne jouent pas le jeu.</li> <li>- Il existe un guide de la MILDECA sur l'organisation de festivals et la réduction des risques</li> <li>- Les CAARUD interviennent sur les lieux festifs mais sont trop souvent encore dénigrés</li> </ul>
<p><b>Modalités d'actions</b></p>	<p><b><u>Développer une campagne de communication ciblée et adaptée :</u></b></p> <p>Tout d'abord, il est nécessaire de structurer une stratégie régionale à 2 niveaux :</p> <p>Le 1<sup>er</sup> niveau pourrait se structurer sur la mise en synergie des services de la collectivité, de l'ARS et de la MILDECA autour d'une commission. Elle aurait pour mission de développer un appel à projet avec des objectifs opérationnels communs et ciblés autour d'une seule thématique et d'un public spécifique. Cela permettrait d'avoir un plus grand impact sur les territoires, d'éviter des campagnes diffuses, de pouvoir développer un plan d'actions ciblée régional et de mieux identifier les zones territoriales non couvertes. Cette stratégie pourrait être relayée sur les territoires au travers des dispositifs présents tels que les Contrats Locaux de Santé et s'appuyer sur les différents professionnels (les URPS, MSP, pôles de santé, ...). Cela permettrait de mutualiser plus facilement les financements et d'avoir une communication beaucoup plus ciblée.</p> <p>Le 2<sup>ème</sup> niveau serait de constituer un groupe de travail composé des professionnels spécialistes et <u>des jeunes</u>. Ce groupe pourrait bénéficier de l'appui technique et méthodologique du Service Information Jeunesse. Dans</p>

un premier temps, le groupe réfléchirait à harmoniser et adapter les messages de prévention puis à développer une campagne de communication avec des messages régionaux sur les différents territoires, publics et produits. Un point de vigilance doit être porté sur la construction des messages pour éviter l'effet inverse.

Le groupe de travail s'appuierait ou s'inspirerait des assises des jeunes de « parola di ghjuventu » pour la participation des jeunes et pour les partenaires spécialistes sur les microrégions des URPS, MSP, pôles de santé, IREPS, MDA, ...). Un concours pourrait être également mis en place pour fédérer les jeunes autour de ce projet. Les réseaux sociaux sont les meilleurs vecteurs de diffusion car le partage peut se faire sans trop de contraintes (financières ou géographiques) et au-delà de la sphère étudiante.

**Accroître les lieux de prise en charge et investir les lieux (festifs) pour combler la couverture territoriale dans une dynamique de « l'aller-vers » :**

Comment Investir ces lieux ? La réponse a été traitée sous l'angle de la réduction des risques.

Aujourd'hui la réduction des risques est mal comprise et plutôt dénigrée. Il est nécessaire de mieux communiquer sur cette stratégie accusée à tort de favoriser la consommation.

Un premier travail avec les débitants de boissons pourrait être proposé. Un label « Réduction des risques » pourrait être attribué aux établissements. Il serait nécessaire de communiquer et valoriser cette stratégie pour que les établissements avec le label en tirent un bénéfice. Le label reposerait sur une charte et disposerait de plusieurs niveaux d'interventions :

- Offrir une navette la nuit pour être raccompagné
- Partenariat avec les établissements de réduction des risques
- Réservation de chambres d'hôtel
- Mise à disposition de tests

Concernant les lieux festifs, le même label pourrait être envisagé. La charte pourrait être signée avec les organisateurs mais surtout avec les Maires pour faciliter l'installation et la présence des stands des professionnels de la réduction des risques.

**Améliorer l'accompagnement des parents pour la prévention et la gestion des risques :**

Cette stratégie doit passer par les professionnels de la Santé. La consultation entre le professionnel et les parents semble être le moment privilégié pour aborder ces questions. On pourrait donc s'appuyer sur les URPS ML, Sage-femme, infirmières pour mener à bien cette stratégie efficace de prévention.

	Pour ce faire, une formation sur le repérage précoce pourraient être organisée à raison d'une fois par an auprès de ces professionnels. De plus, une veille épidémiologique des nouveaux produits permettrait d'actualiser les connaissances de ces derniers.
<b>Population cible</b>	Les jeunes Les débitants de boissons Les organisateurs de soirées
<b>Territoire</b>	Région
<b>Porteur de l'action</b>	Collectivité de Corse
<b>Partenaires à mobiliser</b>	Services de la collectivité (PMI, Service Information Jeunesse–CRIJ) et LEIA, ARS, Education Nationale IREPS pourrait accompagner la démarche (aspect prévention et construction des messages) ARS, MILDECA, Préfecture Les structures de réduction des risques Les élus GEPI URPS
<b>Action existante ou nouvelle</b>	Nouvelle

## 6. Atelier : Santé, soins de supports et de bien-être

Listing des invités et des participants

**Fiche actions 9 : Promouvoir un panier de soins de « bien-être »**

Listing des invités et des participants

STRUCTURE	NOM	PRENOM	MAIL	Inscrits / Participants
ARS	PIETRI-ZANI	Marie-Hélène	marie-helene.pietri-zani@ars.sante.fr	X
LIGUE CANCER CORSE-DU-SUD	MERLENGHI	Sauveur	merlenghi.sauveur@wanadoo.fr	X
INSEME	CUCCHI	Laetitia	bureau2a@inseme.org	X
ASSOCIATION LA MARIE-DO	RIERA	Catherine	asso.lamariedo@gmail.com	x
LIGUE 2B	GERMAIN	Marc	cd20b@ligue-cancer.net	EXCUSE
CHA	DR. NICOLAS	Daniel	docteur.nicolas@wanadoo.fr	
BIS	DR. ORABONA	Joseph	joseph.orabona@orange.fr	
<u>CHA</u>	DR. COINDE	Edeline	edeline.coinde@ch-ajaccio.fr	

## FICHE ACTION 9

### Promouvoir un panier « soins de bien-être »

**Objectif : Promouvoir les actions des associations**

<b>Objectifs opérationnels</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recenser toutes les actions proposées en région</li> <li>- Evaluer les actions déjà en cours</li> <li>- Déployer des actions sur les territoires en complément des soins de support</li> </ul>
<b>Rappel des constats /contexte</b>	<p>Les ateliers sont déjà présents à Ajaccio, à Bastia et en Balagne. Ils sont assurés par les Ligues Contre le Cancer et La Marie Do.</p> <p>Les associations font apparaître des problème de ressources humaines mais aussi des problèmes de financement des ateliers.</p> <p>Un manque d'informations à la population est aussi avancé</p>
<b>Modalités d'actions</b>	<p>Recenser tous les soins de bien-être qui ne rentrent pas dans le panier INCA, proposés sur le territoire.</p> <p>Suivre les travaux d'élaboration d'un fascicule autour du recensement des aides disponibles soutenu par la CPAM</p> <p>Mobiliser les URPS, le réseau des assistants sociaux pour relayer les informations</p> <p><b>L'information</b> doit ensuite pouvoir être relayer aux patients et familles, pour cela il serait nécessaire de s'appuyer sur la maison des usagers du CH-Castelluccio, les URPS, les assistants sociaux et enfin les psychologues. Il est envisagé <u>d'encourager la création d'un réseau de psychologues.</u></p> <p>La <b>communication</b> : développer la communication pour renforcer l'accès aux dispositifs existants.</p> <p>Réaliser une <b>évaluation</b> concernant les « soins de bien-être » dispensés dans les établissements hospitaliers par les associations telles que la Marie-Do ou la Ligue contre le cancer.</p> <p>Création d'un groupe de travail entre les associations et la CDC pour trouver des pistes de financements sur les soins de bien être réalisés par les associations.</p>
<b>Population cible</b>	Malades, aidants, personnels de soins, population
<b>Territoire</b>	Région
<b>Porteur de l'action</b>	Collectivité de Corse
<b>Partenaires à mobiliser</b>	La Marie-Do, la Ligue contre le cancer 2a et 2b, la maison des usagers du CH-Castelluccio, les URPS, les psychologues
<b>Action existante ou nouvelle</b>	Nouvelle

## 7. Atelier : Construction d'une trajectoire vers un CHRU

**Le groupe s'est déroulé avec le Dr FAZI Bianca, le Dr METAIS Patrick, Dr CARLOTTI Nicole, Dr ARRIGHI Dominique et l'IREPS.**

**Fiche action 10 : Permettre la formalisation d'un groupe de travail pour initier les actions**

## FICHE ACTION 10

### Construction d'une trajectoire vers un CHRU

Objectif : Permettre la formalisation d'un groupe de travail pour initier les actions

<p><b>Objectifs opérationnels</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifier les membres du groupe de travail et définir ses modalités d'organisation</li> <li>- Proposer un processus de travail pour la mise en œuvre vers un CHRU</li> <li>- Constituer les éléments à chaque étape du projet</li> </ul>
<p><b>Rappel des constats / contexte</b></p>	<p>Éléments repris de la présentation du Dr METAIS.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une activité de 133 562 séjours</li> <li>- Une perte vers le continent d'environ 20 000 séjours</li> <li>- Sur une population de 339 178 personnes (soit cinq fois moins que la Sardaigne, soit moins que les 14<sup>ème</sup> et 15<sup>ème</sup> arrondissements de Paris, ou l'équivalent d'Aix en Provence)</li> <li>- Avec un vieillissement considérable (+14% de pers de 65 ans et plus (10% continent) et une croissance des plus de 65 de 1,9%par an (1,5% continent))</li> <li>- En 2050 un insulaire sur 6 aura moins de 20 ans (1/4 continent)</li> <li>- Un déficit chronique des hôpitaux corses qui au regard de la tarification ne peut que perdurer</li> </ul>
<p><b>Modalités d'actions</b></p>	<p>La construction de la trajectoire vers le CHRU comporte plusieurs étapes et 2 clés d'entrée.</p> <p>La première étape est de <b>constituer un plaidoyer</b> pour un CHRU. Il devra donc être construit d'éléments pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mieux informer et communiquer sur les bénéfices du CHRU (Base unique de patients, Base d'information commune, un GCS commun, économies effectuées - 250 Millions d'euros perdus au profit de Marseille et Nice, formation des médecins ...),</li> <li>- Eviter les fausses informations à l'échelon régional (favoriser un CH au profit de l'autre ou encore disparition d'un CH... ),</li> <li>- Présenter les coopérations déjà existantes même si elles ne sont pas toujours formalisées,</li> <li>- Il devra être complété des propos de Mme DUFLOT au travers de son expérience de CHRU.</li> </ul> <p>Les Dr ARRIGHI et Dr METAIS s'entendront pour réunir ces différents éléments.</p> <p>Une seconde <b>phase INTERMEDIAIRE</b>, à ne pas afficher en tant que stratégie pour éviter de stagner à cette étape, est de <b>travailler sur un GHT unique</b> pour démontrer notre capacité à mutualiser les moyens. Le GHT unique serait constitué d'un double pivot avec un Directeur des coopérations à Bastia et un à Ajaccio. Cette coopération reposerait sur la mise en commun d'une base de données et d'informations uniques ainsi qu'un groupement de coopérations sanitaires commun.</p>

	<p><u>Concernant les 2 clés d'entrée :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La première clé d'entrée est de passer par une stratégie nationale (DGOS) puis régionale (DG ARS). Le plaidoyer constitué, une délégation rencontrerait la DG OS et DG ARS de Corse pour débattre et constituer progressivement un dossier recevable. Cette étape réalisée, une discussion pourra être ouverte avec le soutien de l'ARS auprès de la CRSA et des directeurs d'établissements.</li> <li>- La seconde clé d'entrée passe par la mobilisation et l'implication des praticiens et chefs de pôles autour de ce projet. Il faudra les démarcher. La participation de Bernard LECONTE est souhaitée.</li> </ul>
<b>Territoire</b>	Région
<b>Porteur de l'action</b>	Collectivité de Corse
<b>Action existante ou nouvelle</b>	Nouvelle

## 8. Atelier : Dépistage et prise en charge du handicap

Listing des invités et des participants

**Fiche action 11 : Soutenir le dépistage**

**Fiche action 12 : Soutenir l'existant, développer de nouveaux outils et centraliser l'information**

**Fiche action 13 : Instituer des réunions pluridisciplinaires**

## Listing des invités et des participants

STRUCTURE	NOM	PRENOM	MAIL	Présents
CDC	Dr. LEGALAI	Marie-Pierre	mplegallais@haute-corse.fr	x
	Dr. CONSTANTINI LUTZ	Dominique	dominique.costantini-lutz@orange.fr	x
CRA	GUILLOUX	Arnaud	cracorsica.bastia@gmail.com	x
CDC(PMI)	TRAMONI	Stéphane	stephane.tramoni@isula.corsica	
CDC	MICHELANGELI	Marie Pierre	marie-pierre.michelangeli@isula.corsica	x
CDC	GRILLI	Marie Françoise	marie-francoise.grilli@isula.corsica	x
Directeur du médico-social, de la santé environnementale et de la veille sanitaire	MAGNAVACCA	Joseph	joseph.magnavacca@ars.sante.fr	x
CDC	CIANELLI	Marie	Marie.cianelli@isula.corsica	x

## FICHE ACTION 11

### Soutenir le dépistage

**Objectif : Développer le dépistage précoce des troubles du développement chez l'enfant et renforcer la prise en charge**

<b>Objectifs opérationnels</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Développer le dépistage néonatal et anténatal</li> </ul>
<b>Rappel des constats /contexte</b>	<p>Concernant le dépistage sensoriel, lorsque le test de surdité est douteux, il y a parfois un manque de vigilance sur la vérification et donc un diagnostic tardif. Ce retard provoque parfois des erreurs dans la prise en charge et par conséquent se révèle tardive alors que des soupçons ont été évoqués après la naissance. Les populations les plus fragiles maîtrisant mal le français, ou qui ont des difficultés de compréhension ou d'acceptation du « diagnostic », ou encore trop éloignées du système de santé sont majoritairement concernées par cette problématique. L'interprétariat n'étant pas suffisant pour ces usagers.</p> <p>Toutefois le territoire bénéficie d'un bon maillage et d'une bonne coordination interprofessionnelle entre les services PMI et les crèches. Il existe la possibilité pour les services PMI de programmer des alertes via le logiciel « HORUS » pour le suivi des enfants.</p> <p>Des ressources de proximité comme les CAMSP sont également présents.</p> <p>Une généticienne est accessible à l'hôpital. Cependant il persiste une pénurie de spécialistes notamment des ORL, seulement trois pour la Haute-Corse, avec une polarisation de ces derniers et des listes d'attente longues liées à ce manque de praticiens.</p>
<b>Objectifs spécifiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Améliorer le suivi et le dépistage visuel et auditif</li> <li>- Mener une campagne d'informations</li> </ul>
<b>MODALITES D' ACTIONS</b>	<p>Les pistes d'action envisagées pour le dépistage néonatal sont axées sur l'amélioration du suivi, de l'aiguillage et de l'information.</p> <p>Sur l'amélioration du suivi et du dépistage visuel et auditif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en place d'une alerte sur le logiciel « HORUS » de la PMI pour effectuer un rappel auprès des parents lors d'un premier soupçon de trouble auditif de l'enfant. Le logiciel mettrait en exergue la nécessité d'un examen complémentaire auprès d'un spécialiste si celui-ci n'a pas été effectué. Une relance pourrait être alors effectuée auprès des parents.</li> <li>- Une réflexion pourrait être développée avec la CPAM pour effectuer également une information de vigilance auprès des parents et/ou du médecin traitant lorsqu'un bilan n'a pas été effectué et que la personne n'est pas joignable par les services PMI.</li> </ul>

	<p>Pour les campagnes d'informations :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une campagne de sensibilisation pourrait être menée auprès des médecins généralistes, des pédiatres et pharmaciens sur l'importance du dépistage visuel précoce et de la possibilité d'un examen orthoptique dès 9 mois pour certaines corrections (strabisme, ...)</li> <li>- Une campagne d'informations sur le dépistage précoce visuel et auditif pourrait être relayée via le dispositif PRADO de la CPAM et les sages-femmes de la CdC</li> </ul> <p>Concernant le dépistage Néonatal :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un travail avec la participation des obstétriciens pourrait être mené sur l'information aux futurs parents d'une possibilité de détection génétique lorsqu'un cas de trouble est connu dans la famille et qu'il existe un risque élevé pour l'enfant</li> </ul>
<b>Population cible</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les futurs parents</li> <li>- Les nourrissons</li> <li>- Les populations fragiles</li> </ul>
<b>Territoire</b>	Région
<b>Porteur de l'action</b>	Collectivité de Corse
<b>Partenaires à mobiliser</b>	<p>CdC (PMI)  CPAM  Médecins spécialistes et URPS (Pédiatres, Obstétriciens, Médecins généralistes, Orthoptistes)  Sages-femmes  Pharmaciens  Centre hospitalier</p>
<b>Action existante ou nouvelle</b>	Nouvelle
<b>Moyens mobilisables ou à mobiliser</b>	<p>Services de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PMI</li> <li>- Communication</li> </ul>

## FICHE ACTION 12

### Soutenir l'existant, développer de nouveaux outils et centraliser l'information

**Objectif : Développer le dépistage précoce des Troubles du Neuro Développement (TND) et renforcer la prise en charge**

#### Objectifs opérationnels

- Développer un outil retraçant le parcours du repérage à la prise en charge
- Informer les professionnels sur les procédures d'orientation et de prise en charge
- Sensibiliser les médecins et les professionnels de l'enfance aux signes d'alerte (notamment sur les DYS)

#### Rappel des constats /contexte

Le territoire bénéficie d'un bon maillage et d'une bonne coordination interprofessionnelle. Des dispositifs régionaux tels que la Plateforme régionale de coordination et d'orientation (PCO)\* et le Répertoire Opérationnel des ressources (ROR)\*, le Centre de ressources autisme (CRA)... permettent d'améliorer la prise en charge. Cependant des problèmes de lisibilité et de compréhension du parcours subsistent. En effet, les usagers et les professionnels rencontrent des difficultés d'informations sur les ressources existantes et les moyens d'y accéder.

Plateforme régionale de coordination et d'orientation (PCO) TND pour les enfants de 0 à 6ans révolu. La PCO est conçue comme un accélérateur de parcours sur la base des ressources existantes. Les professionnels libéraux participant à la plateforme bénéficieront d'une formation de mise à niveau sur le cahier des charges des attendus.

Ces missions sont :

- Appui aux professionnels de la 1<sup>ère</sup> ligne
- Accompagnement – interventions pluridisciplinaires – enfants/familles
- Coordination des interventions des PDS libéraux mobilisés dans ce parcours
- Mobilisation des structures de 3<sup>ème</sup> ligne

Le Répertoire Opérationnel des ressources (ROR) est un outil de description de l'offre de santé destiné à tous les professionnels concernés par l'orientation des patients. Il vise à décrire les 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 du médico-social.

<p style="text-align: center;"><b>Modalités d'actions</b></p>	<p>L'action pour la collectivité se constituerait à plusieurs niveaux : Soutenir l'existant, développer de nouveaux outils Ad-Hoc et centraliser les informations.</p> <p><b><u>Soutenir l'existant :</u></b> Les conférences ou colloques menés par la MDPH, CRA, CLS, ... sont de bons vecteurs d'information, de sensibilisation et de formation. Seulement ces derniers sont généralement limités par un périmètre géographique et se déroulent sur les grands pôles d'attractivité. Il s'agirait donc que la collectivité soutienne et prenne part à ces initiatives lorsqu'elles sont probantes pour pouvoir les dupliquer à l'échelon de la région. La collectivité pourrait également aider à la diffusion du livret de la PCO au travers de ses différents services.</p> <p><b><u>Développer de nouveaux outils ad-hoc</u></b> Pour améliorer la lisibilité, l'orientation et la compréhension des procédures, un outil facilement accessible et/ou diffusable pourrait être créé dans une notion de parcours pour recenser les structures et dispositifs avec leur localisation et leur contact. Cet outil pourrait s'appuyer sur les travaux développés par Paris « Diagnostiquer le handicap, à qui s'adresser » ou celui du CLSM de Bastia. Attention toutefois à ne pas faire de doublon avec le ROR ou outils existants.</p> <p>Sur le volet formation, à partir de l'exemple des modules de formation sur l'autisme proposés sur le site du CRA, des modules de formation E-Learning pour les TND pourraient être développés avec les ressources du territoire lorsqu'elles existent. Ces modules permettraient d'éviter les problèmes de diffusion, de disponibilité et d'organisation des professionnels à former. Cependant ils devront être adaptés en fonction du métier ou du public à qui ils s'adressent.</p> <p><b><u>Centraliser l'information</u></b> Un site WEB à portée unique pourrait être créé pour recenser les partenaires par spécificités, les outils et les ressources disponibles, et rediriger le cas échéant vers le site de ces derniers. En effet, Il est nécessaire d'avoir un lieu dématérialisé de centralisation de l'ensemble des informations présents sur le(s) territoire(s).</p>
<p><b>Population cible</b></p>	<p>Les professionnels Les usagers</p>
<p><b>Territoire</b></p>	<p>Région</p>
<p><b>Porteur de l'action</b></p>	<p>Collectivité de Corse</p>
<p><b>Partenaires à mobiliser</b></p>	<p>MDPH PEP ARS Les dispositifs (PCO, CRA, ...)</p>
<p><b>Action existante ou nouvelle</b></p>	<p>Existante</p>
<p><b>Moyens mobilisables ou à mobiliser</b></p>	<p>Services de Communication</p>

## FICHE ACTION 13

### Instituer des réunions pluridisciplinaires

**Objectif : Développer le dépistage précoce des troubles du développement chez l'enfant et renforcer la prise en charge**

<b>Objectifs opérationnels</b>	- Créer une co-consultation spécialisée (pluriprofessionnels PMI-CAMSP) pour le diagnostic médical et l'information aux familles
<b>Rappel des constats /contexte</b>	Le territoire bénéficie d'un bon maillage et d'une bonne coordination interprofessionnelle notamment entre les services PMI et les crèches. Des ressources de proximité comme les CAMSP sont présents. Cependant il persiste une pénurie de spécialistes avec une polarisation de ces derniers. Les listes d'attente sont longues. De manière générale, les moyens humains, financiers et de formations sont insuffisants
<b>Modalités d'actions</b>	L'action serait de finaliser et instituer la mise en place de réunions pluridisciplinaires entre la PMI et le CAMSP pour éviter des orientations ne nécessitant pas une prise en charge de soins CAMSP.  Une deuxième action consisterait à organiser et programmer 2 fois par an un staff pluridisciplinaire régional avec les professionnels spécialistes (PMI, pédopsychiatres, neuropédiatre et pédiatre) et les dispositifs pour étudier, sur dossier, des cas spécifiques d'enfants sur <b><u>l'ensemble du champ du handicap</u></b> et non uniquement sous l'angle des TND.  <u>Attention</u> , cette action est difficile à mettre en place par rapport aux contraintes de temps et de disponibilité des professionnels spécialistes libéraux. De plus, il ne faut pas que celle-ci complexifie, superpose (effet millefeuille administratif) et double avec les dispositifs existants dédiés à la coordination.
<b>Population cible</b>	- Les enfants avec une suspicion de trouble identifiés par la PMI - Les enfants de 0- 7 ans avec un handicap
<b>Territoire</b>	Région
<b>Porteur de l'action</b>	Collectivité de Corse
<b>Partenaires à mobiliser</b>	CDC (PMI) MPDH AD PEP Les dispositifs (PCO, CRA, ...)
<b>Action existante ou nouvelle</b>	Existante
<b>Moyens mobilisables ou à mobiliser</b>	Services PMI MDPH

## 9. Atelier : Etudes supérieures et enseignement

Concernant cette thématique, il n'a pas été nécessaire d'organiser un atelier spécifique puisque le comité de pilotage regroupant l'Université de Corse, la Collectivité de Corse et les principaux partenaires existait.

Suite aux Assises Territoriales de la Santé, ce comité de pilotage a été réactivé par l'Université de Corse. Il se réunit régulièrement et permet d'instaurer des temps de travail afin de favoriser une meilleure visibilité sur l'action menée, de renforcer la collaboration entre les différents partenaires et d'adapter les réponses aux besoins relatifs à cette thématique.



**1<sup>me</sup>**  
**ASSISE  
TERRITORIALE  
DI A SALUTE**  
ASSISES TERRITORIALES  
DE LA SANTÉ

# La fragilité des séniors: repérage et prévention

**1ères Assises territoriales de la santé de Corse**

**Corte 6 juillet 2019**

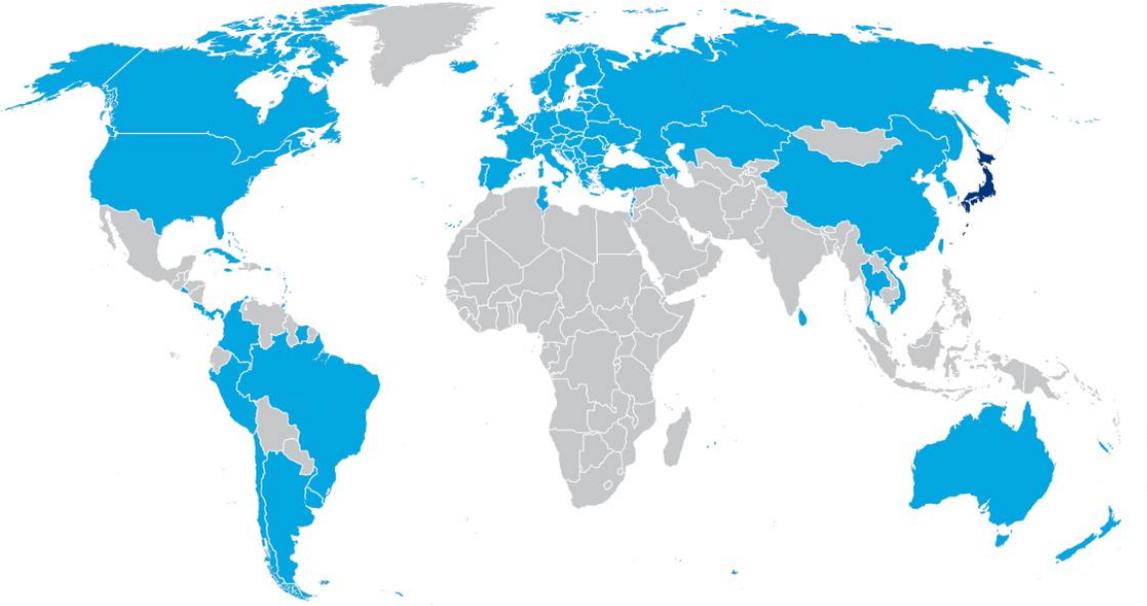
**Marie Pierre PANCRAZI**

**Consultation mémoire et Centre fragilité**

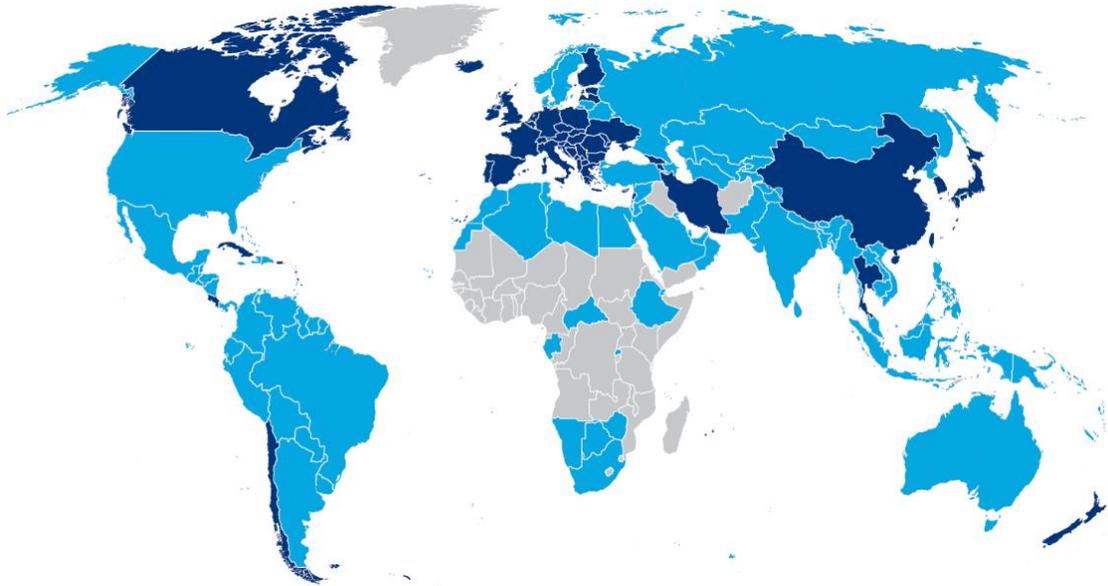
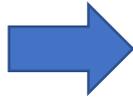
**Centre hospitalier de Bastia**



# Le vieillissement démographique à travers le monde: une véritable transition



**2015**



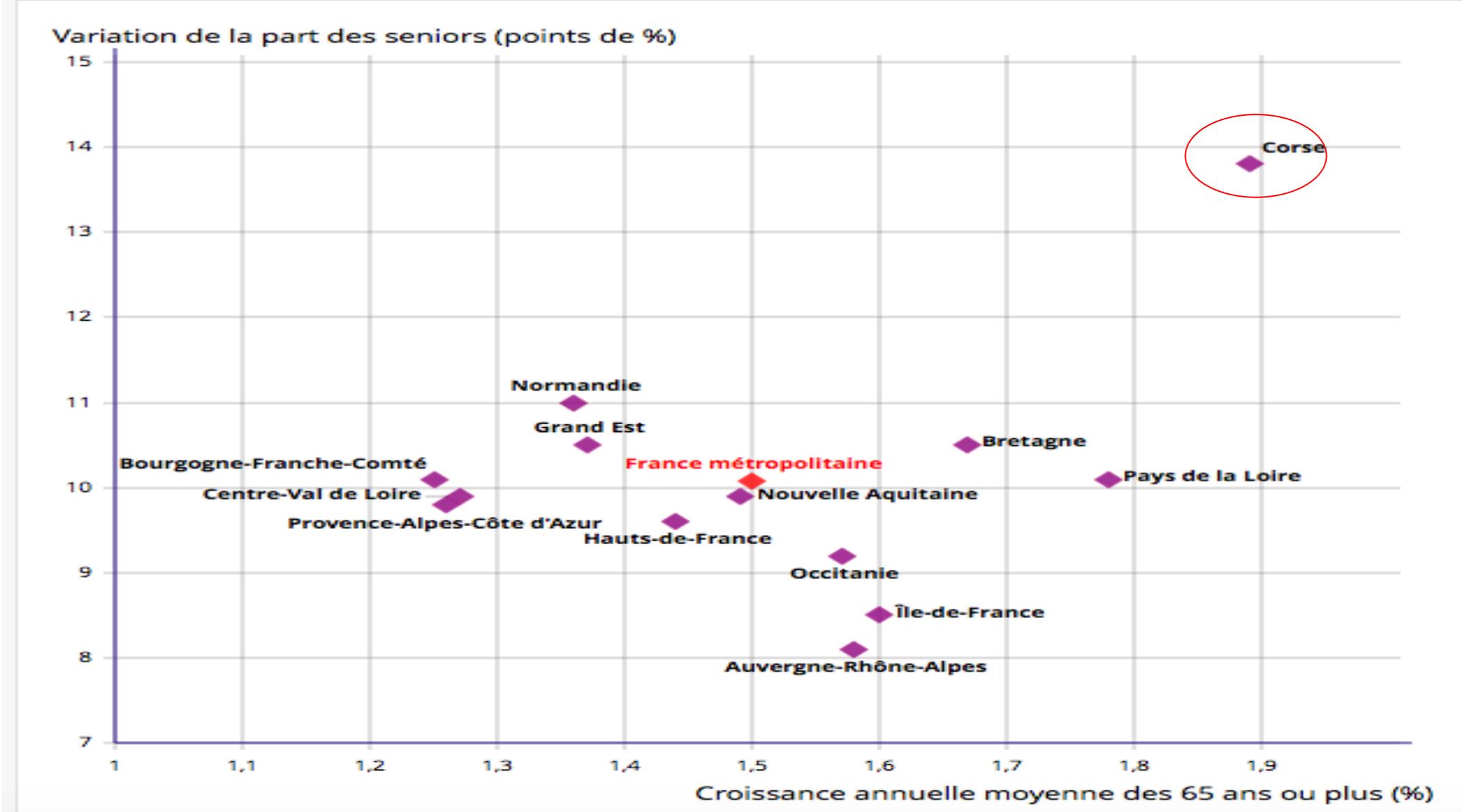
**2050**

Percentage aged 60 years or older:

-  30% or more
-  10 to <30%
-  <10%

## Figure 4 – La Corse, la région la plus vieillissante

Evolution des seniors dans les régions métropolitaines entre 2013 et 2050



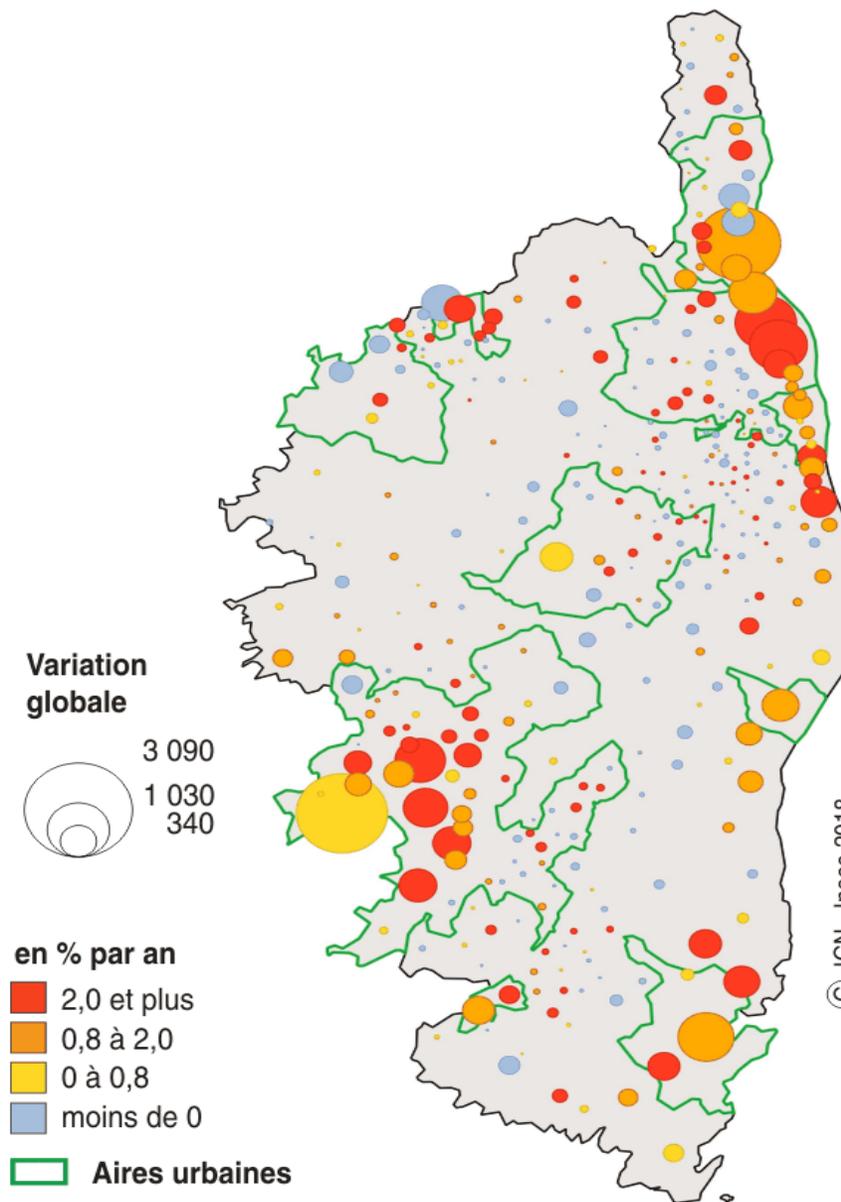
Source : Insee, Omphale 2017 - scénario central

Croissance  
démographique autour  
des métropoles

Désertification du rural  
où vivent surtout les  
ainés

Isolement, défaut de  
transport ,précarité,  
déserts médicaux

>>> *renoncement aux  
soins*

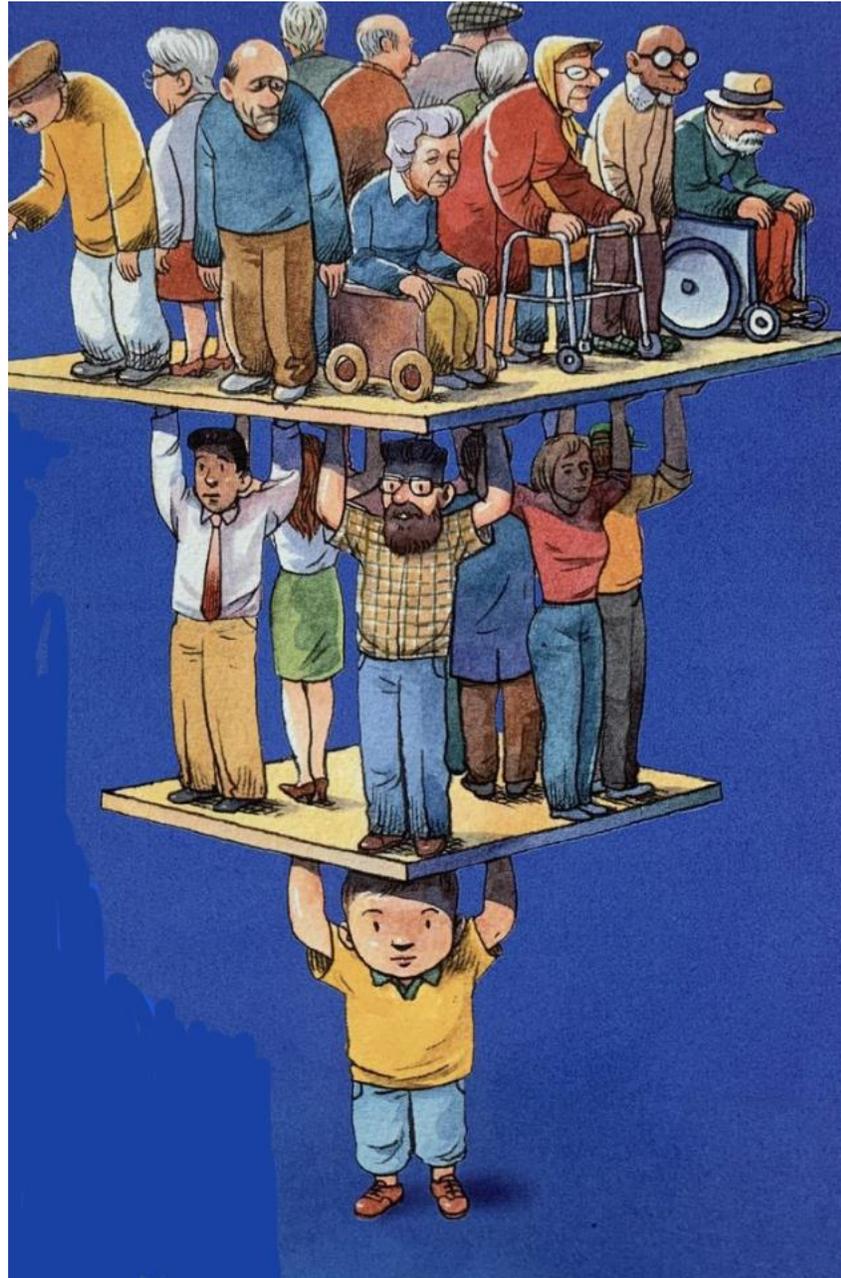


Source : Insee, Recensement de la population comparaison entre 2011 et 2016

Corse:

Projections  
alarmantes

à l'horizon  
de 2050



1/3 sera âgé de 65 ans ou plus.

Le 4<sup>e</sup> âge augmenterait  
fortement,

2 seniors / un jeune.

➤ 4700 Malades Alzheimer  
aujourd'hui / 8000 dans 20 ans ( ARS  
de Corse )

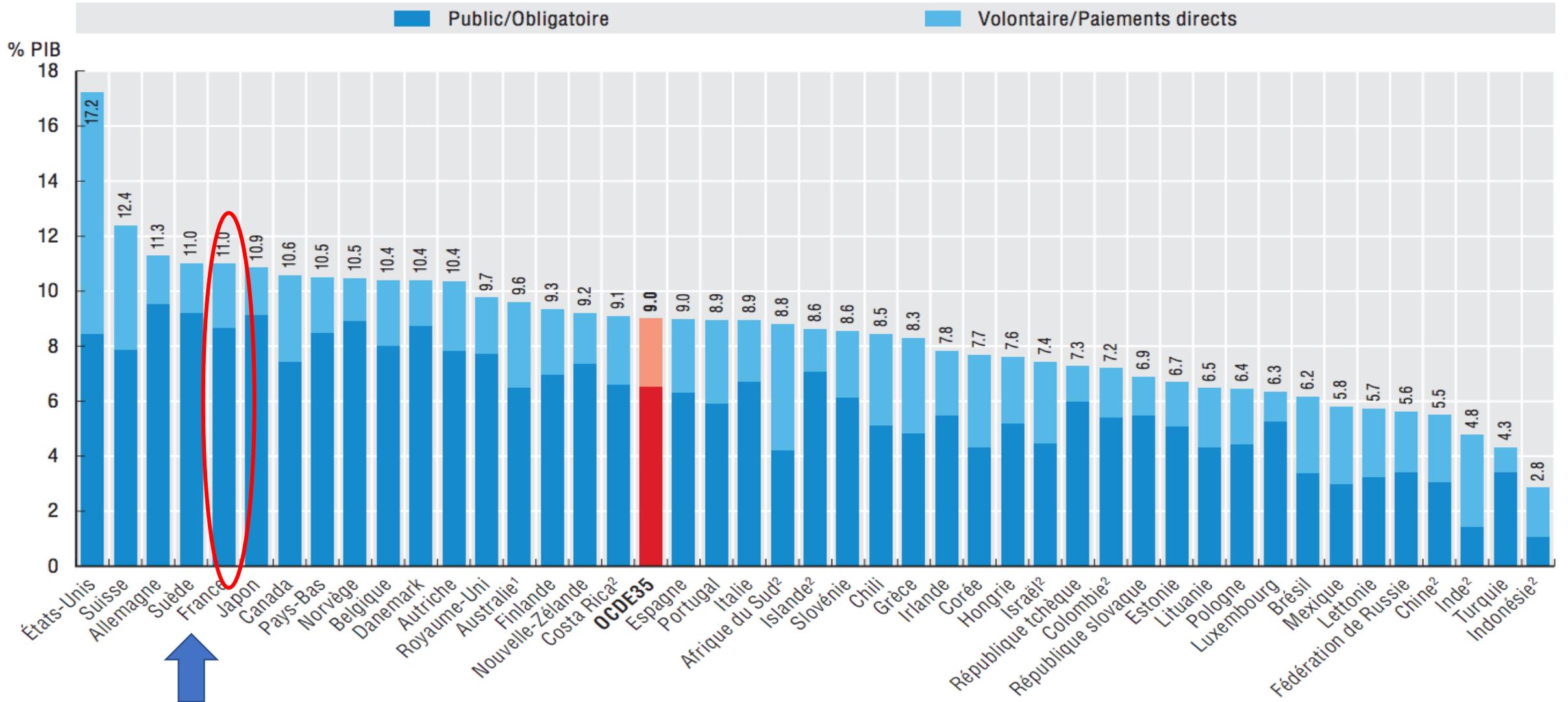
➤ Des conséquences sanitaires et  
un coût pour la collectivité

➤ APA = 20 M d'euros  
actuellement en Corse quid en  
2050???

# La grande vague grise



Graphique 7.3. Dépenses de santé en pourcentage du PIB, 2016 (ou année la plus proche)



Note : Les dépenses excluent les investissements, sauf indication contraire.

1. Les estimations des dépenses australiennes excluent toutes les dépenses des services d'aide sociale au titre des établissements de soins aux personnes âgées.
2. Inclut les investissements.

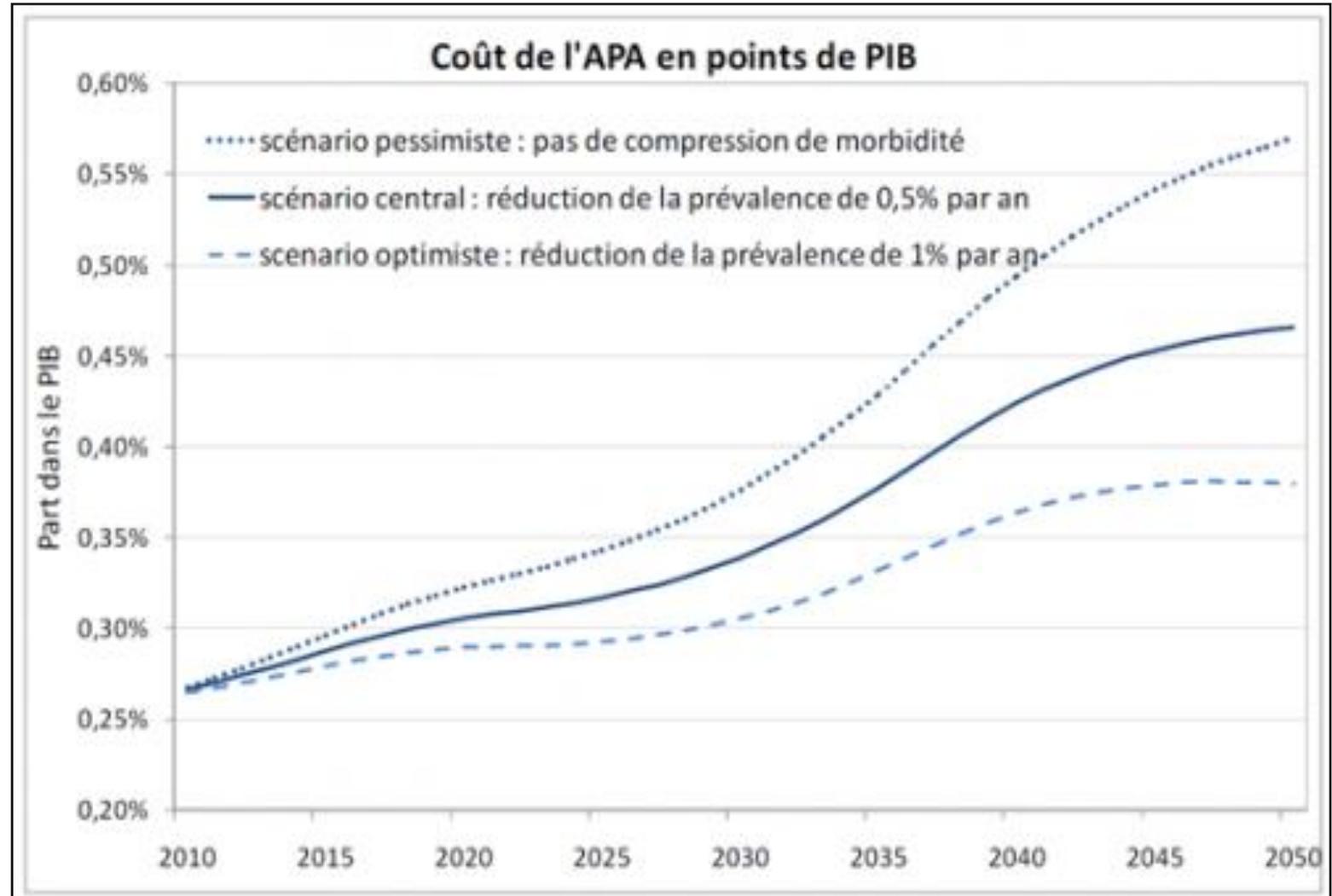
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017; Base de données de l'OMS sur les dépenses de santé mondiales.

# Population à risque de dépendance: **impact financier majeur**

- Coût de la dépendance en France: **25 Milliard d'Euros**

- La prévention peut permettre d'économiser **10 Milliard d'Euros**

*(Assemblée des départements de France (ADF), mai 2011)*



**Niveau 3 : 5% des PA**  
Nature des besoins :



**Niveau 2 : 15% des PA**  
Nature des besoins :

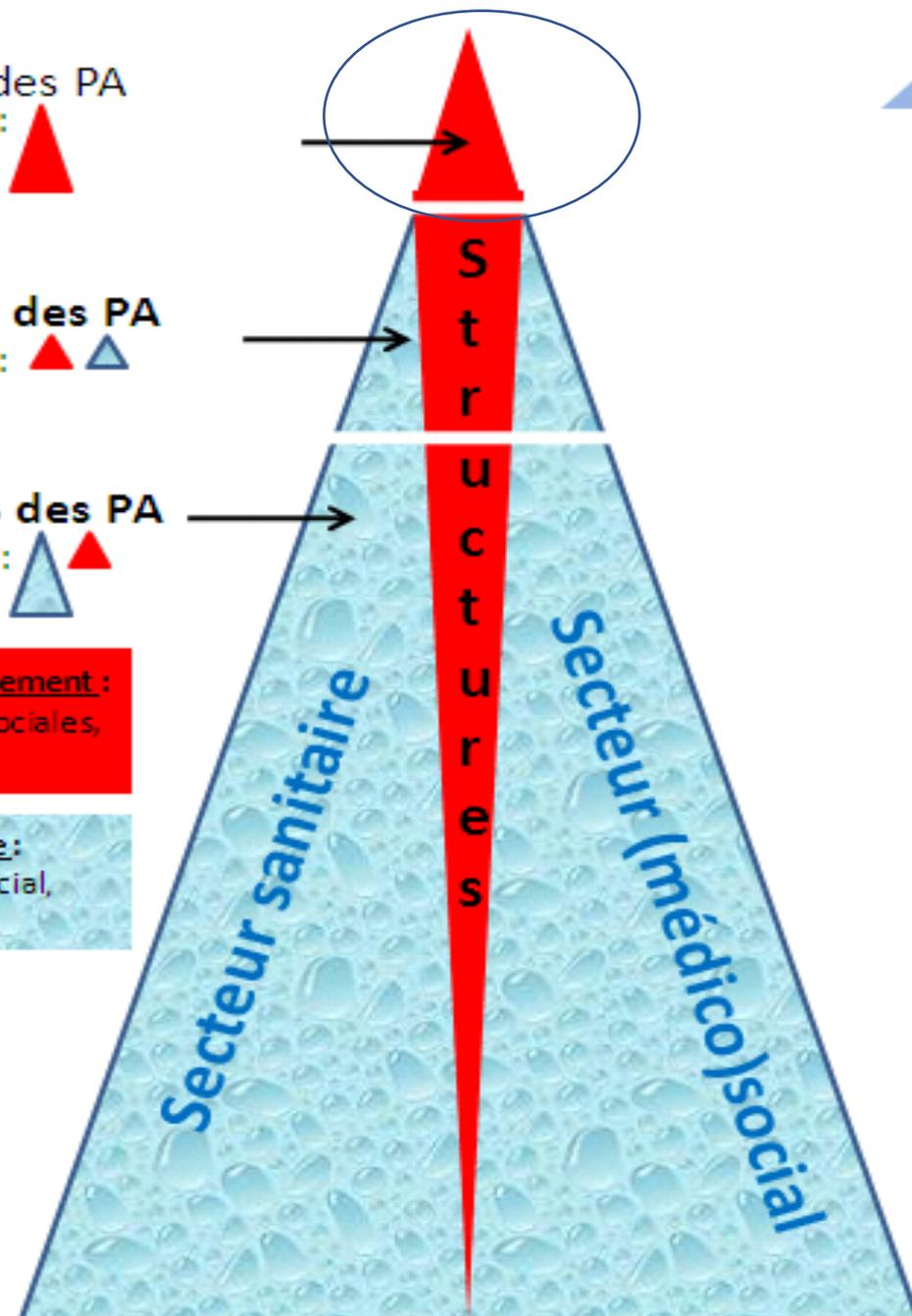


**Niveau 1 : 80% des PA**  
Nature des besoins :



**Structures d'hébergement :**  
sanitaires, médico-sociales,  
sociales

**Secteur ambulatoire :**  
sanitaire, médico-social,  
social



**Niveau 3 : 5% = Personne Agée complexe**

Poly pathologies complexes et/ou avancée avec incapacité lourde. Recours élevé des services hospitaliers (3 ou + hospitalisations, recours souvent aux urgences, etc.)

**Gestion des cas à domicile**

(Repérage par GEVA)

**Niveau 2 : 15% = PAERPA**

Personne Agée En Risque de Perte d'Autonomie

Poly pathologie, dont 1 complexe à risque de décompensation ou incapacité lourde. Besoins d'accompagnement médico-social et risque d'hospitalisation et recours aux urgences

**Anticipation des ruptures, accompagnement**

(Repérage par SEGA-a puis EGS à domicile)

**Niveau 1 : 80% = Personne Agée Autonome**

Une ou plusieurs maladies chroniques simples et/ou incapacité et/ou fragilité. Prise en charge en ville

**Prévention, auto-soin, ETP**

(Repérage par Vitesse de marche)

R  
i  
s  
q  
u  
e  
  
d  
e  
  
p  
e  
r  
t  
e  
  
d  
,  
a  
u  
t  
o  
n  
o  
m  
i  
e

Un cout en qualité de vie aussi

# Plus que l'espérance de vie C'est l'espérance de vie sans incapacité!

Jean-Marie Robine<sup>1</sup> |

Tableau 1

Évolution de l'espérance de vie (EV), de l'espérance de vie sans incapacité (EVSI) et de l'espérance de vie avec incapacité (EVI), entre 2013 et 2015, par sexe, France entière, à la naissance

Année	Hommes				Femmes			
	EV	EVSI	EVI	EVSI/EV*100	EV	EVSI	EVI	EVSI/EV*100
2013	78,7	62,9	15,8	79,9	85,0	64,2	20,8	75,6
2014	79,2	63,3	15,9	79,9	85,4	64,1	21,4	75,0
2015	78,9	62,6	16,3	79,3	85,0	64,4	20,6	75,8

Espérance de vie (EV) : série Insee France entière.

Espérance de vie sans incapacité (EVSI) et espérance de vie avec incapacité (EVI) : calculées avec la méthode d'Ehemu (<http://www.ehemu.eu>).

EVSI/EV\*100 = la part de l'EVSI dans l'EV totale en pourcentage.

Esperance de vie sans incapacité (Drees janvier 2018): 64,1 ans (femmes) et 62,7 ans (hommes en France:

Plus on vieillit plus on souffre de maladie chronique

Après 50 ans cela concerne la moitié de la population

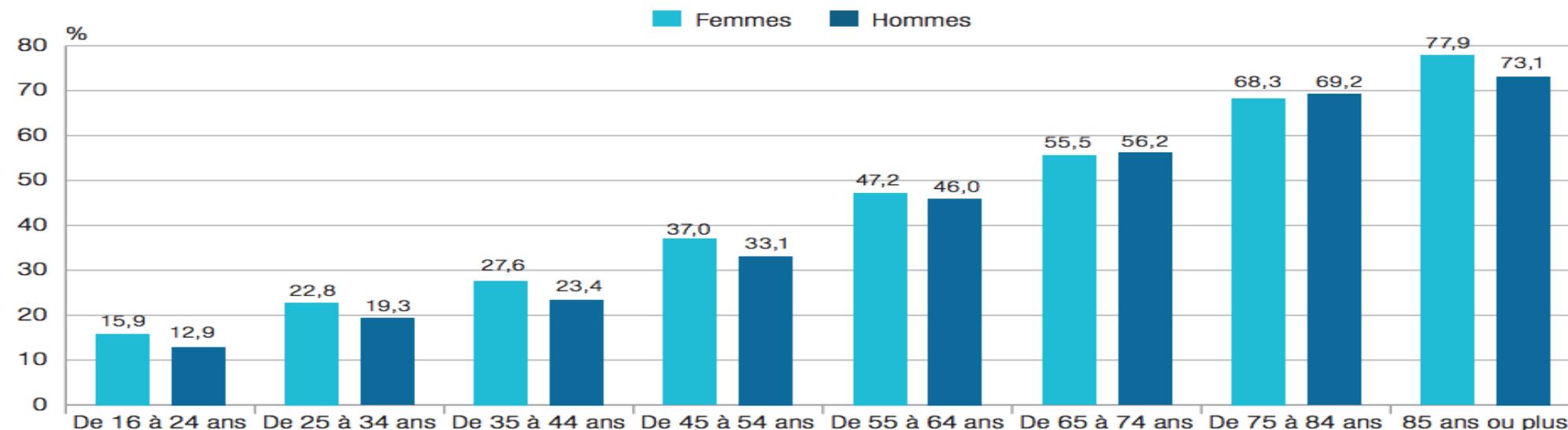
**TABLEAU 6****Déclaration de « maladie chronique » selon le sexe, évolution entre 2004 et 2014\*  
[en %]**

Année	Ensemble	Femmes	Hommes
2004	36,1	37,4	34,6
2006	34,4	35,9	32,8
2008	36,7	38,2	35,1
2010	36,9	38,6	35,0
2012	36,6	38,2	34,9
2013	36,2	38,2	34,1
2014	37,0	39,0	34,8

\* Libellé de la question : « Avez-vous une maladie ou un problème de santé qui soit chronique ou de caractère durable ? »

**Champ** • France métropolitaine, population vivant en ménage ordinaire, âgée de 16 ans ou plus.

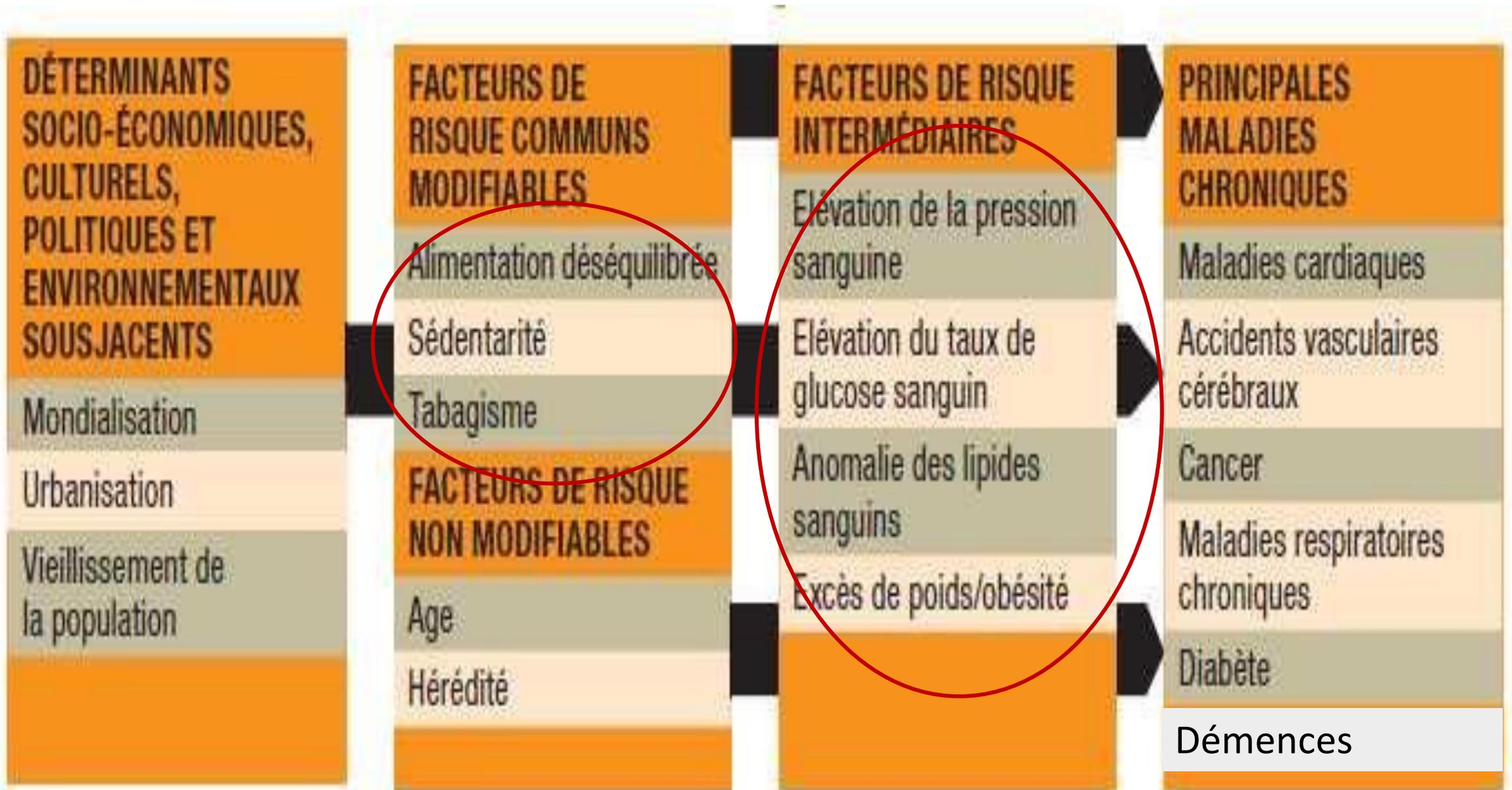
**Source** • Enquête statistique sur les ressources et les conditions de vie SRCV-SILC (Eurostat 2014).

**GRAPHIQUE 8****Répartition des personnes déclarant une « maladie chronique » selon le sexe et l'âge, en 2014 [en %]**

\* Libellé de la question : « Avez-vous une maladie ou un problème de santé qui soit chronique ou de caractère durable ? »

**Champ** • France métropolitaine, population vivant en ménage ordinaire, âgée de 16 ans ou plus.

**Source** • Enquête statistique sur les ressources et les conditions de vie SRCV-SILC (Eurostat 2014).

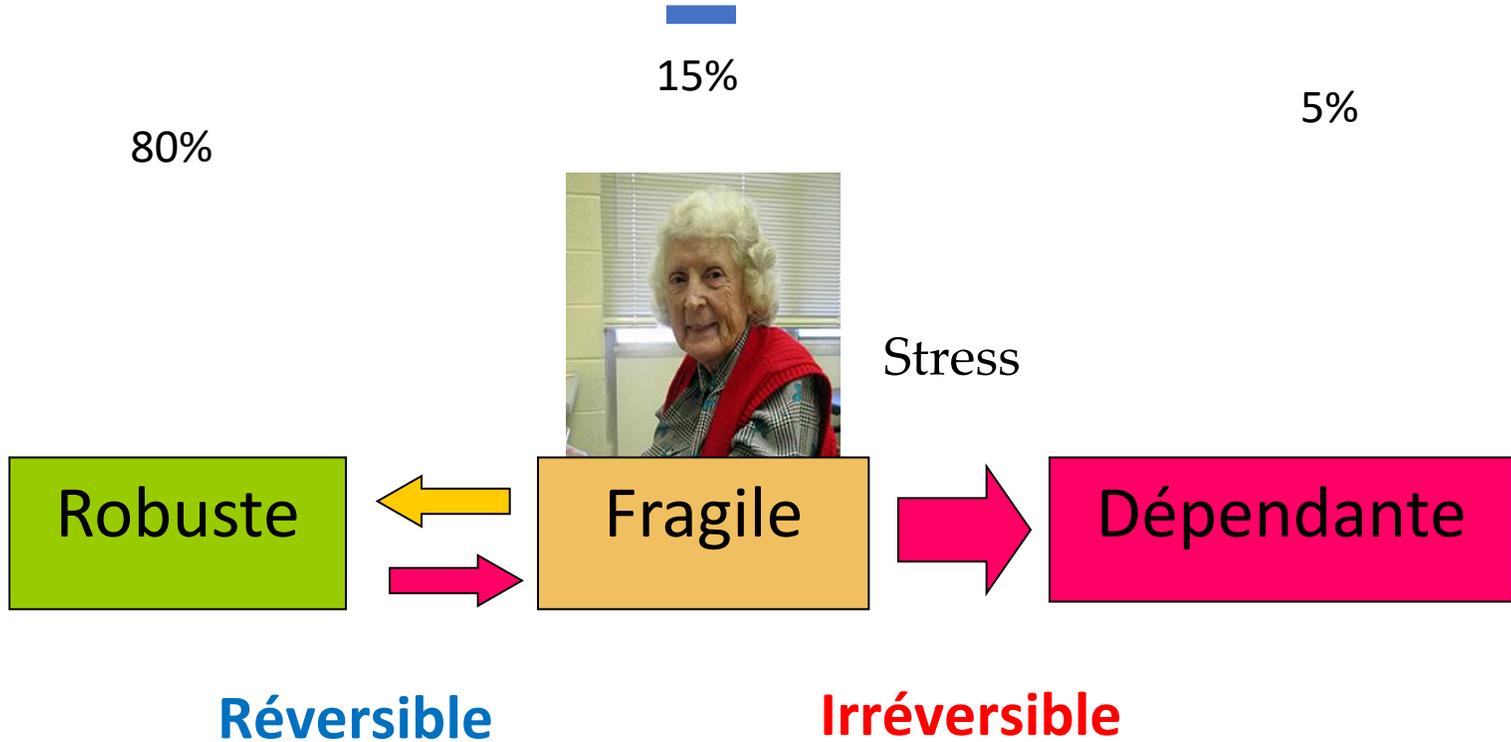


Facteurs de risque de maladie chronique

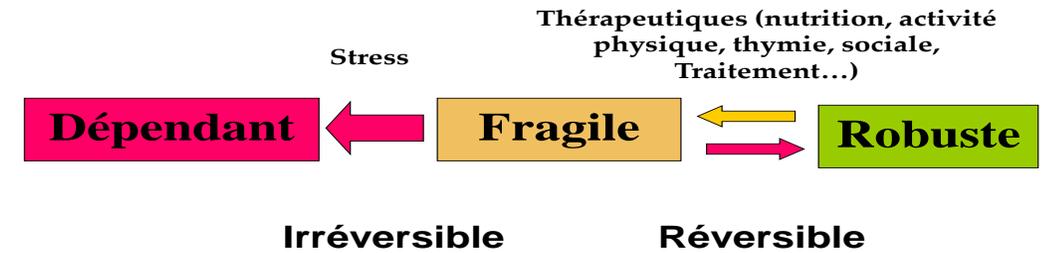
# Ces maladies chroniques qui durent près d'un tiers de la vie impliquent de nouvelles approches

- Actions de prévention II et III aire
- Parcours de soins à proximité du domicile
- Accompagnement
- Empowerment du patient et du proche ( Education thérapeutique , nouvelles technologies)
- ***Nouveau paradigme : évoluer du soin curatif à la promotion de la santé pour éviter la dépendance***

# Importance de repérer la fragilité après 65 ans et le risque de bascule vers la dépendance:



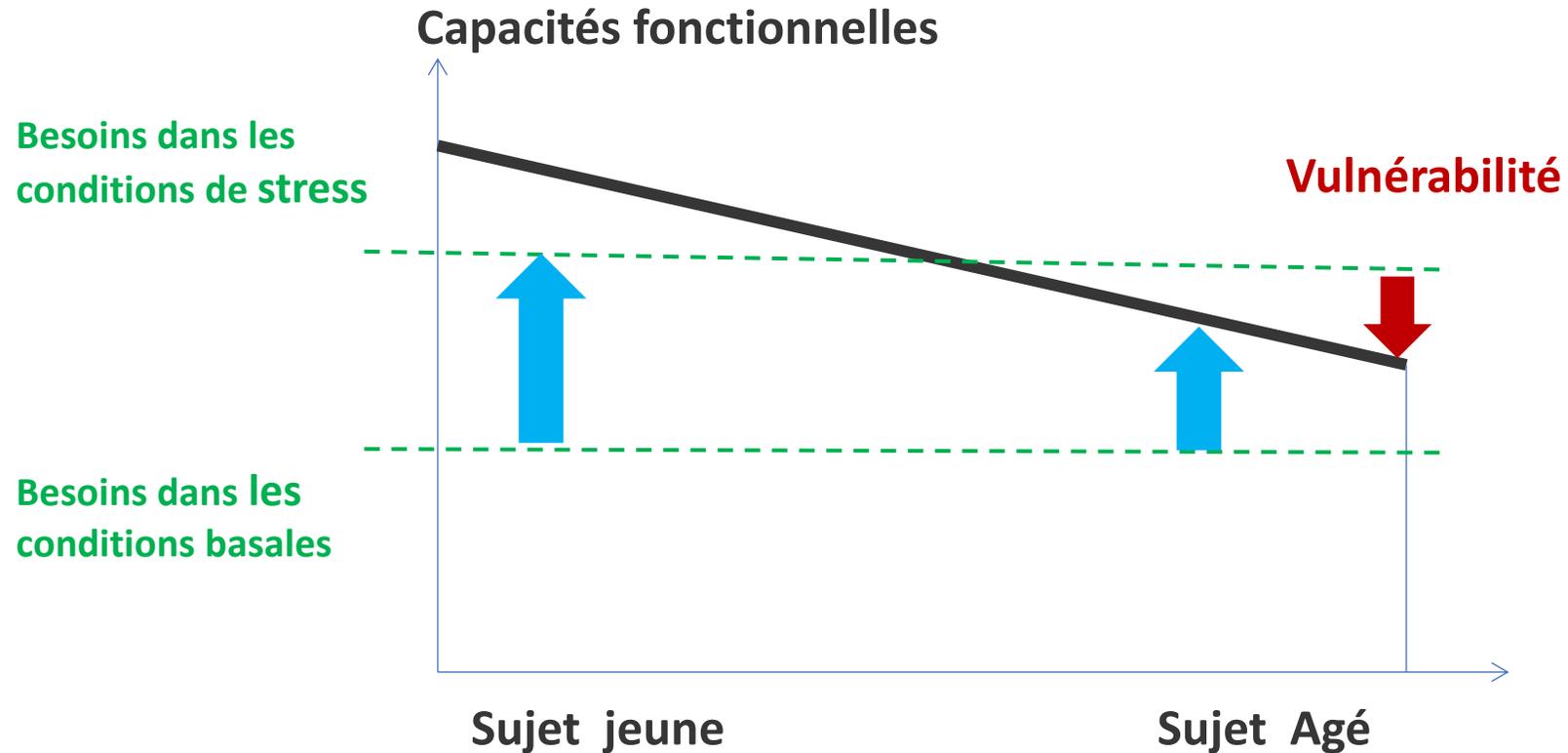
# Evaluation de la fragilité : Pourquoi?



D'après Buchner et al. Age Ageing 25:386-91, 1996

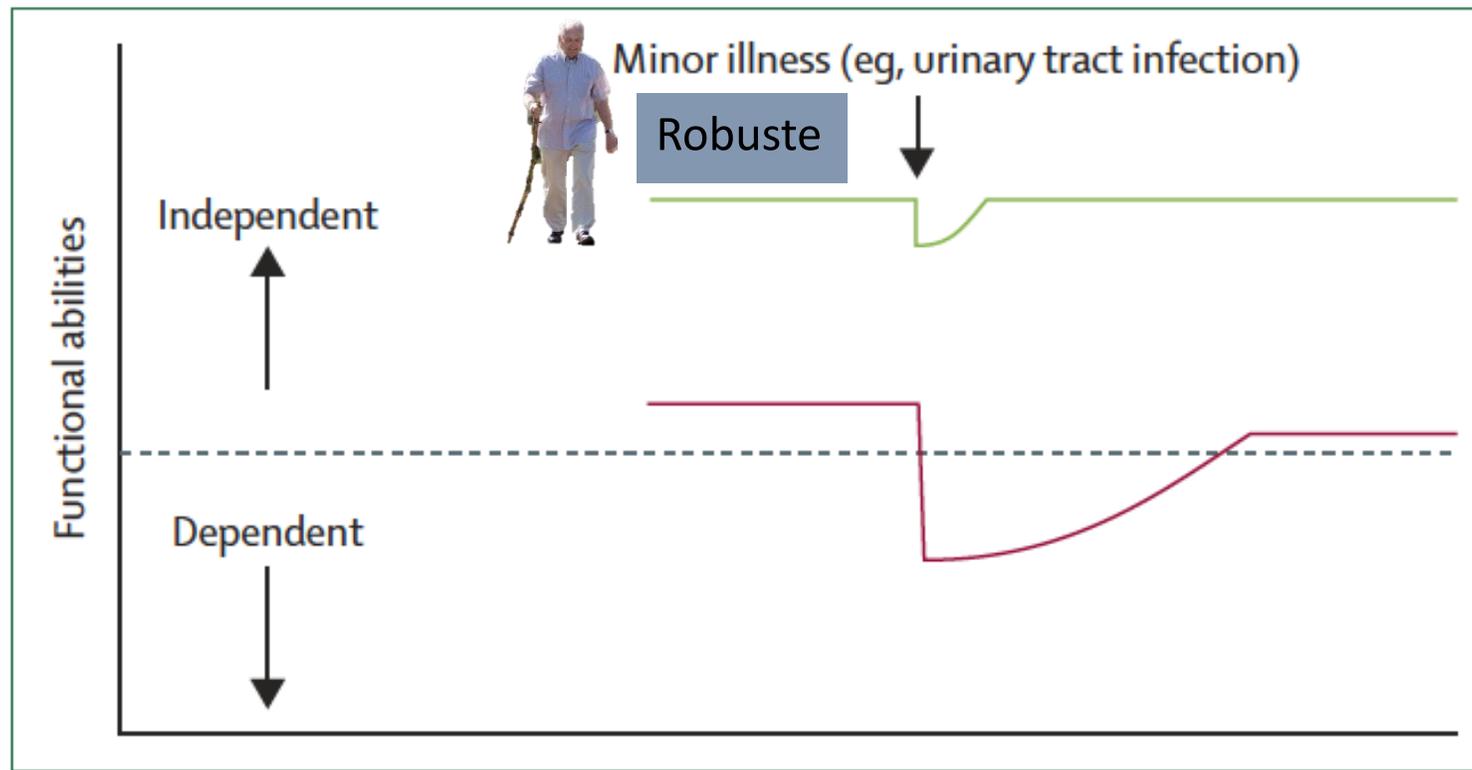
- Repérer les « fragiles »: autonomes mais à haut risque de déclin
- Instaurer des mesures préventives
- Réduire l'incidence des événements péjoratifs
- Améliorer la qualité de vie
- Possibilité de réduire la dépendance physique et cognitive

# Vieillir rend vulnérable



Mais tous les sujets âgés ne sont pas égaux : capacités intrinsèques

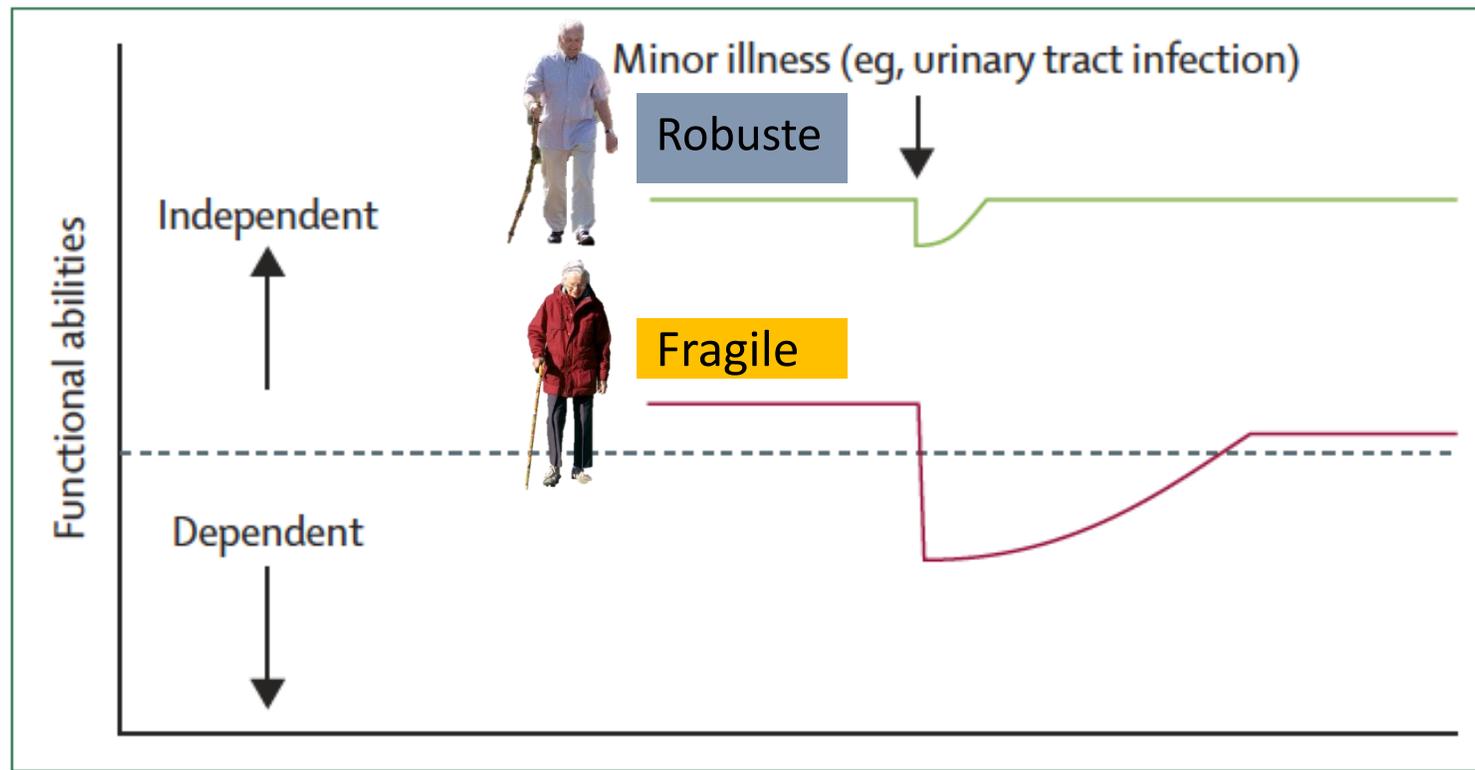
Réaction  
face  
à un  
«stresseur »  
mineur  
En fonction  
des capacités  
intrinsèques



**Figure 1: Vulnerability of frail elderly people to a sudden change in health status after a minor illness**

The green line represents a fit elderly individual who, after a minor stressor event such as an infection, has a small deterioration in function and then returns to homeostasis. The red line represents a frail elderly individual who, after a similar stressor event, undergoes a larger deterioration, which may manifest as functional dependency, and who does not return to baseline homeostasis. The horizontal dashed line represents the cutoff between dependent and independent.

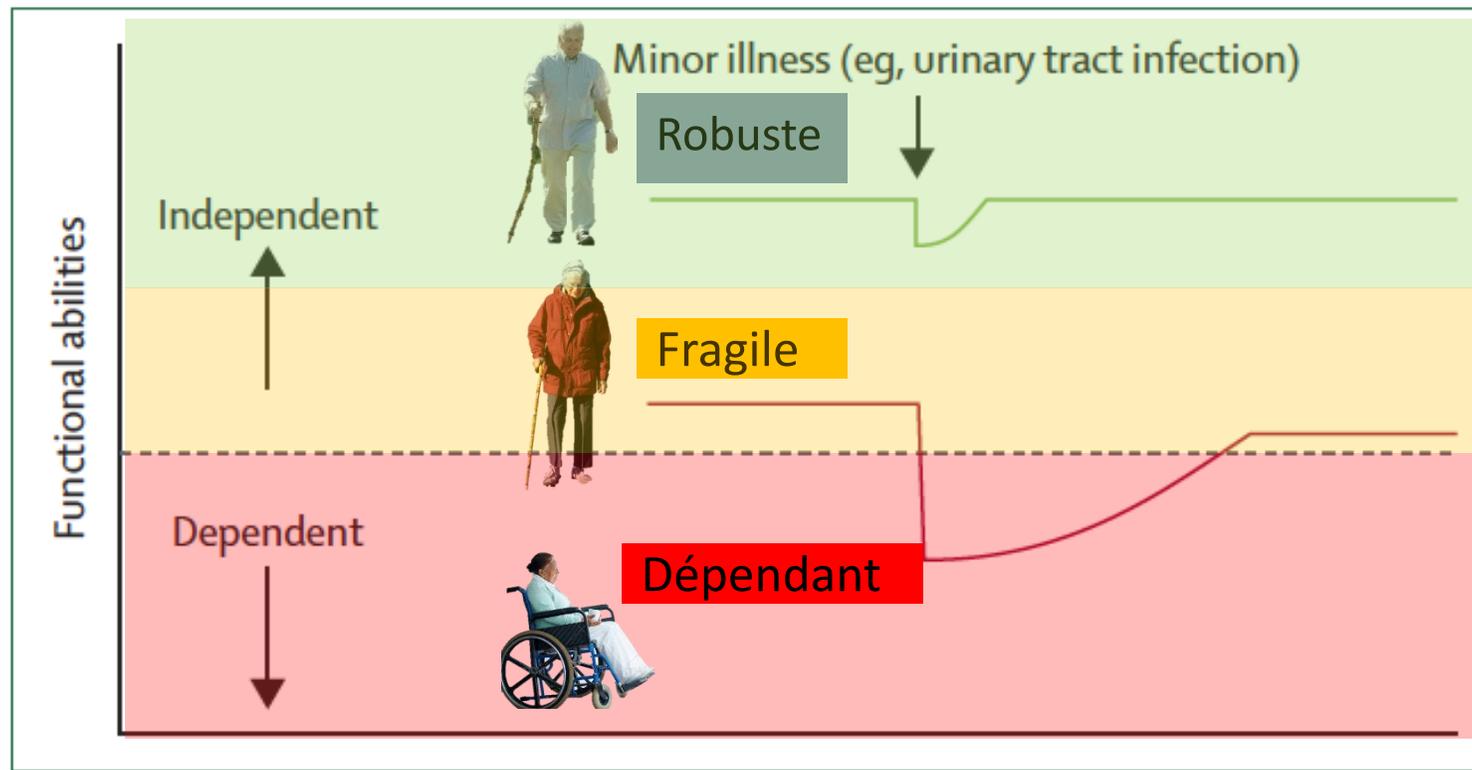
Reaction  
`face  
à un  
« stresser »  
mineur



**Figure 1: Vulnerability of frail elderly people to a sudden change in health status after a minor illness**

The green line represents a fit elderly individual who, after a minor stressor event such as an infection, has a small deterioration in function and then returns to homeostasis. The red line represents a frail elderly individual who, after a similar stressor event, undergoes a larger deterioration, which may manifest as functional dependency, and who does not return to baseline homeostasis. The horizontal dashed line represents the cutoff between dependent and independent.

Reaction  
face  
à un  
« stresser »  
mineur



**Figure 1: Vulnerability of frail elderly people to a sudden change in health status after a minor illness**

The green line represents a fit elderly individual who, after a minor stressor event such as an infection, has a small deterioration in function and then returns to homeostasis. The red line represents a frail elderly individual who, after a similar stressor event, undergoes a larger deterioration, which may manifest as functional dependency, and who does not return to baseline homeostasis. The horizontal dashed line represents the cutoff between dependent and independent.

# Parcours optimum des personnes âgées fragiles



# Quel outil de repérage ? Critères de Fragilité

*proposés par Fried et al. J.Gerontol.A Biol.Sci.Med.Sci. 2001. 56: M146-M156*

**1 - Perte de poids**  $\geq 5\%$  par an

**2 - Fatigue subjective** : épuisé ou fatigué en permanence ou fréquemment ?

**3 - Activité physique** : aucune activité physique ou moins de 1 à 2 marches par semaine

**4 - Vitesse de marche** : difficulté à marcher 100 mètres

**5 - Force «grip strength»** ( force musculaire bras)



**3 ou plus = Fragile**

**1 ou 2 = Préfragile**

**0 = Non fragile**

**Repérage de la Fragilité**  
**Patients âgés de 65 ans +, non dépendant (ADL >= 5 /6)**

	OUI	NON	NE SAIT PAS
<b>Est-ce que le patient vit seul ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Avez vous perdu du poids de façon involontaire au cours des 3 derniers mois ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Vous sentez vous anormalement fatigué au cours des 3 derniers mois ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Avez-vous des difficultés à vous déplacer au cours des 3 derniers mois ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Avez-vous des problèmes de mémoire ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>La vitesse de marche est elle lente (+ 4s pour 4 mètres ? )</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⇒ Si oui à au moins une de ces questions :

⇒ **D'après votre sens clinique, pensez vous que votre patient est fragile et qu'il a un risque accru d'entrée dans la dépendance ?**  OUI  NON

Après le repérage quels outils  
pour quantifier la fragilité ?  
et éviter la bascule vers la dépendance?

**1. L' Évaluation Gérontologique Standardisée (EGS).**

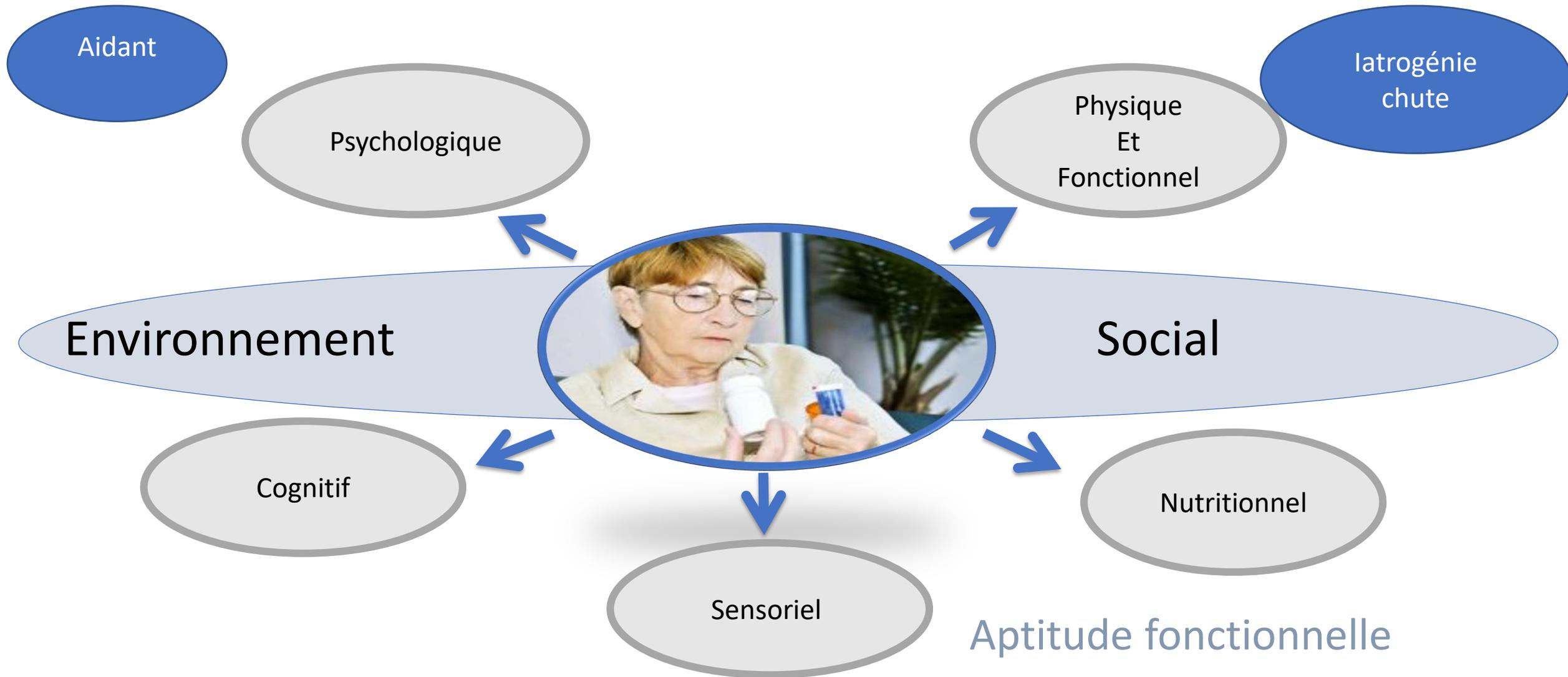
Nutrition, sédentarité, performances fonctionnelles, risque de chute, cognition, moral, sociale, traitement

**2. Le Plan Personnalisé de Soins**

➤ *Une intervention* **CIBLEE/ FORTE/ PROLONGEE**



# Les évaluations >> plan d'intervention



# Repérer la fragilité permet d'organiser des interventions efficaces !

## EFFICACITE DES ETUDES D'INTERVENTIONS

Diminution du **déclin fonctionnel et de la mortalité** *Ellis G, et al. BMJ 2011;343: 6553)*

Réduction du recours aux Maison de retraite et **augmentation du maintien à domicile**  
*Beswick AD et al. Lancet 2008 Stuck AE, et al. JAMA 2002*

(EGS) réduction du **risque d'hospitalisation** (RR 0,90 IC 95 % 0,84-0,98) *Lancet 2008;371(9614):725-35.*

Exercice physique résultats positifs sur **le déclin fonctionnel** *Lancet 2013;381(9868):752-62.*

**35 % des cas de maladie d'Alzheimer pourraient être évités ou retardés** en contrôlant les facteurs de risque notamment nutrition ( *etude 3C !*)

Et réduit  
la  
mortalité

# Association of a Frailty Screening Initiative With Postoperative Survival at 30, 180, and 365 Days

Daniel E. Hall, MD, MDiv, MHSc; Shipra Arya, MD, SM; Kendra K. Schmid, PhD; Mark A. Carlson, MD; Pierre Lavedan, MD; Travis L. Bailey, BS; Georgia Purviance, RN; Tammy Bockman, RN, MHA; Thomas G. Lynch, MD, MHCM; Jason M. Johannig, MD, MS

N= 9153  
FSI: 2011

Table 3. Change in Mortality Before and After Implementing the FSI<sup>a</sup>

	30-d Mortality			180-d Mortality			365-d Mortality		
	Before FSI	After FSI	Total	Before FSI	After FSI	Total	Before FSI	After FSI	Total
<b>Overall</b>									
No. dead	84	26	110	223	66	289	320	78	398
No. at risk	5275	3878	9153	5275	3392	8667	5275	2781	8056
Mortality rate, %	1.6	0.7	1.2	4.2	1.9	3.3	6.1	2.8	4.9
<b>Nonfrail</b>									
No. dead	60	10	70	176	36	212	252	42	294
No. at risk	5078	3454	8532	5078	3003	8081	5078	2472	7550
Mortality rate, %	1.2	0.3	0.8	3.5	1.2	2.6	5.0	1.7	3.9
<b>Frail</b>									
No. dead	24	16	40	47	30	77	68	36	104
No. at risk	197	424	621	197	389	586	197	309	506
Mortality rate, %	12.2	3.8	6.4	23.9	7.7	13.1	34.5	11.7	20.6

Abbreviation: FSI, Frailty Screening Initiative.

<sup>a</sup> Differences between mortality before and after implementing the FSI were tested using the Pearson  $\chi^2$  test. Differences were significant at every time horizon and in every group (frail, nonfrail, and overall) at  $P < .001$ . Patients

with a Risk Analysis Index of 21 or higher were considered frail. The number (percentage) of frail patients was 621 (6.8%) at 30 days, 586 (6.8%) at 180 days, and 506 (6.3%) at 365 days.

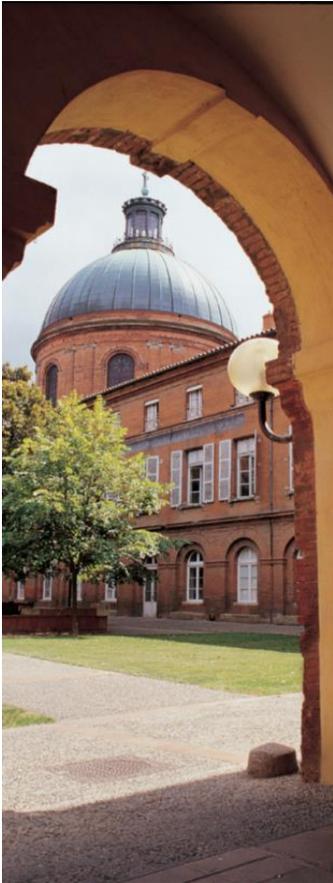


# Organisations innovantes pour la prévention de la dépendance!

Evaluer, prévenir , agir pour bien vieillir à domicile!

# Le modèle du gérontopole de Toulouse

# 1. L'Hôpital de jour d'évaluation des fragilités du gérontopole de Toulouse



## Ouvert en 2011

- Equipe multidisciplinaire
  - Gériatre, IDE, pharmacien, diététicien, neuropsychologue, Kiné....
- Evaluation multi-domaine
- Plan d'intervention personnalisé
- Accompagnement
- Suivi téléphonique (1 mois, 3 mois)
- Réévaluation à 1 an



Plus de 6000  
sujets âgés  
fragiles évalués

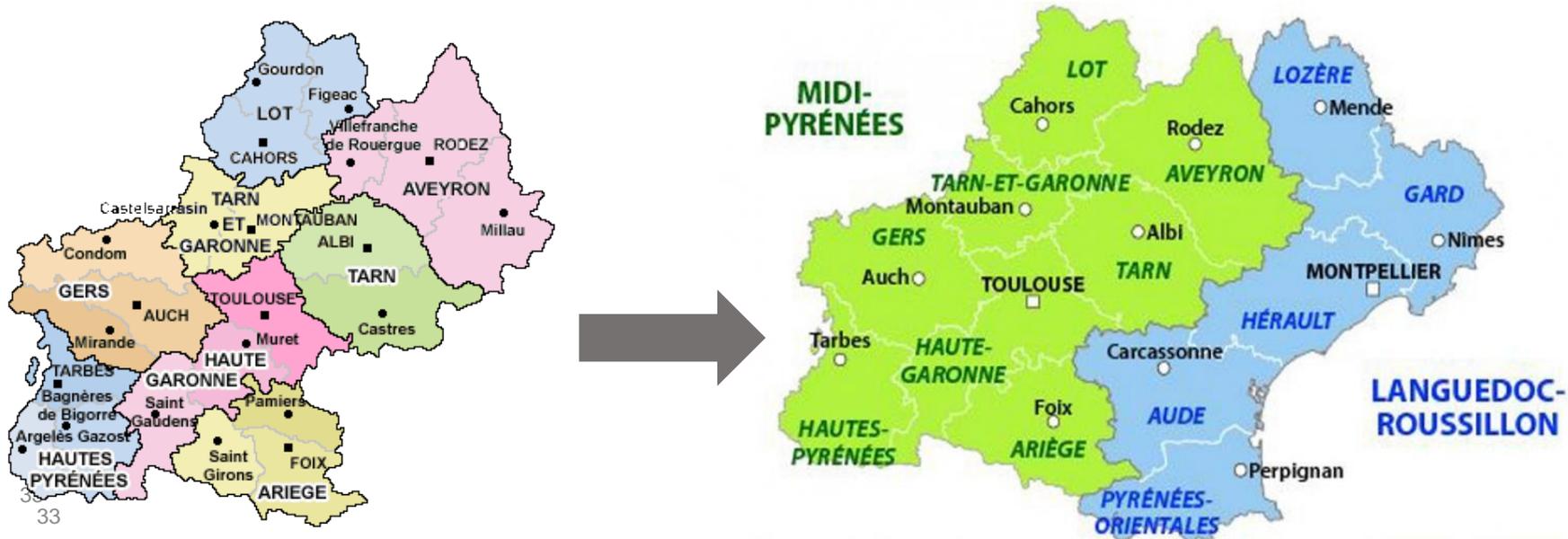


## 2. Gérontopole actions de proximité avec l'intervention des infirmiers formés en gériatrie

- Formation d'infirmiers libéraux à domicile pour le diagnostic et la prise en charge de la fragilité du sujet âgé à la demande de médecins généralistes ( protocole de coopération HAS)
- Mise à disposition des « Infirmiers d'évaluation gérontologique » du Gérontopôle, ou d'autres CH pour initier la prise en charge de la fragilité du sujet âgé hors les murs de l'hôpital

# Equipe Régionale Vieillesse et Prévention de la Dépendance (ERVPD)

- **2011:** lettre de mission de l'ARS Midi-Pyrénées au Gérontopôle pour créer l'ERVPD
  - **Objectif:** Etendre les actions du Gérontopôle de Toulouse à l'ensemble de la région Midi-Pyrénées et les faire bénéficier de son expertise
- **2016:** demande d'extension vers la région Occitanie en lien avec l'ARS Occitanie



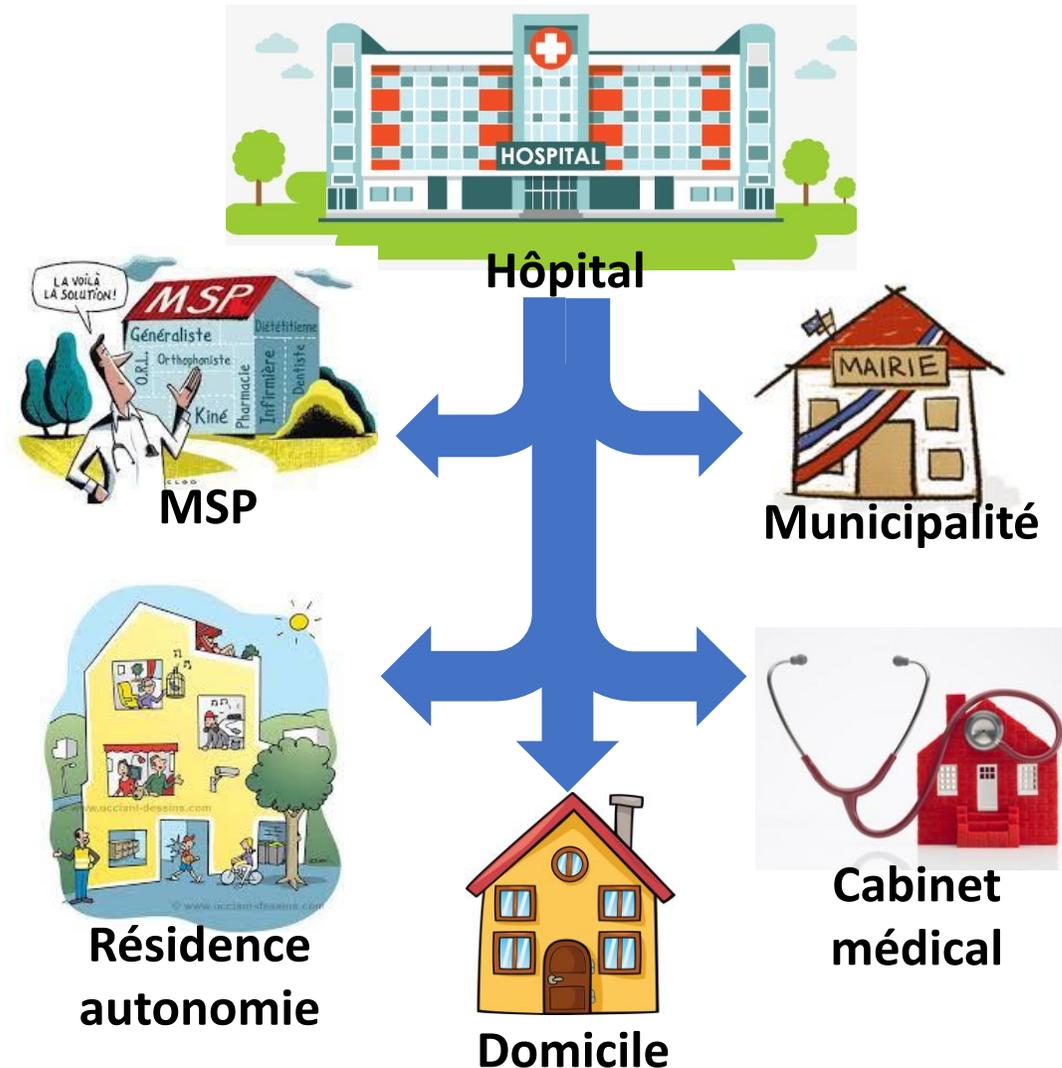
# Développement des actions de proximité

## « Hôpital hors les murs »

### Partenariats

- ❑ Conseil départemental
- ❑ CARSAT Midi-Pyrénées
- ❑ Foyers logement
- ❑ Municipalités
- ❑ Mutuelles
- ❑ Médecins généralistes
- ❑ SAMU
- ❑ ...

Environ 1800 sujets  
âgés fragiles évalués en  
agglomération  
Toulousaine



Nouveau  
challenge



## GLOBAL TARGET: Reduce the number of older adults who are care dependent by 15 million by 2025

### 6 actions



Improve musculoskeletal  
function, mobility and vitality

Maintain older adults' capacity  
to see and hear

Prevent severe cognitive impairment  
and promote psychological well-being

Manage age-related conditions  
such as urinary incontinence

Prevent falls

Support caregivers

## Integrated care for older people

Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity

La déclinaison en haute Corse

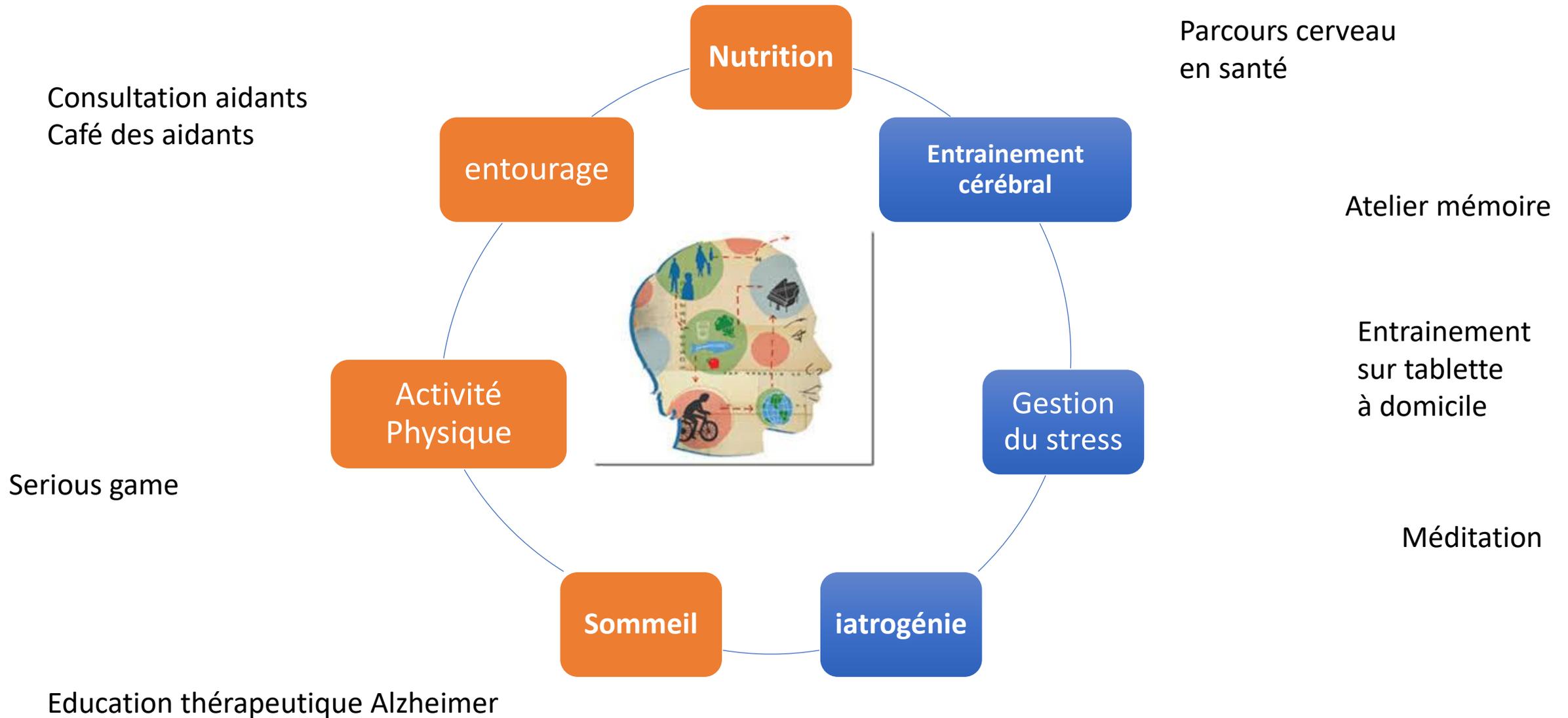
# Hôpital de jour fragilité du CH de Bastia

- Création juin 2018 ( PAERPA-ARS )
- Evaluation pluridisciplinaire : gériatre ,  
Psychogériatre, psychologue , infirmière +/-  
assistante sociale => staff collégial => diagnostic  
et plan de soin ou de prévention proposé
- Limites : manque de moyens
- Financement Paerpa : 0,3 ETP médecin , 0,7 ETP  
psychologue

Centre  
fragilité  
Bastia :  
le plus

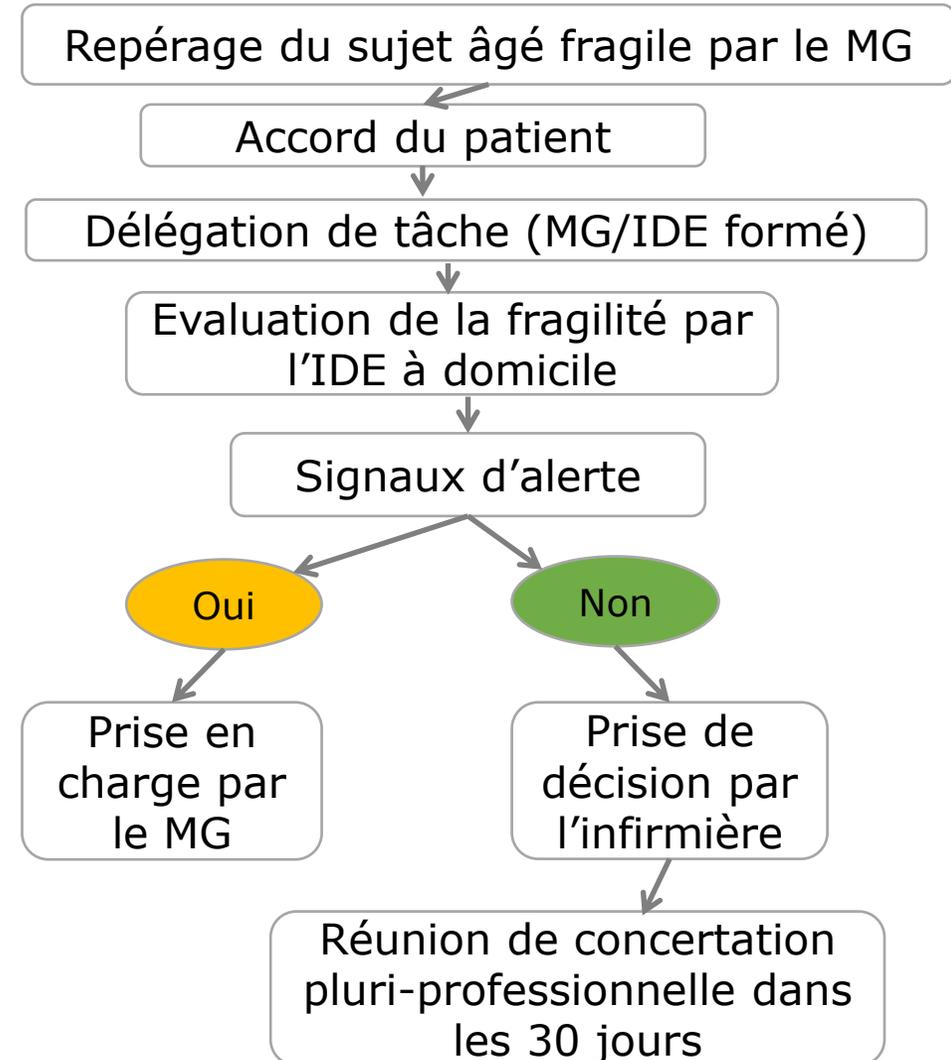
- Numéro d'accès direct pour usagers et professionnels
- Outils de liaison partagés avec partenaires
  - PAERPA
  - Globule
- Délai de réponse ( RV ) moyenne dans les 22h
  - Soit consultation, soit bilan neuropsych, soit hôpital de jour pluridisciplinaire
- Évite l'hospitalisation

# Centre fragilité Bastia : actions de prévention



# Haute Corse Expérimentation ARS protocole de coopération infirmier à domicile

- ❑ **Collaboration Gérontopôle  
Toulouse / ARS Corse**
- ❑ 40h de formation  
CH Bastia ( équipe fragilité)-PAERPA-  
URPS inf
- ❑ 14 IDE libérales formées au  
repérage de la fragilité en  
Haute Corse en 2019
- ❑ On espère former d'autres  
promotions!



# Conclusion : Comment faire du vieillissement démographique en Corse une opportunité?

- La Corse: peut devenir un véritable laboratoire d'innovation
  - Conventionner avec le gérontopole de Toulouse pour devenir « centre fragilité associé »
  - Relever le challenge de l'OMS pour réduire la dépendance : prévention I aire sur facteurs de risque modifiable
  - Poursuivre la formation d' infirmières de pratiques avancées
  - Développer des équipes ressources bien vieillir régionales ?
  - Créer de nouvelles organisations dans les territoires? : panier de soins gradués , implications des intercommunalités
  - Evaluer les innovations? : observatoire du vieillissement , épidémiologie régionale

# Pour en savoir plus

- Site web « Ensemble prévenons la dépendance »  
<http://www.ensembleprevenonsladedependance.fr>
- Symposiums, congrès Fragilité
- Bulletin du Gérontopôle de toulouse
- Plaquettes
- Le Livre Blanc Fragilité  
<http://www.fragilite.org/livre-blanc.php>
- Site OMS évaluer les capacités intrinsèques pour prévenir la dépendance
- HAS : comment repérer la fragilité en ambulatoire



# Repérer et prendre en charge les personnes âgées fragiles

**HAS** HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

POINTS CLÉS & SOLUTIONS ORGANISATION DES PARCOURS

ENPG  
Centre National de Gérontologie  
Société Française de Geriatrie  
FFMPS  
Fédération Française des Médecins de la Prévention

## Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ?

La repérage précoce de la fragilité chez les personnes âgées a pour objectif d'identifier les déterminants de la fragilité et d'agir sur ces déterminants afin de retarder la dépendance dite « évitable » et de prévenir la survenue d'événements défavorables.

Cette fiche vise à répondre aux questions qui se posent sur son organisation et ses modalités en soins ambulatoires.

Un autre modèle de fragilité prend en compte des critères fondés sur l'intégration de facteurs cognitifs et sociaux, regroupés sous le terme de « fragilité multi-domaine » intégrant : cognition, humeur, motivation, motricité, équilibre, capacités pour les activités de la vie quotidienne, nutrition, condition sociale et comorbidités (Flockwood 2006).

La prévalence de la fragilité dépend de la définition utilisée. Cela est souligné par l'analyse de la littérature avec une prévalence moyenne de 10%, mais des variations qui peuvent aller de 5 à 58%. Dans l'étude SHARE réalisée dans 10 pays européens la prévalence de la fragilité selon le phénotype de Fried a été évaluée pour la France à 15,5% parmi les sujets âgés de plus de 65 ans vivant à domicile (Santos-Eggimann 2009). Cette prévalence augmente avec l'âge et elle est plus importante chez les femmes.

### Un état potentiellement réversible

La Société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG) a adopté en 2011 la définition suivante de la fragilité :

« La fragilité est un syndrome clinique. Il reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'événements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution. L'âge est un déterminant majeur de fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome. La prise en charge des déterminants de la fragilité peut retarder ou retarder ses conséquences. Ainsi, la fragilité s'inscrit dans un processus potentiellement réversible » (Folland 2011).

### Une prévalence très variable, un repérage le plus simple et le plus précoce possible

Deux modèles de critères de fragilité sont validés.

Un modèle fondé sur un phénotype « physique » qui évalue la présence chez les personnes d'un âge  $\geq 65$  ans de 5 critères : perte de poids involontaire de plus de 4,5 kg (ou  $\geq 5\%$  du poids) depuis 1 an, épuisement ressenti par le patient, vitesse de marche ralentie, baisse de la force musculaire et sédentarité. Les patients sont dits fragiles en présence de 3 critères ou plus. Ils sont dits « pré-fragiles » si au moins un des critères est présent. Si aucun des critères n'est présent ils sont considérés comme robustes (Fried 2001).

### Les points clés

- Le repérage de la fragilité permet de prédire le risque de perte d'autonomie, de chutes, d'institutionnalisation, de décès et d'hospitalisation dans un délai de 1 à 3 ans.
- On peut proposer comme champ du repérage les personnes âgées de plus de 70 ans, indemnes de maladie grave, sans dépendance avérée, et à l'initiative d'un soignant soupçonnant une fragilité.
- Faute d'un outil de repérage uniformément validé et fiable, les professionnels peuvent utiliser un questionnaire dérivé du phénotype de Fried qui est le mieux étudié vis-à-vis du risque d'entrée dans la dépendance, en lui ajoutant une ou deux questions intégrant les dimensions cognitive et sociale.
- L'implication des services sociaux et d'aide à la personne dans le repérage est une voie à explorer et à évaluer.
- Le repérage de la fragilité est la première étape d'une séquence comprenant l'évaluation globale de la personne et la planification d'interventions de prévention formalisées dans un plan personnalisé de soins (PPS).

**HAS** HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

POINTS CLÉS & SOLUTIONS ORGANISATION DES PARCOURS

## Comment prendre en charge les personnes âgées fragiles en ambulatoire ?

La fragilité est un syndrome clinique qui est un marqueur de risque de mortalité, de perte d'autonomie, de chutes, d'hospitalisation et d'institutionnalisation. La cible et les modalités de repérage de la fragilité ont été décrites dans la fiche « Haute Autorité de Santé - Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? ». Cette fiche lui fait suite.

### Les points clés

- L'évaluation et le suivi pluriprofessionnels des personnes âgées fragiles peuvent réduire leurs risques de dépendance, d'hospitalisation et d'admission en EHPAD lorsqu'ils sont réalisés dans certaines conditions (cf. note méthodologique et de synthèse documentaire page 9).
- Le bénéfice sur la prévention de la dépendance a surtout été montré chez les personnes ayant une fragilité débutante ou ayant fait une chute récente ou 2 chutes depuis 1 an. L'effet est moindre chez les personnes ayant déjà une dépendance partielle pour les activités de la vie quotidienne. Cela incite à repérer la fragilité le plus tôt possible.
- Il est essentiel d'expliquer à la personne les raisons et bénéfices attendus de la prise en charge.
- L'efficacité tient au caractère complet de l'évaluation, à la priorisation des interventions, à la régularité du suivi et à la coordination des acteurs.
- Parmi les autres facteurs de faisabilité et de succès, l'intervention d'infirmières expérimentées en gériatrie et la mobilisation des prestations proposées par les acteurs sociaux et les services d'aide à la personne sont à considérer prioritairement.
- Il revient au médecin traitant d'initier et de conduire cette démarche, avec l'appui des autres professionnels de santé primaire et en lien avec une expertise gériatrique.
- L'évaluation de la fragilité est une démarche multidimensionnelle et pluriprofessionnelle. Elle peut être réalisée dans différents contextes : soins ambulatoires, hôpital de jour, etc.
- Un plan personnalisé de santé (PPS) peut être élaboré pour coordonner la prévention. Celui-ci vise à réduire les déterminants médicaux et sociaux de la fragilité. Les principaux axes portent sur :
  - la promotion d'une activité physique adaptée pour lutter contre la sédentarité ;
  - le conseil d'une alimentation adaptée aux besoins de la personne âgée,
  - la réduction du risque de iatrogénie médicamenteuse ;
  - l'adaptation des prises en charge en cas d'hospitalisation pour prévenir la dépendance liée à l'hospitalisation.

### Une démarche multidimensionnelle et pluriprofessionnelle

L'évaluation des personnes âgées repérées comme fragiles mais non dépendantes (classées GIR 5 ou 6 par la grille AG-GIR) consiste à rechercher la présence des facteurs somatiques, fonctionnels, psychologiques et sociaux associés au risque de perte d'autonomie.

Les conclusions de cette évaluation peuvent permettre de construire avec l'accord de la personne et en lien avec l'entourage un plan personnalisé de santé (PPS).

Cette démarche mobilise des professionnels des domaines sanitaire, social et des services d'aide à la personne.

### Ce qu'il faut faire : anticiper pour prévenir la perte d'autonomie

#### Étape 1 : Initier et réaliser l'évaluation

À la suite du repérage de la fragilité par le médecin traitant ou par un tiers (professionnel de santé, famille, intervenant social, etc.), le médecin explique les buts et les modalités de l'évaluation à la personne fragile afin d'obtenir son adhésion.

Il se donne les moyens de réaliser cette évaluation en explorant l'ensemble des domaines définis à l'Annexe 1. Il peut trouver des appuis auprès des autres membres de l'équipe de santé primaire, dont les infirmiers, et utiliser les prestations proposées par les caisses de retraite, mutualités et services d'aide à la personne (cf. Focus 2). Il peut également adresser la personne à un gériatre libéral, à un réseau de santé gérontologique, à une consultation avancée de gériatrie et dans certaines situations à un hôpital de jour de gériatrie.

Ce qu'il faut éviter :

- négliger d'utiliser les prestations d'évaluation proposées par les caisses de retraite, mutualités et services d'aide à la personne ;
- médicaliser inutilement les personnes fragiles ;
- se limiter à la réalisation de tests au détriment de la démarche clinique.

## Vendredi 5 juillet 2019

9h00 : Réception des participants – Accueil café

9h30-10h30 : **Ouverture des Premières Assises Territoriales de la Santé**

### Discours d'ouverture

10h30-11h30 : Séance plénière

**Comment la Collectivité de Corse peut-elle intervenir dans l'offre de soins ?**

#### Le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de la Martinique :

- M. Francis Carole, Conseiller exécutif territorial de la Martinique chargé des affaires sociales, de la santé et des solidarités.
- M. Benjamin Garel, Directeur Général du Centre Hospitalier Universitaire

#### Le Centre Départemental de santé de la Saône-et-Loire :

- M. André Accary, Président du Conseil Départemental de Saône-et-Loire

#### La fabrique des centres de Santé :

- Docteur Richard Lopez, responsable de la fabrique des centres de Santé

11h30-13h00 : Ateliers de Travail

#### Maison de santé pluri-professionnelle :

- M. Xavier Pieri, Coordonnateur des professionnels de santé libéraux Agence Régionale de Santé de Corse (ARS)
- Docteur François Agostini, Médecin généraliste, Président de la fédération corse des maisons et pôles de santé

#### Prise en charge du patient psychiatrique en situation de crise :

- Docteur Pauline Martin, Pédo-psychiatre du pôle psychiatrie infanto-juvénile au Centre Hospitalier de Castelluccio
- Docteur Nicole Graziani, Cheffe du service de Psychiatrie adultes au Centre Hospitalier de Bastia

#### Solutions face à la désertification médicale compte tenu des disparités territoriales :

- Docteur Jean Canarelli, Président du Conseil de l'Ordre des médecins de la Corse-du-Sud
- M. Christophe Arena, Directeur de l'Observatoire Régional de la Santé de Corse (ORS)

#### Bilan de la première année de médecine, perspectives pour une deuxième année :

- Docteur Josette Dall'Ava-Santucci, Professeur à l'Université de Médecine Cochin-Port Royal
- Mme Léa Cesari, étudiante, Présidente de l'association Asclepios, Associé di i studenti in salute

13h00-14h00 : Déjeuner sur place - Buffet

14h00-15h30 : Séance plénière

**Comment la Collectivité de Corse peut-elle se projeter dans des solutions innovantes ?**

#### Vers une expérience numérique en Corse :

- Docteur Pierre Simon, Past-Président de la société française de la télémédecine

#### Maison de santé virtuelle, Millesoins la santé sur un plateau :

- Docteur Catherine Prioux, Médecin sur le plateau des Millevaches à Faux-la-montagne (Corrèze)

#### Start-up Papillon, un moyen de lutter contre les déserts médicaux :

- Docteur Antoine Prioux, Pharmacien sur le plateau de Millevaches à Bugeat (Corrèze) créateur de la Start-up Papillon

15h30-17h00 : Ateliers de Travail

#### Prévention des maladies émergentes :

- M. Jean-Baptiste Santoni, Chef du service de la lutte antivectorielle de la Collectivité de Corse
- M. Josselin Vincent, Direction Santé Environnement, ARS de Corse

#### Expérience numérique en Corse :

- Docteur Augustin Vallet, Médecin généraliste référent du projet Alta Strada (télémédecine) Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins Libéraux (URPS ML)
- Docteur Florence Ottavy, Médecin dermatologue Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins Libéraux

#### Accès aux soins de confort et bien être en Corse :

- Mme Laetitia Cucchi, Présidente de l'Association Inseme
- Docteur Sauveur Merlenghi, Président de la ligue contre le cancer de la Corse-du-Sud
- Docteur Marie-Hélène Pietri-Zani, Médecin conseil, ARS de Corse

#### Offre de soins en oncologie pédiatrique :

- Docteur Edeline Coinde, Cheffe de Pôle au Centre Hospitalier d'Ajaccio.



## Samedi 6 juillet 2019

9h00 : Réception des participants – Accueil café

9h30-10h30 : Séance plénière

**Quelle prévention développer sur tous les territoires ?**

#### Parentalité :

- Docteur Christine Colin, Professeur titulaire en santé publique à l'Université de Montréal

#### La prévention chez les personnes âgées :

- Docteur Marie-Pierre Pancrazi, Médecin Psychiatre au Centre Hospitalier de Bastia responsable de l'unité mémoire.

10h30-12h00 : Ateliers de Travail

#### Dépistage et prise en charge précoce du handicap :

- Docteur Dominique Constantini-Lutz, Médecin Pédiatre
- M. Nonce Giacomoni, Président de l'association Espoir Autisme Corse

#### Parcours de soins et prévention chez les personnes âgées :

- Mme Marie Cianelli, Directrice de l'Autonomie, Collectivité de Corse
- Mme Julie Pantaloni-Baranovsky, Présidente de l'Union Nationale de l'Aide, des soins et des services à domicile (UNA)

#### Prévention des conduites addictives chez les jeunes :

- M. Laurent Croce, Directeur de la Protection de l'Enfance, Collectivité de Corse
- Mme Michèle Bellone, Directrice de l'Association LEIA (Lien, Écoute, Initiative, Accompagnement)
- M. Didier Ramelet-Stuart, Direction Adjointe chargée de la jeunesse, Collectivité de Corse

12h00-14h00 : Déjeuner sur place - Buffet

14h00-14h30 : Séance plénière

**Trajectoire vers un CHR en Corse :**

- Docteur Patrick Metais, Médecin responsable du Département d'Information Médicale du Centre Hospitalier de Bastia

14h30-16h00 : **Restitution des Ateliers et Présentation des fiches actions**

16h00 : **Clôture des Premières Assises territoriales de la santé**

**1<sup>me</sup>**  
**ASSISE**  
**TERRITORIALE**  
**DI A SALUTE**  
ASSISES TERRITORIALES  
DE LA SANTÉ



**CORTI**  
**5/6.07.2019**  
i 5 è 6 di luddu di u 2019

**1<sup>me</sup>**  
**ASSISE**  
**TERRITORIALE**  
**DI A SALUTE**  
ASSISES TERRITORIALES  
DE LA SANTÉ

**PROGRAMME**

**CORTI**  
**5/6-07-2019**  
i 5 è 6 di luddu di u 2019

CdC/Dir.Com.Inst./06-2019/istockphotos/PhP.

