



Conseil Economique Social Environnemental et Culturel de Corse
Cunsigliu Economicu Sociale di l'Ambiente e Culturale di Corsica

Auto-saisine relative aux :

Déplacements médicaux vers le continent :
Innover pour supprimer les inégalités territoriales

Rapport adopté à l'unanimité en séance plénière le 18 septembre 2018

A l'issue de ses travaux, la Commission dresse un quadruple constat :

- 1- La spécificité sanitaire de la Corse (absence de CHR/CHU et de certaines spécialités) est réelle et lourde de conséquences au plan humain, social et financier pour sa population, trop souvent contrainte de se rendre sur le continent. En effet, 26 000 déplacements sont enregistrés chaque année, chaque famille est concernée or le financement des transports en avion et bateau représente seulement 18 % des frais de transports remboursés par les Caisses (2% pour les mineurs).
- 2- Les modalités de prise en charge de l'Assurance Maladie sont restrictives et inadaptées à la réalité de l'île. (Demande d'Entente Préalable systématique, prise en charge d'un seul accompagnateur pour les - de 16 ans, examens au cas par cas pour les adultes et les 16-18 ans, absence de prise en charge de l'hébergement etc...). Elles créent une rupture d'équité territoriale inacceptable qui entraîne des phénomènes de précarité et de renoncement aux soins.
- 3- Les actions complémentaires récentes mises en place par certaines associations, compagnies de transports, mutuelles et par la Collectivité de Corse (CdC), ont permis d'améliorer la situation et de pallier les carences du service public. Elles témoignent de l'évolution de la société insulaire et de la maturité de la réflexion liée à cette problématique.
- 4- La prise de conscience des acteurs locaux ne permettra pas de soulager les familles de manière systématique et pérenne des difficultés qu'elles rencontrent dans leur parcours de soin. La réponse à cette problématique ne peut reposer sur des actions individuelles, éparpillées et limitées. Il importe désormais que les institutions publiques s'en emparent pleinement afin de mettre en place un cadre réglementaire adapté à la spécificité sanitaire de la Corse.

Face à cet enjeu de société majeur, le CESEC souhaite contribuer à la recherche de solutions qu'il convient d'engager au plus tôt. Il formule à ce titre deux types de préconisations :

➤ **Améliorer l'offre de santé en Corse pour diminuer ces déplacements.**

Trois grands axes de réflexion sont retenus pour garantir la continuité du parcours de soin et sécuriser la prise en charge des malades tout en réduisant au maximum les déplacements qui peuvent l'être :

- Améliorer et compléter les infrastructures insulaires.
- Encourager les partenariats et les déplacements de spécialistes en Corse.
- Encourager le développement de la télémédecine.

➤ **Faire face à l'urgence via 10 propositions concrètes d'innovations à mettre en œuvre au niveau local et national pour améliorer la prise en charge des départs inévitables.**

Dans le cadre des compétences de la Collectivité de Corse en matière de transport :

- 1- Faciliter l'accès aux transports (garantir des places prioritaires pour les malades et leurs accompagnateurs en cas de trafic normal ou perturbé).
- 2- Améliorer la prise en charge par les compagnies de transport (procédures d'embarquement et d'enregistrement prioritaires, accompagnement spécifique).
- 3- Améliorer la prise en charge dans les ports et aéroports (salles d'attente dédiées aux malades).

Dans le cadre des pratiques des Caisses locales :

- 4- Créer un « Parcours attentionné » dédié aux malades devant se rendre sur le continent.
- 5- Généraliser le tiers payant pour tous les assurés de Corse.
- 6- Autoriser l'accompagnateur pour les enfants de + de 16 ans et les + de 65 ans.
- 7- Autoriser la prise en charge totale du billet retour suite à une EVASAN.

Dans le cadre de l'adaptation du Code de la Sécurité Sociale :

- 8- Supprimer l'entente préalable pour les cas impossibles à traiter en Corse et les EVASAN.
- 9- Permettre la prise en charge du 2^{ème} accompagnateur d'un mineur en ALD.
- 10- Permettre la prise en charge des frais d'hébergement en cas d'ALD.

Il conviendra pour cela de s'appuyer sur les dispositifs législatifs et réglementaires qui consacrent le droit à l'innovation et la lutte contre les inégalités territoriales en matière d'accès aux soins, ainsi que sur ceux qui prévoient la prise en compte de la spécificité de la Corse (Statut d'île montagne, volet spécifique de la Stratégie Nationale de Santé).

Préambule	p 4
------------------------	-----

I – La réalité des déplacements vers le continent : une problématique spécifique	p 6
---	-----

1- La spécificité sanitaire de la Corse	p 7
1-1 Les principales caractéristiques de la population.....	p 7
1-2 L'offre de santé locale et l'absence de CHR/CHU.....	p 7
2- Le nombre de transports annuels vers le continent	p 10
2-1 Le « taux de fuite » de la Corse.....	p 11
2-2 Les transports pris en charge par les Caisse d'Assurance Maladie de Corse.....	p 12
3- Le coût annuel des transports vers le continent	p 15
3-1 Le coût des transports pris en charge par les Caisses d'Assurance Maladie de Corse.....	p 15
3-2 Le coût des évacuations sanitaires.....	p 16
4- Les modalités juridiques qui encadrent les déplacements médicaux	p 17
4-1 La prescription médicale.....	p 17
4-2 La demande d'accord préalable.....	p 17
4-3 La prise en charge d'un accompagnateur.....	p 17
4-4 Les modalités de remboursement.....	p 17
4-5 Les pratiques des Caisses locales	p 18

II – Les difficultés des malades devant se rendre sur le continent : la double peine	p 20
---	------

1- Le manque d'information	p 21
2- La prise en charge restrictive des accompagnateurs	p 22
2-1 La prise en charge d'un seul parent pour un enfant malade.....	p 22
2-2 L'absence de prise en charge des visites à un enfant hospitalisé.....	p 23
2-3 La prise en charge au cas par cas d'un accompagnateur pour un malade adulte.....	p 23
3- Les difficultés rencontrées en matière de transport	p 24
3-1 Les problèmes d'accès aux transports.....	p 24
3-2 La qualité du transport à améliorer.....	p 25
4- Les difficultés rencontrées en matière d'hébergement	p 26
4-1 L'absence de prise en charge de l'hébergement.....	p 26
4-2 Le manque d'hébergements.....	p 26
5- Les actions mises en œuvre au niveau local	p 28
5-1 L'information.....	p 28
5-2 L'accompagnement.....	p 29
5-3 Le transport.....	p 30
5-4 L'hébergement.....	p 31

III- Des propositions d'évolution et d'adaptation : rétablir l'équité	p 32
--	------

1- Améliorer l'offre santé en Corse	p 33
1-1 Améliorer et compléter les infrastructures insulaires.....	p 33
1-2 Encourager les partenariats et les déplacements de spécialistes en Corse.....	p 34
1-3 Encourager le développement de la télémédecine.....	p 34
2- Améliorer la prise en charge des flux incompressibles	p 35
2-1 Dans le cadre des compétences de la Collectivité de Corse en matière de transport.....	p 36
2-2 Dans le cadre des pratiques des Caisses locales.....	p 36
2-3 Dans le cadre de l'adaptation du Code de la Sécurité Sociale.....	p 37
2-4 Un cadre réglementaire innovant adapté aux spécificités de la Corse.....	p 38
3- Proposition de suivi et d'évaluation	p 40

Conclusion	p 40
-------------------------	------

Le contexte :

Du fait de son insularité, de sa faible démographie et parce qu'elle est la seule région de France métropolitaine qui ne dispose pas de CHR/CHU, certaines spécialités médicales ne sont pas pratiquées en Corse. L'offre de santé locale n'est donc pas en capacité de répondre totalement aux besoins des patients de la région.

Cette problématique d'accès aux soins existe également ailleurs en France. En effet, sur le continent certaines zones sont éloignées de grands centres hospitaliers et il arrive que des malades doivent accéder à des soins très spécifiques en dehors de leur région. Toutefois, elle revêt une ampleur considérable et un caractère bien plus problématique en Corse. D'une part, car l'impossibilité d'utiliser les transports routiers, et donc l'obligation d'avoir recours aux transports aériens et maritimes, compliquent considérablement la prise en charge des assurés insulaires. D'autre part, car le pourcentage de la population concernée est très élevé. En effet, cette réalité a déjà affecté au moins une fois chaque famille résidant sur l'île. Souvent vécus comme une injustice par les malades et leurs proches, les déplacements médicaux vers le continent entraînent de nombreuses difficultés et des surcoûts non pris en charge par l'Assurance Maladie. Ils posent ainsi la question de l'égalité de traitement face à la maladie.

Des avancées importantes ont été enregistrées récemment au niveau local mais cet enjeu de société demeure toutefois entier pour les pouvoirs publics. En effet, il reste encore beaucoup à faire pour soulager les familles des difficultés logistiques, matérielles et financières qui constituent une double peine qui vient s'ajouter à la maladie lors d'un déplacement sur le continent.

La Commission Ad Hoc consacrée aux « Déplacements médicaux » du CESEC :

Le Conseil Economique Social, Environnemental et Culturel de Corse (CESEC) est le représentant et l'expression organisée de la société civile insulaire. Organe consultatif de la CdC, il est chargé d'assister le Conseil Exécutif et l'Assemblée de Corse en élaborant des avis sur les sujets dont il est saisi.

Le CESEC dispose d'un pouvoir d'auto-saisine. C'est dans le cadre de ce pouvoir que le Conseil a souhaité s'emparer de la problématique spécifique des déplacements médicaux et d'en faire une priorité. Seulement deux mois après le renouvellement de mars 2018, une Commission Ad hoc dédiée « aux déplacements médicaux sur le continent » a ainsi été créée lors de la séance plénière du 25 mai 2018 par un vote à l'unanimité.

La présidence en a été confiée à Laetitia DESCOIN-CUCCHI, représentante des UDAF 2A et 2B, Présidente de l'Association INSEME, qui est à l'origine de la création de cette commission.

Sa composition en est la suivante :

- Dominique BALDACCI
- Jean-Michel BIONDI
- Jean BRIGNOLE
- Jean-Pierre CLEMENTI
- Jean DAL COLLETTA
- Stéphanie DE CICCIO
- Laetitia DESCOIN- CUCCHI
- Antoine FERACCI
- Jean-Pierre LUCIANI
- Marie-Madeleine MONDOLONI
- François PERNIN

Trois objectifs principaux :

La Commission a souhaité articuler ses travaux autour des trois objectifs listés ci-dessous en vue de l'élaboration d'un rapport destiné aux Présidents du Conseil Exécutif et de l'Assemblée de Corse :

1. Etablir un état des lieux précis des déplacements médicaux.
2. Evaluer les difficultés des malades devant se rendre sur le continent pour raison médicale.
3. Elaborer des propositions d'amélioration de prise en charge des malades lors de ces déplacements.

L'association des différents acteurs concernés :

La diversité des acteurs concernés par cette problématique et la nécessité d'apporter une réponse globale à la question de la prise en charge d'un bout à l'autre du parcours lié à un déplacement médical, ont conduit la Commission à associer différents partenaires à ses réflexions. C'est ainsi que plusieurs représentants des secteurs privés, associatifs et institutionnels ont été sollicités afin de disposer de tous les éléments chiffrés nécessaires à l'élaboration de propositions concrètes, argumentées et crédibles.

- Les Caisses d'Assurance Maladie (CPAM 2A, CPAM 2B, MSA, RSI)
- L'Agence Régionale de la Santé de Corse (ARS)
- La Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA)
- Les Maisons des Personnes Handicapées (MDPH)
- L'Observatoire Régional de la Santé (ORS)
- L'Instance Régionale d'Education et de la Promotion de la Santé (IREPS)
- Les établissements de santé publics (CH Ajaccio et Bastia, Casteluccio, Sartène)
- Les établissements de santé privés (Cliniques Ospedale, Maymard, Clinisud)
- Les professionnels de Santé (URPS Médecins libéraux, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, pharmaciens)
- Les Mutuelles (MAE, MCM, MFC, MGC, MGEN)
- Les Associations (APF, Ligue contre le Cancer 2A et Ligue contre le cancer 2B, INSEME, les Diabétiques de Corse, La Marie-Do, Espoir Autisme Corse, Corsica Sida)
- L'INSEE Corsica

Diverses contributions ont été transmises à la Commission par :

- L'ARS
- La CPAM 2A (pour le compte des 2 CPAM)
- La CRSA
- L'Hôpital d'Ajaccio
- La MSA
- Les Mutuelles MFC et MGC
- Ainsi que les associations telles que l'APF, la Ligue contre le Cancer 2B, INSEME, Les Diabétiques de Corse, La Marie-Do

Le calendrier retenu :

Compte tenu de la période de consultation du Projet Régional de Santé 2018-2023 s'achevant à la mi-septembre et de la venue en Corse de Madame la Ministre de la Santé prévue pour l'automne, la Commission a décidé de concentrer ses travaux pendant la période estivale afin de pouvoir restituer un rapport à la rentrée.

Au total, 6 réunions ont eu lieu :

- Le 26-06-18 : organisation des travaux et validation du calendrier ;
- Le 16-08-18 : auditions de La Ligue contre le cancer 2A, l'APF et la MSA Corse ;
- Le 22-08-18 : auditions des Associations Les Diabétiques de Corse, la Ligue contre le cancer 2B, INSEME et La Marie-Do ;
- Le 29-08-18 : auditions de la MFC et de la MGC, de la CPAM 2A et de l'ARS ;
- Le 03-09-18 : restitution des travaux ;
- Le 13-09-18 : validation du rapport final.

Première partie

**La réalité des déplacements vers le continent :
UNE PROBLEMATIQUE SPECIFIQUE**

Les déplacements médicaux vers le continent, également appelés « flux sanitaires » ou « fuites », sont bien connus de tous les insulaires, longtemps subis comme une fatalité, ou un mal nécessaire. La réalité qui sous-tend cette problématique est peu étudiée et donc peu documentée. Aussi, avant d'entreprendre toute démarche visant à améliorer la prise en charge des malades, importe-t-il de procéder à un état des lieux de ces déplacements.

Grâce à de nombreuses auditions et échanges avec les partenaires impliqués dans ce domaine, le présent rapport vise ainsi à établir un diagnostic objectif de la réalité des flux vers le continent. Pour ce faire, il convient de rappeler la spécificité sanitaire de la Corse (1), d'établir une évaluation précise du nombre (2) et du coût (3) de ces déplacements, puis d'examiner le cadre juridique qui les encadre (4).

1- La spécificité sanitaire de la Corse

Le Cadre d'Orientation Stratégique (COS) 2018-2028 détermine les objectifs généraux et les résultats attendus de la politique de santé. Son analyse permet de faire le point des forces et faiblesses du système de santé et également des particularités sociodémographiques et sanitaires de l'île.

1-1 Principales caractéristiques de la population

La Corse est une île de 327 000 habitants de faible densité démographique, avec une population vieillissante, un taux d'activité faible et une pauvreté très élevée.

Un peuplement faible et concentré autour de deux pôles urbains :

Avec une croissance démographique annuelle d'1% qui est la plus élevée de toutes les régions, la Corse est de très loin la moins peuplée. La moitié de ses 360 communes comptent moins de 100 habitants et 60% de la population réside à Ajaccio et Bastia.

Une population âgée et vieillissante :

La population corse est âgée (¼ de la population a 60 ans ou plus).

Les + de 65 ans pourraient représenter environ 28% de la population en 2028 et 1/3 de celle-ci en 2040 selon l'INSEE.

Une faiblesse générale de l'activité et de l'emploi :

La Corse est l'une des régions où les indicateurs de fragilité professionnelle sont les plus élevés. Le taux de chômage global y était de 10% en 2017, contre 9,2% pour la métropole.

Une pauvreté très élevée :

La Corse est l'un des territoires les plus pauvres avec l'est de l'Occitanie et le nord des Hauts de France. Les - de 18 ans, les familles monoparentales, les + de 65 ans et les ruraux y présentent les caractéristiques les plus défavorables de même que la Balagne, le Sud et la Plaine Orientale, qui présentent l'activité saisonnière la plus importante. Les dispositifs d'aides complémentaires de santé sont moins sollicités qu'au niveau national. L'offre d'accueil des personnes défavorisées est encore en structuration.

1-2 L'offre de santé locale et l'absence de CHR / CHU

L'offre de soins régionale se décline via des filières de prise en charge qui doivent permettre d'assurer une continuité dans le parcours de soins. Une filière s'organise autour des structures du 1^{er} recours (médecins généralistes et spécialistes de ville), des structures de 2^{ème} niveau (établissements de proximité, centres de diagnostic), des centres spécialisés de 3^{ème} niveau (CHU, autres établissements spécialisés).

a) L'offre et le recours aux soins primaires :

L'offre en médecins libéraux.

Avec 290 médecins généralistes en 2017 la densité de professionnels de 1^{er} recours est satisfaisante et stable mais la démographie médicale est vieillissante, notamment dans le rural faiblement peuplé et enclavé. Les temps d'accès au généraliste sont plus élevés avec 6,6% de la population se situant à + de 20mn du médecin le plus proche contre 0,4% au plan national. Pour les spécialistes on constate de fortes disparités entre spécialités. La majorité est installée dans l'urbain (80% à Ajaccio et Bastia).

L'offre paramédicale.

Le constat est moins problématique en termes d'accessibilité. La Corse est ainsi la région la plus dense de France en infirmiers libéraux et la 2^{ème} plus dense en masseurs kinésithérapeutes.

L'offre en officines de ville et en laboratoires d'analyses médicales.

La Corse dispose de 134 officines de pharmacie ouvertes au public et de 6 laboratoires de biologie médicale, ce qui la place au-dessus de la moyenne nationale.

L'offre en chirurgiens-dentistes.

La densité de chirurgiens-dentistes est supérieure à la moyenne nationale avec cependant de très fortes disparités. Le Centre Corse et la Plaine orientale étant bien moins dotés que la moyenne métropolitaine et 4 zones de 1^{er} recours ne comptant aucun dentiste.

Les services et structures ambulatoires.

L'exercice coordonné :

En 2017 l'offre de 1er recours est complétée par :

2 Centres de Santé Polyvalents à Ajaccio et Bastia et 6 centres de santé dentaires.

3 Maisons de Santé Pluri-professionnelles sont en fonction : San Nicolao, Calenzana, Cargèse et Levie.

8 Réseaux de santé, régionaux et inter-régionaux facilitent la coordination des soins autour d'une population ou d'une pathologie.

La réponse aux soins non programmés :

En Corse-du-Sud, 2 Maisons Médicales de Garde assurent des consultations en week-end et jours fériés sur 4 sites de même que l'association « SOS médecins » à Ajaccio. Dans le rural 8 médecins correspondants du SAMU sont formés à la prise en charge des urgences.

Le recours aux soins primaires.

Le recours au soin libéral est lié à l'offre existante. Il est plus difficile pour les populations en situation de précarité. La spécificité géographique de la Corse, île montagne, sa faible densité en professionnels dans le rural, apparaissent comme des causes aggravantes du renoncement aux soins pour les plus précaires.

b) L'offre et le recours aux soins hospitaliers :

Les différents établissements de santé publique.

Les Centres Hospitaliers sont répartis en différentes catégories mentionnées par le Code de la Santé Publique. On distingue ceux à vocation régionale et ceux au champ de compétences plus limité :

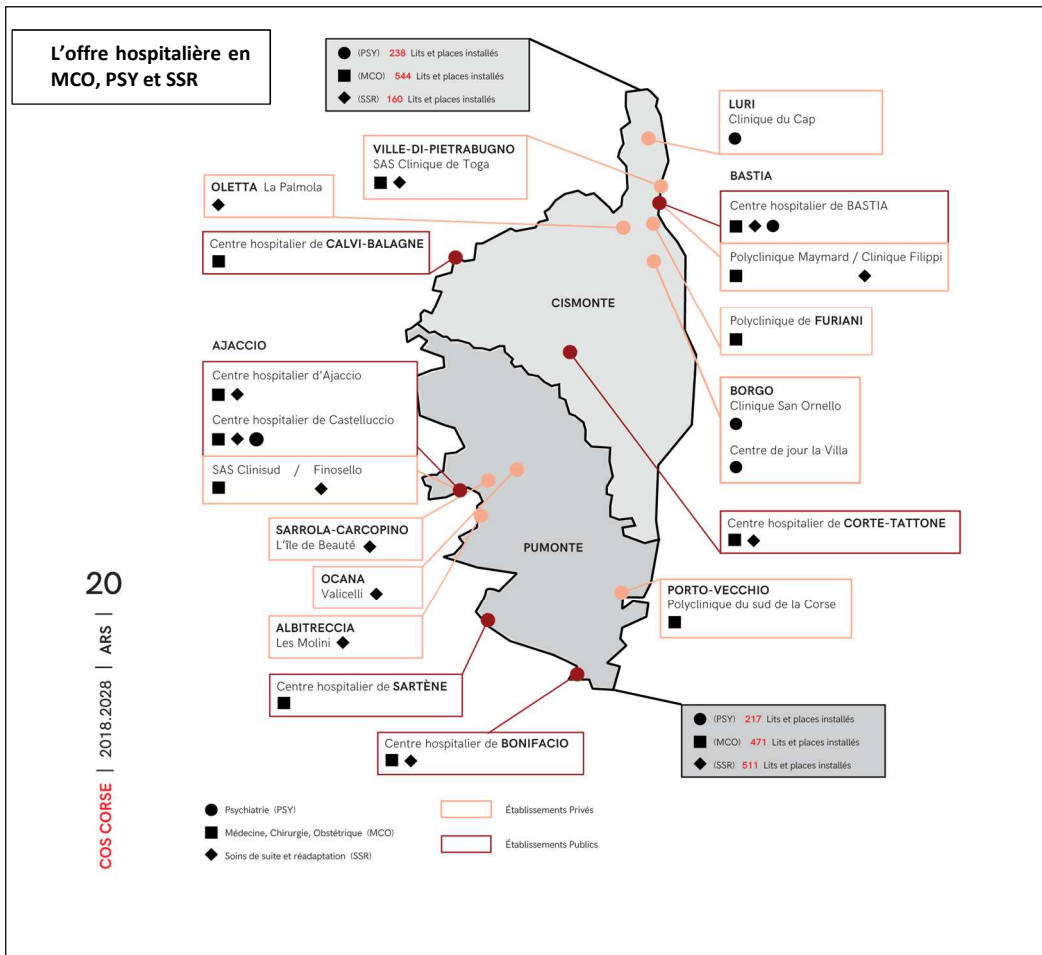
- Les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) : ils ont une vocation régionale liée à leur haute spécialisation. Ils disposent du plateau technique maximal et doivent offrir tous les soins, y compris les plus rares, nécessaires aux malades de la région.
- Les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) : il s'agit des CHR qui ont passé une convention avec une faculté ou une école de médecine comportant une ou plusieurs unités de formation et de recherche (UFR) en médecine, pharmacie ou odontologie.
- Les Centres hospitaliers (CH) : les CH n'ayant pas passé de convention avec une unité de formation et de recherche sont les plus nombreux. On distingue les Centres Hospitaliers Généraux (CHG) et Centres Hospitaliers Spécialisés (CHS).
- Les Hôpitaux Locaux (HL) : ils comportent des unités d'hospitalisation destinées à la pratique médicale courante. Ils peuvent en outre avoir des activités de moyen et long séjour.

L'offre de soins hospitaliers en Corse.

- Etablissements publics : 7 Centres Hospitaliers, dont 2 établissements de recours, chacun pivot des 2 Groupements Hospitaliers de Territoires départementaux (GHT), 4 Hôpitaux de proximité et 1 Centre Hospitalier spécialisé. Ils proposent une offre en Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO), en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et en Psychiatrie (PSY).
- Etablissements privés : 14 établissements proposant une offre de MCO, SSR et PSY.
- La Corse compte 5 établissements d'Hospitalisation A Domicile (HAD) et 8 structures de dialyse. L'île dispose de 5 IRM (une 6^{ème} IRM est autorisée et implantée en Plaine Orientale mais à ce jour non installée), 7 scanners, 3 gamma-caméras, 3 appareils de radiothérapie et 1 caisson hyperbare.
- La prise en charge des urgences est organisée, autour des deux SAMU-centre 15 de Bastia et d'Ajaccio par 4 Structures d'Accueil des Urgences (SAU), 2 Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR) et leurs 6 antennes territoriales et 2 avions assurant les évacuations sanitaires d'urgence.

Il convient de noter qu'à cela s'ajoutent :

- 28 EHPAD qui assurent au quotidien l'accompagnement et la prise en charge des malades d'Alzheimer. L'île dispose d'un des taux d'équipement les plus faibles. Le maintien à domicile demeure important.
- Un taux d'équipement sur le secteur du handicap globalement cohérent avec les taux nationaux. L'offre de prise en charge médico-sociale a progressé de près de 13 % au niveau des capacités autorisées et installées mais il subsiste encore certains retards à combler.



Le recours aux soins hospitaliers.

S'agissant de l'offre hospitalière en MCO, SSR et PSY adultes, la Corse a un taux de recours aux soins supérieur à la moyenne nationale : 80% des séjours en médecine sont réalisés en Corse dont plus de 50% au sein des centres hospitaliers d'Ajaccio et de Bastia. Toutefois, la Corse est la seule région dans laquelle il n'existe pas de CHU ni de CHR. Du fait du plateau technique limité des Centres Hospitaliers insulaires, les malades doivent s'adresser aux CHU du continent pour certains soins spécialisés. L'offre locale ne peut donc pas répondre totalement aux besoins de prise en charge des patients de la région.

Pour être complet sur le sujet, il est à noter que les débats sur le Plan d'Aménagement et de Développement Durable de la Corse (PADDUC) ont identifié la santé comme la plus grande préoccupation des habitants de l'île. De plus, dans le cadre d'un sondage réalisé en janvier 2018 (Sondage Paroles de Corse-Opinion of Corsica – C2C Corse), il apparaît que 68% des Corses jugent l'offre de soins de mauvaise qualité. Ce sont les moins de 35 ans qui sont les plus sévères à 73%, et les habitants du rural à 72%.

Selon le mensuel « *Le résultat est sans appel et inquiétant. Au cœur des préoccupations des insulaires et face aux difficultés à la fois structurelles et conjoncturelles, le secteur de la santé n'aura jamais été aussi sensible et polémique. Désert médical, manque de moyens et de spécialistes, remise en cause trop tardive des pratiques, conflits sociaux à répétition, il est temps de sortir de cette impasse sanitaire.* »

L'examen des données relatives à l'offre de soin en Corse permet de dresser 4 constats qu'il convient d'analyser au regard des caractéristiques sociodémographiques et sanitaires de sa population :

- Une démographie médicale vieillissante ;
- Une offre de soin inégalement répartie ;
- L'absence de CHR / CHU ;
- Des spécialités inexistantes ou insuffisantes pour faire face à la demande.

Ces particularités engendrent de nombreux déplacements médicaux hors région pour la prise en charge des pathologies qui exigent une certaine technicité. Il convient d'en évaluer le nombre et le coût.

2- Le nombre de transports annuels vers le continent

L'étude des flux sanitaires doit être réalisée à partir de données concrètes. Ainsi, la Commission a examiné les éléments transmis par l'Agence Régionale de Santé, les Caisses du Régime général (CPAM 2A et 2B) et la MSA (protection sociale du monde agricole et rural) de même que le rapport de Laura HOUBEAUT réalisé en mars 2011 pour l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique intitulé « *Réduction des flux sanitaires Corse-Continent et continuité des soins : un enjeu stratégique pour la Corse* ».

Ces éléments se basent sur les 2 types de sources d'évaluation qui existent :

- Celles fournies par les Caisses quant aux déplacements de leurs assurés : elles jouent un rôle fondamental car elles décident de la prise en charge des déplacements. Leurs données permettent d'évaluer les flux et leur coût.

- Celles de l'outil PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information) qui ne s'intéresse qu'aux hospitalisations, tant insulaires que continentales : depuis 1991 les établissements de santé publics et privés doivent mettre en œuvre des systèmes d'information qui tiennent compte notamment des pathologies et des modes de prise en charge. C'est l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH), qui centralise les données PMSI de chaque région.

Ces dernières permettent d'analyser le nombre de transports annuels autorisés, leurs motivations et leurs coûts, éléments indispensables pour évaluer la réalité du « taux de fuite ».

2-1 Le « taux de fuite » de la Corse

Les flux sanitaires hors région sont qualifiés de « fuite » par l'administration car ils ont pour conséquence une perte de prise en charge pour la région d'origine des malades. Le « taux de fuite » inter-régional est un indicateur qui comprend le nombre total de séjours effectués par les patients d'une région (ex : la Corse) dans des établissements implantés dans une autre région (ex : PACA, Alpes Maritimes).

	Taux de fuite en MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique)
Année 2015	15,60 %
Année 2016	15,50 %
Moyenne nationale	4,51 %
	Taux de fuite en HAD (Hospitalisation A Domicile)
Année 2015	0,20 %
Année 2016	0,10 %
Moyenne nationale	0,38 %
	Taux de fuite en PSY (Psychiatrie)
Année 2015	2,90 %
Année 2016	3 %
Moyenne nationale	1,01 %
	Taux de fuite SSR (Soins de suite et Réadaptation)
Année 2015	16,70 %
Année 2016	17,20 %
Moyenne nationale	6,50 %

Source : éléments fournis par l'ARS au CESEC – Aout 2018

Le « taux de fuite » de la Corse en MCO s'élevait à 15,5 % en 2016. Ce chiffre doit toutefois être relativisé.

D'une part, car qu'il est stable depuis plusieurs années. En effet, la comparaison des taux de 2016 avec ceux de 2010 publiés dans le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) 2012 – 2016 indique que le niveau du « taux de fuite » de la Corse demeure constant. Il s'élevait ainsi à 15,5 % en 2010.

D'autre part, parce que la Corse n'est pas la seule dans ce cas. L'examen des données de l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) apporte en effet des éléments de comparaison à la situation de la Corse. Laure HOUBEAUT constatait ainsi que si le « taux de fuite » de l'île en MCO dépassait depuis plusieurs années les 10%, c'était également le cas pour d'autres régions.

- Ainsi, en 2010 la Corse était la 2^{ème} région de France pour les fuites après la Picardie qui avait un « taux de fuite » de 16,2%. Cela s'expliquait par le fait qu'au Nord de la région se trouvait le CHU de Lille doté de l'un des plateaux techniques les plus développés et au Sud la proximité de Paris avec des centres très performants et facilement accessibles.
- La situation géographique de la Région Centre conduisait aux mêmes effets. Le « taux de fuite » était de 11,8 % du fait de la proximité de la région parisienne et de ses grands centres hospitaliers.
- La Région Bourgogne avait un « taux de fuite » de 12,2% et les Régions Champagne-Ardenne, Poitou-Charentes et Auvergne étaient également soumises à des fuites de leurs patients.

Depuis le 1^{er} janvier 2016 et le redécoupage des régions, la région Auvergne ayant fusionné avec Rhône-Alpes et la région Bourgogne avec la Franche-Comté, les taux de fuite de ces territoires ont diminué de fait (9,9 % pour la Bourgogne-Franche Comté en 2017 et 3,2 % pour Auvergne-Rhône Alpes en 2017). En revanche, la région Centre qui n'a pas changé affiche encore un « taux de fuite » de 13,8 % en 2016 et 13,9 % en 2017.

Les « fuites » existent donc ailleurs en France. Elles sont majoritairement dues à l'attractivité des territoires voisins situés à proximité et dotés de plateaux techniques spécialisés. Dans ce contexte, la situation de la Corse apparaît comme particulière :

- Elle est dépourvue de CHR/CHU et de certaines spécialités ; les « fuites » sont souvent inévitables et ne sont pas dues à un simple problème d'attractivité de régions mieux dotées que la Corse ;
- Les « fuites » au départ de la Corse se traduisent par des déplacements en bateau ou en avion. Ces modes de transport sont très onéreux. Ils ne permettent pas le déplacement de plusieurs accompagnateurs, ni les allers-retours fréquents comme cela est possible en voiture.

2-2 Les transports pris en charge par les Caisses d'Assurance Maladie de Corse

a- Le nombre de transports pris en charge

Les données étudiées ci-après sont celles fournies par les CPAM et la MSA pour l'année 2017. Elles donnent une image fiable du nombre de déplacements puisque les Caisses ont précisé que le Régime général représente 88% des assurés et le Régime agricole 8%, soit à eux deux 96% des assurés insulaires.

Il est utile de rappeler que parmi les remboursements opérés par les Caisses se distinguent différents types de transports : Ambulance, Véhicule Sanitaire Léger, Taxi et « autres frais de transport ». Seuls ces derniers sont utiles pour l'étude des flux vers le continent car ils regroupent les modes de transport autres que les transports terrestres, c'est-à-dire l'avion et le bateau.

Nombre d'accords délivrés en 2017					
	Total	Adultes	% des adultes	Mineurs	% des mineurs
MSA	1 815	1 675	92 %	140	8 %
CPAM 2A	12 388	11 070	89 %	1 318	11 %
CPAM 2B	11 693	10 147	87 %	1 546	13 %
TOTAL	25 896	22 892	88 %	3 004	12 %

Au total, environ 26 000 déplacements médicaux ont donc été effectués au départ de la Corse en 2017 et seulement 12 % d'entre eux concernaient les enfants.

Laure HOUBEAUT fait apparaître que, de manière générale, la part des transports sur le continent a tendance à diminuer par rapport au nombre total de transports. Ainsi, en 2001, ils représentaient 1/3 des frais de transports. Cette diminution s'explique selon elle par « une offre de soins plus importante sur l'île, ce qui permet de faire face à la demande des assurés insulaires et donc de leur offrir, pour certaines pathologies, une bonne prise en charge, voire même efficiente, car les coûts engendrés seront généralement moins importants qu'un départ sur le continent ».

b- Les causes des transports pris en charge

L'analyse des données relatives aux prescripteurs de ces déplacements, aux lieux de destinations et aux pathologies et soins concernés permet d'appréhender les causes de ces flux sanitaires hors de Corse.

Le rôle des prescripteurs :

Les prescripteurs sont essentiels dans l'analyse des motifs des déplacements puisque généralement les patients consultent un médecin en Corse et c'est lui qui décide de les envoyer consulter sur le continent pour avoir un second avis ou les diriger vers un spécialiste.

Coûts des transports (avion + bateau) remboursés par les CPAM 2A et 2B par prescripteurs				
Année	2016	%	2017	%
Montant total	27 661 372 €	100 %	29 651 263 €	100 %
Etablissements sanitaires	13 111 668 €	47 %	13 799 513 €	46 %
Médecins libéraux	14 549 704 €	53 %	15 851 750 €	54 %
Coûts des transports (avion + bateau) remboursés par la MSA par prescripteurs				
Année	2016	%	2017	%
Montant total	368 872 €	100 %	437 939 €	100 %
Etablissements sanitaires	95 593 €	26 %	93 183 €	21 %
Médecins libéraux	273 279 €	74 %	344 756 €	79 %

En 2017, pour le Régime général (54%), comme pour la MSA (79%), les principaux prescripteurs sont les médecins libéraux (omnipraticiens et spécialistes exerçant en dehors d'un établissement). A cela, il convient d'ajouter que l'étude réalisée en 2009 par l'URCAM pour le Régime général indique que les prescripteurs qui dirigent les patients sur le continent sont en très grande majorité installés en Corse, et dans une moindre mesure des professionnels ou des établissements du continent.

Par ailleurs, Laure HOUBEAUT mentionne l'étude de la CPAM 2A de 2009 concernant ces flux et précise que certains libéraux se trouvent en haut du classement, notamment de certains gynécologues spécialisés dans la procréation médicalement assistée. Les médecins généralistes qui se trouvent assez rapidement dans le

classement sont ceux dont l'activité est très importante. Le nombre de prescriptions de transport est de ce fait proportionnel à l'activité du médecin prescripteur.

Elle indique également l'existence, selon certains des acteurs qu'elle a rencontrés, d'un effet de « clientélisme » selon lequel un patient est envoyé sur le continent simplement pour avis mais le spécialiste du continent va le convoquer à nouveau, ce qui crée cet effet de « fuite ». Il est également possible que le prescripteur du continent demande au malade de revenir afin d'assurer un simple suivi du dossier, le Dr Sauveur MERLENGHI, auditionné le 16-08-18, a confirmé cette analyse.

Les destinations choisies :

Les chiffres PMSI fournis par l'ARS concernant les 14 934 hospitalisations d'assurés insulaires sur le continent, enregistrées en 2017 pour la MCO, font apparaître d'une part, que les assurés vont aussi bien dans des établissements publics que privés et, d'autre part, qu'ils se rendent principalement dans les régions suivantes :

- PACA (82 %) : Hôpital de la Timone, Hôpital de la Conception, Hôpital Lenval, Hôpital de l'Archet, Institut Paoli-Calmettes (Centre régional de lutte contre le cancer), Hôpital privé de Clairval (Pôle oncologie), Clinique Monticelli (ophtalmologie) etc...
- Ile de France (8 %) : Hôpital Necker (spécialités pour enfants), Centres spécifiques pour les maladies orphelines etc....

Les pathologies concernées :

L'examen des pathologies permet de savoir si les personnes se déplacent parce qu'il n'existe pas sur l'île la possibilité de prendre en charge certains soins (inexistants ou trop sollicités) ou si elles partent alors qu'il existe en Corse une prise en charge adaptée et qui pourrait répondre à leurs besoins.

En premier lieu, les données des Caisses indiquent que les « fuites » concernent surtout les pathologies les plus graves qui nécessitent un suivi et des soins prolongés et coûteux. En effet, on constate qu'en 2017 16 116 déplacements médicaux (14 245 adultes et 1 871 enfants), soit plus de 60 % d'entre eux, étaient liés à une Affection de Longue Durée (ALD).

Part des ALD dans le nombre d'accords délivrés en 2017						
	Adultes	Adultes en ALD	% Adultes en ALD	Mineurs	Mineurs en ALD	% mineurs en ALD
MSA	1 675	720	43 %	140	99	70 %
CPAM 2A	11 070	6 290	57 %	1 318	808	61 %
CPAM 2B	10 147	7 235	71 %	1 546	964	62 %
TOTAL	22 892	14 245	62 %	3 004	1 871	62 %

Ces données confirment celles de la Mutuelle Familiale de la Corse et de la Mutuelle Générale de la Corse qui ont indiqué que de 2015 à 2017, 69 % des personnes ayant bénéficié du forfait accompagnant sur le continent étaient en ALD.

L'outil PMSI permet de préciser ce constat car il indique, pour chaque pathologie, la façon dont se répartissent les personnes entre le continent et la Corse. Ainsi, l'analyse des données fournies par l'ARS fait apparaître qu'en 2017, dans l'immense majorité des cas, le nombre d'hospitalisations sur le continent est inférieur à celui des hospitalisations dans un établissement de l'île. A titre d'exemple, il convient de souligner que les exceptions en MCO concernent la transplantation d'organes (100 % de fuites), les neurostimulateurs (100 % de fuites), la chirurgie cardio-thoracique et les pontages aorto-coronariens (94,30 % de fuites), chimiothérapie hors séances (60,8 %), l'appareil respiratoire et les interventions sous thoroscopie (59,90 % de fuites), la chirurgie du rachis, neurochirurgie (55,10 % de fuites).

En effet, la Corse n'est pas ou très peu équipée pour assurer ce genre d'opérations et de soins.

En outre, le SROS 2012-2016 rappelle que pour les techniques d'Assistance Médicale à la Procréation (AMP), le taux de fuite est de 98,9% car aucune structure n'est autorisée en Corse. De même aucune structure n'est autorisée en Corse pour le Diagnostic Prénatal (DPN).

Concernant les SSR, la Corse est placée au 1^{er} rang des régions françaises pour les fuites : 60,36%. Selon l'ATIH le « taux de fuite de 23,6% » témoigne d'une couverture régionale de spécialités insuffisante par rapport aux besoins de la population. Ces spécialités portent notamment sur :

- Les affections de l'appareil cardio-vasculaire, 1^{ère} place avec 20,68% des journées hors Corse ;
- Les affections du système nerveux, 2^{ème} place avec 15,81% des journées ;
- L'affection de l'appareil locomoteur, 3^{ème} place avec 15,22% ;
- Les affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien : 12% des fuites.

Il est à noter que pour :

- Les affections onco-hématologiques : les patients corses sont aujourd'hui hospitalisés principalement en région PACA (CHU et Centres de Lutte Contre le Cancer (CLCC))
- Les grands brûlés : la prise en charge en SSR des affections des brûlés est actuellement traitée dans un Schéma Interrégional d'Organisation Sanitaire (SIOS) de l'interrégion Sud Méditerranée.
- Les conduites addictives : un seul établissement (le CRF Finosello) est autorisé en Corse.

L'Association des Diabétiques de Corse a rappelé que si 10 000 personnes sont atteintes par cette maladie chronique reconnue au titre des ALD, et que le taux régional de prévalence (4,62%) est le plus élevé du pays, la Corse ne dispose pas de service de diabétologie. Ainsi les malades, notamment de Type 1, sont régulièrement contraints de se rendre sur le continent pour être pris en charge, notamment les enfants. A la découverte de la maladie une hospitalisation de 15 jours est nécessaire pour l'éducation thérapeutique qui doit permettre de s'adapter à cette pathologie. De même la Corse ne dispose pas de Centre agréé ou Centre relais pour la mise en place de pompe (appareil qui diffuse l'insuline, composant principal du traitement pour le diabète de type 1) de ce fait les malades doivent être hospitalisés 5 jours sur le continent à la découverte de la maladie, puis 2 fois par an pour le suivi.

Enfin, il a été confirmé lors des auditions que les principales pathologies concernées pour les assurés de la MSA sont celles qui ne peuvent pas être traitées en Corse ou pour lesquelles les plateaux techniques sont insuffisants. Il s'agit notamment de l'oncologie (63,52%), la neurochirurgie pour la Corse-du-Sud (7,01%), la rhumatologie (14,36%), la cardiologie interventionnelle (4,49%), la gynécologie-infertilité (4,79%), l'ophtalmologie (5,83%), examen d'imagerie TEP SCAN, Centre anti-douleur pour la Haute-Corse.

Les difficultés des déplacements dans l'île :

Il convient en outre de signaler les difficultés de transports liées à la géographie montagnaise de la Corse. Ainsi le trajet de 150 kms qui relie Ajaccio et Bastia est effectué en 3h. Ce temps doit être allongé selon les saisons et selon l'état du patient (une personne qui doit être maintenue de manière stable entraîne une conduite extrêmement prudente). De plus, la route qui relie les deux grandes villes est traversée par un col d'altitude souvent fermé en hiver pour cause de neige, ce qui impose de longer les côtes de l'île et de rallonger fortement le temps de trajet. En outre se pose la question du coût du trajet. A titre d'exemple, la neurochirurgie existe uniquement à Bastia mais Laure HOUBEAUT précise que les calculs effectués par les Caisses démontrent qu'un aller/retour en taxi coûte plus cher que l'avion. Dans ce cas, la MSA accorde un transport sur le continent au regard de l'aspect économique et surtout par considération de l'état envers santé du patient, pour qui l'avion est plus supportable.

La volonté des patients :

Les raisons pouvant conduire un patient à souhaiter être soigné hors de Corse sont multiples. Certains recherchent l'anonymat et ne souhaitent pas que leur pathologie soit connue, partir sur le continent permet de maintenir la discrétion pour des pathologies et opérations telles que le VIH ou la psychiatrie. Pour d'autres, notamment qui ne sont pas originaires de l'île, comme des retraités, il est préférable d'être soignés dans un milieu connu. Certains usagers corses, du fait d'une mauvaise expérience d'un proche par exemple, restent persuadés que leur prise en charge sera plus adaptée ailleurs. Pour autant, l'étude téléphonique conduite par l'ORS en 2000 afin de connaître l'avis des usagers sur le choix du lieu de leur prise en charge sanitaire faisait apparaître un constat majoritaire de confiance dans les structures locales. En effet, 3 personnes sur 5 affirmaient partir parce que le soin qui leur était prescrit n'existait pas en Corse. A la question « si ce soin avait été réalisable en Corse, pensez-vous qu'il y aurait départ sur le continent ? » 7 personnes sur 10 répondaient non et privilégiaient le soin sur place.

c- Les refus

Les auditions ont confirmé que le principe général posé par les Caisses (CPAM et MSA) est que l'on accorde ce que le plateau technique local ne peut assurer. Leurs responsables ont indiqué qu'en moyenne 80 % des demandes sont accordées.

Les données de la MSA ci-après sont les seules transmises à la Commission concernant les refus.

Nombre de refus délivrés par la MSA					
	Adultes	Mineurs	Total	Nombre de demandes	% de refus par rapport au nombre de demandes
2016	65	0	65	1 550	4,1%
2017	87	5	92	1 648	5,5%

Les motifs de refus invoqués pour les années 2016 et 2017 sont les suivants : soins pouvant être réalisés sur place (80%) et défaut d'accord préalable (20 %).

Lors de son audition, la CPAM 2A a signalé qu'environ 1 000 à 1 200 demandes sont traitées chaque mois sur Ajaccio, et autant sur Bastia. Il été indiqué en outre que le taux de refus est de 7%. La majorité concerne en fait des refus partiels de prise en charge de l'accompagnant ou de limitation au « bord à bord » soit Marseille ou Nice (5%). 2% des refus sont liés à l'existence d'une offre de soins en Corse.

A ce stade, l'état des lieux fait apparaître qu'environ 26 000 déplacements sont autorisés chaque année au départ de la Corse vers les principaux établissements de soins publics et privés situés à Marseille et à Nice. Ces flux concernent en majorité les adultes et dans une faible proportion les enfants (12 %). Dans tous les cas, plus de 60 % des malades concernés relèvent d'une ALD.

L'analyse des pathologies concernées indique que les déplacements sont en majeure partie contraints par l'absence de certaines spécialités sur l'île et par des plateaux techniques limités.

3- Le coût annuel des transports sur le continent

3-1 Le coût des transports pris en charge par les Caisses d'Assurance maladie de Corse

Les chiffres des Caisses démontrent que les remboursements de frais d'avion et de bateau engagés par les assurés insulaires s'élèvent à 6 millions € en 2017 et qu'ils n'ont pas beaucoup évolué au cours des dernières années.

Coûts des transports (avion + bateau) remboursés par les CPAM et la MSA					
	CPAM 2A	CPAM 2B	Sous-Total CPAM	MSA	Total Général
2008	2 567 848 €	2 452 226 €	5 020 074 €	-	-
2009	2 711 864 €	2 382 497 €	5 094 361 €	-	-
2016	3 144 669 €	2 767 470 €	5 912 140 €	368 872 €	6 281 012 €
2017	2 930 165 €	2 614 687 €	5 544 852 €	437 939 €	5 982 791 €

Cette enveloppe de 6 millions € doit être analysée au regard du budget de 32 millions € consacré la même année à la totalité des remboursements des frais de transports qui comprennent le bateau et l'avion mais aussi les ambulances, les Véhicules Sanitaires Léger, et les Taxis.

Part des frais d'avion + bateau dans le total général des frais de transport remboursés par les Caisses en 2017			
	Montant total des transports remboursés	Montant frais avion + bateau remboursés	%
CPAM 2A et 2B	29 651 263 €	5 544 852 €	19 %
MSA	3 094 537 €	437 939 €	14 %
TOTAL	32 745 800 €	5 982 791 €	18 %

Les remboursements des frais d'avion et de bateau ne représentent qu'une faible partie du budget global des transports, soit 18 %. La majorité des dépenses est liée au remboursement des frais de transport terrestres (taxi, ambulance, VSL).

Au sein de ces 6 millions €, il convient de faire la distinction entre les frais liés aux adultes et aux mineurs.

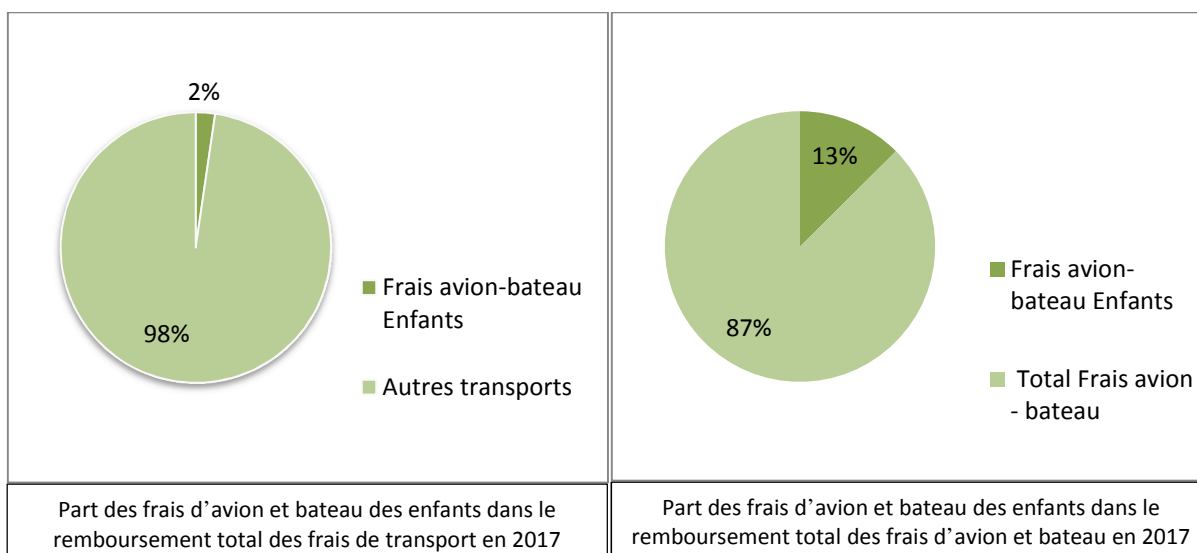
Coût des transports (avion + bateau) remboursés par les Caisses en 2017 pour les adultes et les mineurs					
	Montant Total	Montant - Adultes	%	Montant - Enfants	%
MSA	437 939 €	405 274 €	92,5 %	32 664 €	7,5 %
CPAM 2A	2 930 165 €	2 594 077 €	89 %	336 089 €	11 %
CPAM 2B	2 614 687 €	2 231 908 €	85 %	382 779 €	15 %
TOTAL	5 982 791 €	5 231 259 €	87 %	751 532 €	13 %

Au total, les enfants représentent seulement 13 % de l'enveloppe générale dédiée aux transports d'avion et de bateau en 2017, soit 750 000 €.

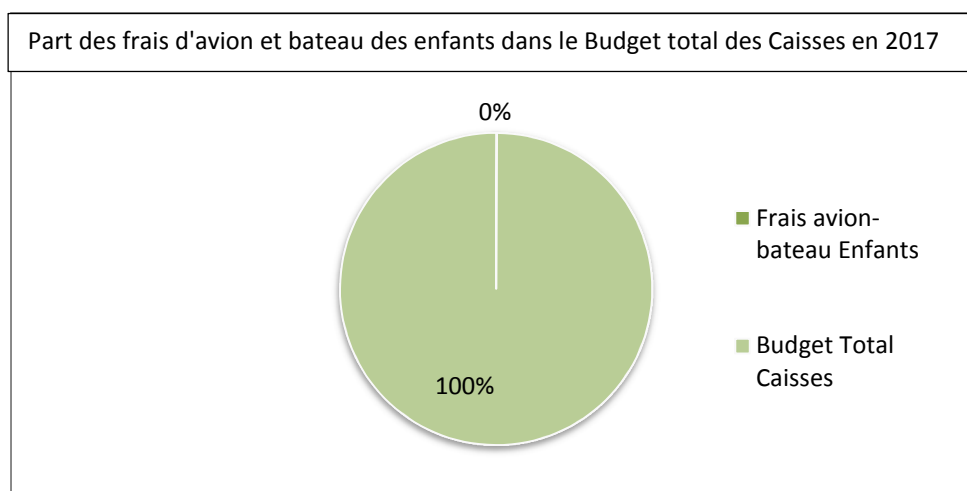
La proportion est encore plus faible si l'on compare ces chiffres au budget total des transports.

Part des transports (avion + bateau) remboursés aux enfants par les Caisses en 2017	
Montant total des remboursements des frais de transports	32 745 800 €
Montants remboursés pour les enfants (avion + bateau) CPAM + MSA	751 532 €
% Montants remboursés pour les enfants (avion + bateau)	2 %

Rapportés au budget de 32 millions € consacré au remboursement de tous les frais de transport, ces 750 000 € représentent tout juste 2 %.



Il est enfin possible de comparer ce chiffre de 750 000 € au budget total des Caisses qui s'élève à 1 milliard € (957 millions € pour les deux CPAM et 50 millions € pour la MSA), soit 0,74 %.



3-2 Le coût des évacuations sanitaires

Les données des Caisses ne comprennent pas les départs en urgence (évacuations sanitaires « EVASAN »). Ce dispositif est un élément essentiel de l'organisation des soins. Il conditionne le maintien de la continuité territoriale sanitaire pour la population quand les moyens médicaux requis dépassent les moyens disponibles sur l'île et que le patient ne peut, pour des raisons médicales, être pris en charge dans un avion de ligne. A ce titre, le directeur du CH d'Ajaccio a rappelé que « *La demande d'évacuation sanitaire est décidée par le médecin de l'unité de soins de laquelle dépend le patient. Cette demande est validée par le médecin régulateur du centre 15/SAMU, après confirmation de la place dans l'unité d'hospitalisation qui va recevoir le patient sur le continent.* »

Le Rapport de l'ARS de 2016 relatif à « L'étude sur les surcoûts liés à l'insularité » détaille le coût des évacuations sanitaires financées par l'ARS, soit 3 millions € en 2015 répartis entre chaque Département.

	2013	2014	2015
SMUR 2A	1 338 000 €	1 454 006 €	1 445 616 €
SMUR 2B	1 506 628 €	1 595 292 €	1 554 956 €
TOTAL	2 844 628 €	3 049 298 €	3 000 572 €

Ce budget de 3 millions € lié aux EVASAN vient s'ajouter aux 32 millions € consacrés chaque année au remboursement des transports par les Caisses. Sur cette enveloppe importante de 35 millions €, le

remboursement des frais d'avion et de bateau représente seulement 18 % et la part consacrée aux mineurs est encore plus faible puisqu'elle s'élève à 2%.

L'analyse des données des Caisses conduit à relativiser considérablement le poids financier des flux sanitaires. Ainsi, si les 26 000 déplacements annuels constituent un problème de société majeur, il apparaît que le budget qui lui est consacré chaque année est très faible. De plus, il a tendance à stagner.

4- Les modalités juridiques qui encadrent les déplacements médicaux

Au regard de l'offre de soins limitée du territoire et de l'importance des flux sanitaires qu'elle enregistre, la particularité de la Corse est avérée. Pour autant, les auditions de Marie-Madeleine GUILLOU, Directrice de la CPAM 2A et de Pierre ROBIN, Directeur de la MSA Corse, ont confirmé que les modalités de prise en charge des déplacements vers le continent relèvent du droit commun fixé par l'Assurance Maladie. Ces règles s'appliquent uniformément sur tout le territoire national et se limitent exclusivement aux frais de transport. Elles sont fixées par les Articles R322-10 et suivants du Code de la Sécurité sociale.

4-1 La prescription médicale

Les frais de transport sont remboursés par les Caisses uniquement s'ils ont fait l'objet d'une prescription médicale établie par un médecin et que celle-ci est validée par l'Assurance Maladie dans les cas suivants :

- Transports liés à une hospitalisation, quelle que soit la durée de l'hospitalisation ;
- Transports liés aux traitements ou examens pour les patients reconnus atteints d'une ALD et présentant une des incapacités ou déficiences définies par le référentiel de prescription des transports ;
- Transports liés aux traitements ou examens en rapport avec un accident du travail ou une maladie professionnelle ;
- Transports en ambulance, lorsque l'état du patient nécessite d'être allongé ou sous surveillance ;
- Transports de longue distance (plus de 150 km aller) ;
- Transports en série (au moins 4 transports de plus de 50 km aller, sur une période de deux mois, au titre d'un même traitement) ;
- Transports liés aux soins ou traitements des enfants et adolescents dans les CAMSP et les CMPP.

La prescription médicale doit toujours être établie avant le transport, sauf :

- En cas d'urgence médicale (dans ce cas, la prescription peut être remplie a posteriori par un médecin de la structure de soins dans laquelle le malade a été admis) ;
- Si le malade est convoqué par un établissement de santé.

4-2 La Demande d'Accord Préalable (DAP)

La prise en charge de certains transports, même liés à une prescription médicale, nécessite l'accord préalable de l'Assurance Maladie. C'est le cas pour :

- Les transports de longue distance (plus de 150 km aller) ;
- Les transports en série (au moins 4 transports de plus de 50 km aller, sur une période de deux mois, au titre d'un même traitement) ;
- Les transports en avion ou bateau de ligne régulière.

4-3 La prise en charge d'un accompagnateur

En plus de ceux du malade, les frais de transport d'un accompagnateur peuvent être pris en charge si :

- Le malade est un enfant de - de 16 ans,
- L'état du malade nécessite l'assistance d'un tiers.

C'est le médecin qui doit préciser la nécessité d'un accompagnateur sur la prescription médicale.

4-4 Les modalités de remboursement

Les frais de transport pris en charge par les Caisses sont en général remboursés à 65 % (la mutuelle remboursera la différence) suivant des modalités variables selon le mode de transport.

Pour un transport en commun (avion, bateau bus, métro...) :

Les frais de transport sont remboursés sur la base du tarif résident pour un transport en avion ou bateau. NB : pour le bateau, les assurés ne sont remboursés que sur la base du tarif d'une couchette simple et sur une base forfaitaire de 10 €. La différence reste à leur charge s'ils souhaitent une cabine privative (sauf si la DAP indique que c'est nécessaire. Elle peut alors être remboursée sur une base forfaitaire de 38 €).

Pour un transport en taxi conventionné, en VSL ou en ambulance :

Les frais de transport en taxi ne sont remboursés que si le malade utilise un taxi conventionné avec l'Assurance Maladie. Dans le cas contraire, le coût du déplacement est intégralement à sa charge.

Pour un transport individuel :

Les transports en véhicule personnel sont remboursés sur la base du tarif kilométrique en vigueur. NB : les frais liés au passage d'un véhicule sur le bateau, même si cela est moins cher que de faire appel à un taxi, ne sont pas remboursés. Seules sont prises en charge les indemnités kilométriques du domicile de l'assuré jusqu'au port de départ et celles du port d'arrivée jusqu'à l'établissement de soins (A/R).

Il convient de signaler le cas de l'Affection de Longue Durée (ALD) « exonérante » qui est une maladie qui nécessite un suivi et des soins prolongés (plus de 6 mois) et des traitements particulièrement coûteux. Elle donne lieu à une prise en charge plus importante que la prise en charge classique. Elle couvre 100 % des frais de transports et permet une avance de frais, via l'émission d'un « bon de transport ».

4-5 Les pratiques des Caisses locales

Les auditions ont fait apparaître que des pratiques variables ont été mises en place par les Caisses locales pour assurer la mise en œuvre de ces règles.

- La Demande d'Accord Préalable :

Le Médecin Chef de la CPAM 2A, Gérard UGHETTO, a précisé que c'est le service médical qui délivre l'accord pour un déplacement. Une expérimentation « E-DAP » est actuellement en cours avec 17 médecins de Corse-du-Sud afin de dématérialiser la DAP. Il s'agit de réduire les délais de réponse qui sont encore trop longs (si le contrôle médical rend un avis à J+1 ou J+2, il faut plusieurs jours pour que le malade en soit informé). Dans 30 % des cas, notamment pour les ALD, la réponse dématérialisée pourra être immédiate. Les retours sont positifs et le dispositif sera étendu à la Haute-Corse puis au reste du territoire national d'ici 2019. La Commission insiste sur la nécessité d'améliorer les relations avec les usagers et la rapidité des réponses. La Présidente de la CRSA souligne qu'il conviendra d'être très vigilant car l'informatisation aurait dû être un service de qualité supplémentaire et à ce jour ce n'est pas le cas.

A la MSA les Médecins en charge du contrôle médical sont rattachés au Directeur et travaillent en lien étroit avec les équipes administratives. « Les accords les plus simples peuvent être délivrés dans les 24 ou les 48h, voire immédiatement ». Les décisions d'accord ou de refus font l'objet d'un « examen binaire » simple et objectif. En effet les Médecins utilisent un tableau listant les pathologies qui peuvent être traitées en Corse. Toutes les demandes pouvant être traitées sur place sont ainsi refusées.

- La prise en charge d'un accompagnateur :

La MSA délivre de façon systématique un accord pour la prise en charge du transport de l'accompagnateur des - de 16 ans. L'examen des demandes pour un adulte est effectué au cas par cas mais il existe une « tolérance » pour les 16-18 ans et les + de 65 ans en fonction de la pathologie et de ce qui est précisé sur la DAP. La CPAM 2A a rappelé que la demande de prise en charge d'un accompagnateur est examinée au cas par cas, exclusivement en fonction de l'état de santé du patient.

- La règle des « bons de transport » :

La MSA et la CPAM 2A indiquent que le tiers payant sur les transports avion et bateau de l'assuré, et d'un éventuel accompagnant, est accordé uniquement pour ceux qui bénéficient d'une prise en charge à 100%. La CPAM 2B pratique en revanche le tiers payant pour tous les assurés (même hors 100%).

Un lien direct avec la Compagnie Air Corsica permet de délivrer au malade un bon de transport qui lui évite l'avance de frais. Ce dispositif est très apprécié des assurés. Il y a donc une inégalité de traitement entre les assurés insulaires.

- Les modalités de remboursement :

Le délai de remboursement de la MSA est « de 8 jours en moyenne et de 20 jours au maximum ». Le délai constaté de remboursement de la CPAM 2A varie quant à lui entre 1 et 2 mois.

- La règle du « bord à bord » :

La règle dite de « bord à bord » est la déclinaison locale de l'Article R 322-10 du Code de la Sécurité Sociale qui précise que « Le remboursement des frais de transport est calculé sur la base de la distance séparant le point de prise en charge du malade de la structure de soins prescrite appropriée la plus proche. » Elle vise à limiter le coût des transports. De ce fait, si un malade souhaite être soigné à Paris alors qu'une prise en charge est possible à Marseille, il se voit rembourser son trajet jusqu'à Marseille mais doit régler son billet jusqu'à Paris. La MSA précise que les demandes hors « bord à bord » sont validées en cas de demande d'un établissement parisien spécialisé pour les maladies rares. La CPAM 2A affirme que dans la pratique les transports vers Paris sont acceptés si le traitement a commencé là-bas.

- Les Commissions de Recours Amiables :

Un malade a le droit de contester une décision de sa Caisse d'Assurance Maladie. Pour cela il peut saisir la commission de recours amiable (CRA) de sa Caisse, puis éventuellement le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale (TASS), la Cour d'appel et/ou la Cour de Cassation.

A ce titre, la CPAM 2A a précisé qu'à la demande de l'ancien Président Patrick MAUREL, une commission préparatoire à la CRA permet au Chef du contrôle médical d'examiner chaque dossier et de modifier directement la décision médicale, ce qui arrive dans 50 % des cas. Sont ainsi systématiquement accordés les transports vers les Centres de référence et ceux qui concernent la cancérologie et la pédiatrie.

L'examen détaillé de ces modalités administratives fait clairement apparaître que les critères de prise en charge de l'Assurance Maladie sont restrictifs et non adaptés à la situation sanitaire spécifique de la Corse :

- La DAP est systématique (même pour les spécialités inexistantes en Corse et pour les EVASAN),
- La prise en charge se limite exclusivement au transport (jamais pour l'hébergement),
- Un seul accompagnateur peut être pris en charge pour les - de 16 ans (les 16-18 ans n'y ont pas droit de manière systématique),
- La demande d'accompagnateur est examinée au cas par cas quand le malade est un adulte,
- La règle du « bord à bord » ne permet pas au malade de choisir son lieu de soin.

Deuxième partie

Les difficultés des malades devant se rendre sur le continent : LA DOUBLE PEINE

Les échanges réalisés dans le cadre de la Commission témoignent du fait que derrière les chiffres du nombre de déplacements effectués chaque année et de leur coût, se cache une réalité très douloureuse sur le plan humain. Les associations caritatives, qui sont en première ligne aux côtés des malades, sont unanimes : les déplacements médicaux sont assimilés par les corses à un véritable parcours du combattant sur lequel se dressent de nombreux obstacles matériels, logistiques et financiers.

Du fait de l'obligation de traverser la mer pour accéder à des soins et de la prise en charge inadaptée à la réalité sanitaire de l'île, les problématiques d'absence d'information (1), d'accompagnateurs (2), de transport (3) et d'hébergement (4) constituent une entrave permanente à l'accès aux soins. Il convient de signaler que différents acteurs se mobilisent au plan local pour faire face à cette rupture d'équité (5).

1- Le manque d'information

Toutes les Associations auditionnées ont indiqué que l'accès à l'information est la première difficulté à laquelle sont confrontés les assurés qui doivent se rendre sur le continent.

Au moment où l'annonce du départ est effectuée par le prescripteur, les malades et leur famille sont confrontés à une rupture brutale de leur parcours de soin. Celui-ci ne reprend un cheminement normal qu'une fois que le malade est pris en charge par un professionnel de santé sur le continent.

Le SROS 2012-2016 fixait clairement l'objectif d'améliorer la lisibilité des activités des établissements et les modalités de prises en charge pour les patients et leurs familles et permettre une aide aux aidants pour les interventions sur le continent. Ainsi, les déplacements médicaux vers le continent sont bien une problématique connue de tous depuis de nombreuses décennies. Pour autant, aucune politique publique n'a jamais été mise en place pour faire face au « trou noir » qui se situe entre l'étape de l'annonce du départ et l'accès aux soins sur le continent. Aucune campagne d'information n'a été mise en place par les Caisses locales afin de faire connaître aux malades les conditions de prise en charge du transport. De même, aucune communication institutionnelle n'existe sur les hébergements disponibles sur le continent ou encore sur les aides financières existantes.

Plusieurs exemples précis mentionnés par l'Association INSEME lors de son audition, illustrent les conséquences lourdes que peuvent engendrer les problèmes d'information :

- De nombreux malades ignorent la règle de la Demande d'Autorisation Préalable (DAP). Ils se rendent ainsi sur le continent à leurs propres frais et de retour en Corse, lorsqu'ils sollicitent le remboursement de leurs transports, celui-ci leur est refusé ;
- Pendant de nombreux mois en 2018 les malades ont été dans l'impossibilité d'accéder à la liste des taxis conventionnés uniquement disponible sur le site internet de l'Assurance Maladie www.ameli.fr. Suite à un problème technique cette liste était indisponible. Cette absence d'information a pénalisé lourdement les malades qui n'ont pas pu réserver un taxi conventionné en amont du départ et qui n'en ont pas trouvé de disponible à leur arrivée sur le continent. Les frais engagés avec un autre taxi ne leur ont pas été remboursés et la CRA a refusé leur recours ;
- En matière d'évacuation sanitaire, l'absence de procédure d'information conduit régulièrement à des situations très difficiles. Les familles ne savent pas que la DAP est nécessaire. Si elle n'est pas effectuée par l'établissement de départ ou d'accueil, le billet retour du malade n'est pas pris en charge. Plusieurs personnes se sont retrouvées à la rue à Marseille faute de pouvoir le payer.
- Enfin, aucun dispositif d'information n'existe concernant la présence d'un parent dans l'avion sanitaire lors de l'évacuation de son enfant. Le Directeur du Centre Hospitalier d'Ajaccio a précisé que l'avion sanitaire est un aéronef avec peu de places et assez exigü, il indique qu'à l'intérieur, la plupart du temps il n'y a pas d'accompagnateur sauf les mamans lorsqu'il y a évacuation d'un enfant et à la seule condition que ce dernier soit stable sur le plan médical. Or, il a été constaté a de nombreuses reprises que cette règle n'est pas toujours expliquée et qu'elle n'est pas appliquée de manière identique à Ajaccio et à Bastia. Cela entraîne de fortes incompréhensions, notamment de la part de parents de nourrissons ou de mineurs qui subissent un stress important au moment de l'évacuation de leur enfant.

2-1 La prise en charge d'un seul parent pour un enfant malade.

Sur le plan humain, le fait que l'Assurance maladie ne prenne en charge que le billet d'un seul des deux parents est souvent vécu comme une injustice cruelle par les familles (notamment pour les nouveau-nés grands prématurés qui doivent obligatoirement être évacués d'urgence sur le continent, pour les enfants atteints des pathologies les plus graves, voire pour ceux qui sont en fin de vie).

De plus, le monde médical le reconnaît, la présence des deux parents à ses côtés est cruciale pour la guérison d'un enfant. De nombreuses études témoignent de l'importance de la présence des parents.

- L'étude de l'association SPARADRAP de 2004 démontre que « 74% des membres des équipes soignantes disent que les parents les aident à mieux comprendre l'enfant, 59% qu'ils les aident à les soigner plus facilement et 37% qu'ils les aident à faire évoluer et adapter leurs pratiques » ;
- Dans l'étude qualitative de Coyne et Cowley (2007), il apparaît que la présence physique des parents permet de rassurer leur enfant hospitalisé. « La présence parentale est un des seuls repères familiers de l'enfant dans le contexte de l'hôpital. »

Depuis plusieurs années, les textes officiels considèrent ainsi les parents d'enfants hospitalisés non pas comme des visiteurs mais comme des partenaires. A ce titre, il est préconisé « de permettre aux parents d'être présents auprès de leur enfant hospitalisé sans limitation de temps, de jour comme de nuit ».

La charte européenne de l'enfant hospitalisé de 1988 :

« Un enfant hospitalisé a le droit d'avoir ses parents, ou leur substitut, auprès de lui jour et nuit, quel que soit son âge ou son état. On offrira aux parents toutes les facilités matérielles pour y parvenir, sans que cela n'entraîne un supplément financier ou une perte de salaire ».

La Charte de la personne hospitalisée :

« Tout enfant hospitalisé dans un service de pédiatrie doit pouvoir bénéficier de la visite de son père, de sa mère ou de toute autre personne s'occupant habituellement de lui, quelle que soit l'heure, y compris la nuit, pour autant que la présence du visiteur n'expose ni lui-même, ni l'enfant à un risque sanitaire, en particulier à des maladies contagieuses. »

La circulaire du 23 novembre 1998 relative au régime de visite des enfants hospitalisés en pédiatrie :

Elle stipule « L'hospitalisation d'un enfant, quel qu'en soit le motif médical, est une source d'angoisse pour lui-même et pour sa famille. Il est particulièrement important de limiter cette angoisse et de lui éviter en outre une séparation injustifiée de son entourage immédiat. »

La situation a évolué positivement ces dernières années, concernant l'organisation pratique de la présence des parents à l'hôpital et notamment les horaires de visite. De même, différents dispositifs financiers sont mis en place pour garantir la présence des parents aux côtés de leur enfant malade :

- Le congé de présence parentale. De près de 14 mois, il peut être renouvelé en cas de besoin ;
- L'Allocation Journalière de Présence Parentale est accordée au parent qui arrête ou réduit son activité professionnelle et est cumulable avec l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé ;
- Le don de jours de repos qui permet à tout salarié de renoncer anonymement et sans contrepartie à tout ou partie de ses jours de repos non pris au profit d'un collègue dont l'enfant est atteint d'une maladie, d'un handicap ou victime d'un accident grave, qui rendent indispensables une présence soutenue et des soins contraignants.

Ces dispositifs et textes officiels favorisent la présence des parents auprès d'un mineur malade, en évitant la perte de revenus et en incitant les hôpitaux à faciliter leur accueil. Ils ne sont malheureusement pas suffisants pour assurer la présence des deux parents auprès de leur enfant lorsque sa famille réside en Corse, puisque le transport d'un seul accompagnateur est remboursé. Il y a une contradiction manifeste entre l'esprit qui prévaut entre ces différents textes et la réalité de la Corse.

La Commission insiste sur le caractère indispensable de la présence des parents pour les maladies les plus graves, reconnues au titre des ALD. La Ligue contre le Cancer et la Marie-Do ont ainsi témoigné de la nécessité absolue pour les deux parents d'être présents aux côtés de leurs enfants lors des traitements lourds qu'ils subissent pour lutter contre le cancer. De même, l'Association des Diabétiques de Corse a fait valoir que beaucoup d'enfants et d'adolescents figurent parmi les malades de Type 1 qui doivent se rendre fréquemment sur le continent, notamment au moment de la découverte de la maladie. La présence des deux parents à leur côté est cruciale car le diabète a un impact très important sur la vie de famille et

nécessite souvent une réorganisation complète des habitudes alimentaires et une prise en charge très lourde. L'implication des deux parents conditionne la bonne évolution de l'enfant malade.

Concrètement il est utile de rappeler le coût d'un billet d'avion Aller-Retour au départ de la Corse au tarif résident dont doit s'acquitter le parent non pris en charge par l'Assurance Maladie :

Coût d'un billet d'avion Aller-Retour au Tarif Résident			
Destination	Marseille	Nice	Paris
Coût	150 €	150 €	250 €

A ce montant, il conviendra d'y ajouter les frais de Taxi qui s'élèvent à 150 € Aller-retour par exemple à Marseille pour un trajet Aéroport - La Timone (aller/retour).

2-2 L'absence de prise en charge pour les visites à un enfant hospitalisé.

Au caractère restrictif lié à la prise en charge d'un seul accompagnateur pour un enfant, vient s'ajouter le fait qu'aucun frais de transport n'est remboursé quand ses proches doivent effectuer plusieurs allées et venues pour se relayer à son chevet s'il est hospitalisé sur le continent (y compris pour les pathologies les plus graves comme les cancers qui entraînent souvent jusqu'à 18 mois d'hospitalisation et qui peuvent engager le pronostic vital). Comme son nom l'indique, le billet d'un accompagnateur n'est pris en charge que lorsque cette personne accompagne physiquement le malade.

Cela est particulièrement préjudiciable lorsqu'un seul des deux parents est aux côtés de l'enfant et qu'il ne peut pas alterner sa présence avec celui qui a dû rester en Corse. Ça l'est également lorsque l'enfant fait partie d'une fratrie dont il est physiquement séparé. Du fait de l'obligation d'aller sur le continent et de l'absence de prise en charge satisfaisante, l'éclatement de la cellule familiale vient s'ajouter à la maladie et à toutes les difficultés qu'elle entraîne. C'est notamment le cas lorsqu'un malade est soumis à des traitements longs.

2-3 La prise en charge au cas par cas d'un accompagnateur pour un malade adulte.

L'Assurance Maladie n'accepte qu'au cas par cas les demandes qui lui sont adressées lorsque le malade est un adulte. Tout malade adulte contraint de se rendre sur le continent devrait pourtant pouvoir être accompagné par la personne de son choix.

Cela s'inscrit d'ailleurs dans l'esprit de l'article 7 de la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient, intitulé « Droit à l'assistance » qui précise que le patient est en droit de se faire assister dans ses démarches et décisions de santé par une tierce personne, professionnel de santé ou non, qu'il choisit librement. La personne ainsi choisie par le patient pour le soutenir et l'aider est appelée « *accompagnateur du patient. Dans la mesure souhaitée par le patient, l'accompagnateur est, pour autant que possible, intégré dans la prise en charge du patient.* »

Les déplacements sur le continent sont longs et épuisants (il faut souvent arriver par le 1^{er} vol de 7h00 et rentrer par le dernier à 21h). Pour de nombreux malades, notamment les 16-18 ans ou les plus âgés, ils sont également l'occasion de prendre l'avion seuls pour la première fois et également de se retrouver seuls dans une grande ville inconnue. L'absence de prise en charge d'un accompagnateur peut ainsi être très anxiogène, voire même entraîner un renoncement aux soins.

Par ailleurs, La Marie-Do a souligné le cas particulier des essais thérapeutiques. En effet, comme cela a été confirmé par la CPAM de la Corse-du-Sud, les frais de transport d'un malade du cancer qui participe à de tels essais sont financés par les laboratoires concernés et non par l'Assurance Maladie. En revanche ces structures ne prennent en charge les frais d'un accompagnateur que lorsque le malade est un enfant, jamais lorsqu'il s'agit d'un adulte.

3- Les difficultés rencontrées en matière de transport

Les transports constituent une problématique récurrente. Ils sont ainsi l'un des principaux motifs de saisine des Commissions des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUCQPC) qui siègent au sein des établissements de santé de Corse pour assurer un rôle de médiation.

3-1 Les problèmes d'accès aux transports :

Lorsque des spécialités ne sont pas pratiquées en Corse et qu'un départ sur le continent est obligatoire, tout malade devrait avoir la garantie de pouvoir accéder facilement aux transports aériens ou maritimes. Alors que le parcours de soin doit être continu et fluide, en réalité de nombreuses entraves existent.

- Le poids des contraintes administratives :

La règle du « bord à bord » :

Cette règle qui consiste à privilégier les établissements les plus proches de Marseille ou Nice, est contraire au principe de libre choix du prestataire de santé par lequel un patient souhaite être pris en charge. Ce principe est énoncé notamment par l'article 5 de la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient : « *chaque patient a le droit de choisir librement le prestataire de soins de santé par lequel il désire être pris en charge en vue de la prestation de soins de santé* ». A ce titre, Laure HOUBEAUT rappelle que « que le système de santé est fondé sur le libre choix et que ce libre choix ne peut être respecté si un seul spécialiste est compétent localement ou si la même spécialité se trouve en Corse et sur le Continent et que l'on empêche le patient de choisir ce qui semble le mieux pour lui. » Cela pose aussi problème du point de vue financier car les malades qui pourraient être hébergés gratuitement par leur famille dans une autre ville sont contraints d'aller à Nice ou Marseille et donc de faire face à des restes à charges importants. La Marie-Do a rappelé lors de son audition que « la Collectivité de Corse, dans sa politique de transport, a choisi d'intégrer, avec Marseille et Nice, Paris dans la continuité territoriale. Du fait de l'absence de continuité territoriale avec Paris pour raison sanitaire il y a donc rupture d'égalité dans la prise en charge des soins ».

La règle des « bons de transport » :

A l'heure actuelle, seule la CPAM 2B pratique le tiers payant pour tous et donc la délivrance de « bons de transports » qui évite aux malades de devoir faire l'avance de frais pour acheter leur billet de transport.

De fait, on constate une différence de traitement inacceptable entre les malades de Haute-Corse et ceux de Corse-du-Sud. Il a été précisé à cet égard qu'un projet de marché national de sélection d'une agence de voyage délivrant les bons de transport est à l'étude. La Commission souligne que le dispositif direct mis en place localement avec Air Corsica est efficace et qu'il faut le dupliquer. A l'inverse le projet de sélection d'un opérateur national risque d'alourdir les procédures de délivrance des bons de transport et de se traduire par un service de moins bonne qualité pour les assurés.

Il convient d'insister sur le fait que l'absence de tiers payant implique des restes à charge importants pour les familles, notamment pour les plus précaires, surtout quand les frais de transport s'ajoutent à des frais d'hébergement et de restauration importants ainsi qu'à une perte de revenus dus à une absence prolongée. A ce titre, il est apparu lors des auditions que les bénéficiaires de la CMUC et de l'ACS devraient bénéficier du tiers payant intégral. En réalité, dans leur grande majorité, ils doivent faire l'avance des frais d'avion et de taxi. Cela peut entraîner une augmentation du risque de renoncement aux soins pour des personnes les plus fragiles dont les revenus ne doivent pas excéder les 900 € par mois.

La règle de l'accord préalable :

Tout malade qui réside en Corse doit obtenir l'accord préalable du service médical de l'Assurance Maladie pour sa prise en charge. Ces formalités sont pénalisantes et inutiles dans 2 cas :

- Pour les pathologies relevant de spécialités inexistantes en Corse :

A titre d'exemple, il faut attendre 15 jours l'accord de l'Assurance maladie pour un enfant ayant un cancer alors qu'il ne peut en aucun cas être pris en charge en Corse. Devoir demander et attendre l'autorisation de partir alors qu'il est impossible de rester semble ubuesque.

- Pour les évacuations sanitaires :

Un malade dont l'état de santé a entraîné une évacuation sanitaire sur le continent ne bénéficie pas d'une prise en charge systématique de son billet retour. La DAP est obligatoire mais, très souvent, elle n'est pas effectuée par l'établissement de départ en Corse ni par l'établissement d'accueil sur le continent. Une fois rétabli et en capacité de regagner l'île, le malade doit alors faire acheter lui-même son billet retour. Ceci est d'autant plus problématique qu'il ne pourra pas bénéficier du « tarif résident » auprès des compagnies

de transport délégataires de service public pour le compte de la Collectivité de Corse car son voyage Aller n'a pas été effectué sur un avion de ligne. Ces difficultés administratives entraînent des situations de grande détresse auxquelles les Assistantes sociales des Etablissements de santé en Corse et sur le continent doivent faire face dans l'urgence en sollicitant les Associations.

- L'absence de service prioritaire pour les malades :

Sur le plan humain, la proximité et la solidarité qui caractérisent la société corse permettent régulièrement de trouver des interlocuteurs capables de réagir en urgence face à des situations sensibles. Il s'agit toutefois d'actions ponctuelles, menées au coup par coup et qui reposent exclusivement sur la bonne volonté des personnels des compagnies. De plus, elles ne sont pas accessibles à tous les malades.

A ce jour, les politiques publiques régionales de la CdC ne prennent pas en compte de manière satisfaisante la spécificité sanitaire qui contraint nombre de résidents corses à utiliser les transports aériens et maritimes pour accéder à des soins. Au final, que ce soit en cas de trafic normal ou en cas de mouvement de grève, aucune règle n'impose aux compagnies de mettre en place un service prioritaire réservé aux personnes devant se déplacer pour raison médicale en cas d'absence de place.

3-2 La qualité du transport à améliorer :

Chacun peut le constater, chaque jour à bord des avions et des bateaux qui quittent la Corse, se trouvent des passagers qui ne se déplacent pas pour leurs loisirs ou leur profession mais parce qu'ils y sont contraints pour accéder à des soins. Une attention particulière doit être apportée à ces passagers.

Conformément à la définition du Règlement du Parlement européen et du Conseil du 5 juillet 2006, certains dispositifs comme le service « SAPHIR » d'Air France ou « MEDA » d'Air Corsica permettent la prise en charge des passagers handicapés ou à mobilité réduite. Ils s'adressent aux clients « dont la mobilité est réduite, lors de l'usage d'un transport, en raison de tout handicap physique ou de tout handicap ou déficience intellectuelle, ou de toute autre cause de handicap, ou de l'âge, et dont la situation requiert une attention appropriée et l'adaptation à ses besoins particuliers du service mis à la disposition de tous les passagers ». Ils offrent une assistance dès la réservation du billet, un accompagnement à l'aéroport, la prise en charge des bagages et des équipements spécifiques à bord.

En revanche, aucun dispositif n'est mis en place par les Compagnies de transport en faveur des malades qui ont aussi des besoins particuliers lors de leur déplacement pour raison médicale même s'ils ne sont pas en situation de handicap ou de mobilité réduite. A titre d'exemple il n'existe pas de dispositif d'embarquement prioritaire systématique pour les personnes malades. De nombreuses difficultés sont régulièrement signalées à ce sujet. C'est notamment le cas des personnes qui doivent patienter longuement dans leur véhicule avant l'embarquement sur un bateau ou de celles qui ont dû prendre le 1^{er} vol du matin pour ne pas rater leur rendez-vous médical et qui sont contraintes d'attendre le dernier vol pour rentrer en Corse après une journée épuisante moralement et physiquement. Cela est encore plus difficile pour celles qui se déplacent seules avec un nourrisson et qui sont contraintes d'enregistrer sa poussette avant le vol. Elles doivent alors le garder aux bras, avec un sac à langer lourd car aucune poussette n'est mise à disposition à l'aéroport. Ces problématiques sont accentuées en cas de file d'attente très importante lors des périodes de forte affluence telles que les grèves ou les vacances scolaires et la période estivale.

Face à ces difficultés, certains osent demander un traitement prioritaire compte tenu de leur état de santé. La majorité des malades s'y refusent toutefois par pudeur. Il est primordial d'inverser les choses et faire en sorte que les compagnies invitent systématiquement les personnes les personnes qui se déplacent pour raison médicale à se présenter de façon prioritaire pour les procédures d'enregistrement et d'embarquement.

De la même manière, comme cela est possible pour les personnes à mobilité réduite, tout malade doit pouvoir disposer d'un contact à bord de chaque compagnie afin des signaler un besoin particulier lié à son état de santé au moment de la réservation du billet de transport. Une procédure d'information spécifique doit être mise en place en ce sens.

4- Les difficultés rencontrées en matière d'hébergement

Tout malade ou toute personne accompagnant un malade contraint de se rendre sur le continent devrait pouvoir avoir accès à un hébergement pendant la durée de son séjour. Or, l'hébergement constitue aux yeux des Associations caritatives rencontrées par la Commission une problématique majeure pour le malade et sa famille, tant du point de vue financier, que du point de vue de la difficulté à en trouver.

4-1 L'absence de prise en charge de l'hébergement :

Aucun frais d'hébergement n'est remboursé par l'Assurance Maladie quand un malade doit se rendre sur le continent. Cela s'avère très pénalisant notamment dans le cas d'un traitement de longue durée. Ainsi les pathologies les plus graves, comme les cancers par exemple, peuvent entraîner de très longs mois d'hospitalisation et également des périodes d'attente entre différents traitements pendant lesquelles les malades ne sont pas autorisés à rentrer en Corse. De ce fait les familles doivent faire face à des frais d'hébergement très lourds qui viennent s'ajouter à ceux qu'elles assument déjà en Corse (loyers impôts, factures d'eau et d'électricité, assurances etc...).

De plus, comme l'a indiqué la Présidente de la CRSA, Josette RISTERUCCI, les frais d'hébergement s'ajoutent à la perte de revenus qui impacte le patient et sa famille et aux autres restes à charge qui sont pour autant indispensables aux malades (nourriture, linge, transport, dépassements d'honoraires, produits médicamenteux, appareillages etc ...).

Les Associations INSEME et La Marie-Do ont fait part de situations dramatiques dans lesquelles se sont retrouvées des familles d'artisans ou de commerçants indépendants n'ayant plus les moyens de faire face à l'ensemble des frais engagés sur le continent et à ceux qu'il faut continuer d'assumer en Corse. Plusieurs d'entre elles ont même perdu leur outil de travail du fait d'une absence prolongée sur le continent aux côtés d'un enfant. De fait, la maladie et les restes à charge liés aux déplacements sur le continent conduisent certaines familles relevant de « la classe moyenne » (fonctionnaires, indépendants) à basculer dans la spirale du surendettement, des crédits à la consommation et de la précarité. D'autres finissent par renoncer purement et simplement aux soins. Les populations les plus précaires sont impactées de manière très forte.

A titre d'exemple voici les tarifs constatés par INSEME à Marseille selon les structures d'hébergement :

Tarifs constatés des hébergements à Marseille			
Type d'hébergement	Hôtels	Associations	Particuliers
Tarif à la nuitée	de 45 à 115 €	de 9 à 23 € / nuit	de 30 à 90 €
Tarif pour un mois	1 350 à 3 450 €	270 à 690 €	900 à 2 700 €

4-2 Le manque d'hébergement :

Chaque année les Associations constatent combien les familles ont du mal à trouver un hébergement sur le continent, notamment à Marseille, Nice, Paris ou encore à Hyères (où se situent de nombreux centres de rééducation). Différents type d'hébergement existent. INSEME les a référencés sur son site internet et via une application pour smart phone qui permet de savoir en temps réel quelles sont les structures situées à proximité de l'établissement de santé dans lequel se trouve le malade ou son accompagnateur.

Les hôtels :

Dans leur grande majorité, et sauf pour les courts séjours, les familles évitent les structures hôtelières. D'une part elles sont très onéreuses et, d'autre part, elles ne permettent pas de préparer à manger dans leur chambre ou d'y laver du linge.

Les structures Associatives :

Les structures associatives qui proposent des appartements ou des chambres à louer pratiquent des tarifs bien plus abordables. Elles ont également l'avantage de permettre de reconstituer une vie de famille en faisant face aux besoins de la vie quotidienne. Elles sont toutefois très peu nombreuses et souvent saturées, en grande partie par l'afflux importants des malades venant de Corse. Deux d'entre elles sont particulièrement plébiscitées par les insulaires pour les hébergements qu'elles proposent et la chaleur humaine qu'elles leur apportent dans ces moments difficiles :

- « La Maison du Bonheur » située 10, avenue Malausséna à Nice propose 12 hébergements en chambre individuelle avec des lieux de vie en commun (salon-TV, cuisine équipée). Le coût de l'hébergement est de 15 € par personne et par nuit et gratuit pour les enfants jusqu'à 12 ans. La Maison fournit le linge pour la literie, de quoi faire un premier repas, un lave-linge, un sèche-linge et un ordinateur avec Wi-Fi. Plus de 75 % des familles accueillies viennent de Corse.
- « Un Toit pour mes parents », située 38 rue Sainte Baume 13010 Marseille (à proximité de la Timone) a été créée en 1990. Elle possède 7 T2 (le dernier ayant été mis à disposition par INSEME en 2018) et 3 T1 dans le même immeuble, indépendants, avec ascenseur et entièrement équipés : cuisine avec réfrigérateur, micro-ondes, plaques chauffantes, cafetière ; couchage pour 2 ou 3 personnes ; TV, ventilateur, fer et table à repasser ; chauffage central ; 2 parkings dans le sous-sol de l'immeuble. Pour les parents d'un enfant hospitalisé la participation est de 11 € par jour pour une personne hébergée ; il faut ajouter 4 € par jour par personne supplémentaire. 60 % des familles accueillies dans cette structure viennent de Corse.

Les locations :

En raison de leur prix plus accessibles que l'hôtel, du confort qu'elles offrent et de la saturation des hébergements associatifs, les locations de studios ou d'appartements meublés par des particuliers sont très recherchées par les malades et leurs familles. Très sollicitées, celles qui sont situées à proximité des lieux de soins sont souvent indisponibles, notamment en période estivale car louées par des vacanciers, ce qui a causé cet été encore des difficultés considérables aux familles qui parties en urgence à Nice. Enfin certains quartiers de Marseille tels que les quartiers Nord ne disposent que de très peu d'hébergements en location. Les proches de malades qui doivent se rendre à l'Hôpital Nord sont donc contraints de se loger très loin et doivent utiliser de nombreux transports en commun chaque jour.

L'hébergement est d'autant plus important que le système de santé privilégie le développement des soins ambulatoires. Cela limite les lits accompagnants auprès des personnes malades et réduit au minimum la fonction « hôtelière » des services. Au-delà des accompagnateurs, les malades sont désormais également contraints de rechercher et de financer eux-mêmes un hébergement sur le continent.

A l'issue de l'analyse des difficultés rencontrées par les malades, la Commission souhaite signaler que l'audition de M. Pierre-Louis ALESSANDRI de l'APF – France Handicap pour la Corse a fait apparaître que la situation est encore plus compliquée pour les personnes handicapées devant se rendre sur le continent pour des consultations ou une hospitalisation en rapport avec leur handicap ou pour une autre atteinte. Elles sont soumises à de grandes difficultés et à des restes à charge importants non couverts par l'Assurance Maladie. Plus que tout autre patient, la personne handicapée vivant en Corse est confrontée à un véritable parcours du combattant. Ceux vivant en milieu rural ou dans l'intérieur sont encore plus pénalisés.

De même il convient de rappeler que ces problématiques affectent dans des proportions plus dramatiques encore, les populations les plus fragiles et notamment les plus précaires. Cela est d'autant plus préoccupant que 25% de la population corse vit en dessous du seuil de pauvreté. Seules la solidarité familiale et l'action des associations permettent aux patients de faire face et d'accéder aux soins. Josette RISTERUCCI, Présidente de la CRSA, le rappelle, cette solidarité a aujourd'hui des limites du fait du chômage qui s'inscrit sur plusieurs générations, des bas salaires et du coût élevé de la vie en Corse.

Les échanges riches et fournis réalisés avec les Associations caritatives ont été très instructifs. Ils ont démontré que les assurés doivent faire face à des formalités administratives lourdes et à des coûts importants de transport et d'hébergement non remboursés.

A titre d'exemple, le coût moyen d'une journée de déplacement à Marseille pour un enfant et ses parents est estimé à 790 €. Ce montant comprend 3 billets d'avion à 150 €, une course de Taxi aller-retour Aéroport/Hôpital, les repas de midi et du soir et une nuit d'hôtel lorsque le rendez-vous est fixé tôt le matin et qu'il faut partir la veille. Sur cette somme importante l'Assurance Maladie remboursera seulement 440 €, soit le billet de l'enfant et d'un parent ainsi que le Taxi. De leur côté les Mutuelles auditionnées ont indiqué que le coût moyen remboursé aux assurés bénéficiant du forfait accompagnant sur le continent s'élève à 170€.

Coût moyen d'un déplacement classique pour un malade mineur en ALD et ses parents à Marseille								
Avion	Taxi Aller	Hôtel	Repas midi	Repas soir	Taxi Retour	Total	Prise en charge Assurance Maladie	Reste à charge
3x 150 € = 450 €	70 €	100€	50 €	50 €	70 €	790 €	440 €	350 €

Ces problématiques viennent s'ajouter à la maladie et sont directement liées à l'absence de CHR/CHU et de certaines spécialités sur l'île. Elles créent une rupture d'équité territoriale en matière d'accès aux soins.

Il convient de signaler que face à ces difficultés, les acteurs associatifs, institutionnels et privés locaux se mobilisent pour tenter de pallier les carences de prise en charge des pouvoirs publics.

Ainsi, en pratique, le coût d'un déplacement type peut actuellement être réduit puisque le transport du 2^{ème} accompagnateur est pris en charge par INSEME et que l'hébergement est très abordable dans les appartements « d'Un toit pour mes parents » quand ils sont disponibles. Les parents peuvent même être exonérés de ces frais d'hébergement quand ils sont éligibles au dispositif de la CdC.

Coût moyen d'un déplacement réduit pour un malade mineur en ALD et ses parents à Marseille								
Avion	Taxi Aller	Asso	Repas midi	Repas soir	Taxi Retour	Total	Prise en charge Assurance Maladie	Reste à charge
2x 150 € = 300 €	70 €	15 €	50 €	50 €	70 €	540 /555 €	440 €	100/ 115 €

5- Les actions mises en œuvre au niveau local

Des avancées importantes ont été enregistrées ces dernières années sous l'impulsion des acteurs locaux.

5-1 L'information

Les entretiens ont fait apparaître que la situation a évolué au cours des dernières années. L'Association INSEME, spécialisée sur cette problématique, a constitué une Plateforme qui s'adresse au grand public et également aux professionnels afin de délivrer toutes les informations utiles en vue d'un déplacement sur le continent. Pour assurer cette mission elle dispose d'un Numéro Vert, d'un site internet et de réseaux sociaux très actifs. Elle participe également à de nombreuses manifestations sur le territoire, organise des permanences d'information en milieu rural, anime une rubrique d'information mensuelle sur Via Stella etc... Cette mission d'information est rendue possible grâce au soutien financier des partenaires publics que sont l'ARS, les CPAM 2A et 2B, la MSA, et la CdC (au titre du Volet Information de son Dispositif régional), ainsi qu'à l'aide de certaines Mutuelles (MFC, MGC, MGEN, MAE).

Avec seulement trois salariées qui sont chargées de l'accompagnement personnalisé des bénéficiaires (650/an) mais aussi de la récolte des fonds privés qui permettent de délivrer les soutiens financiers de l'Association, cette action demeure toutefois fragile et largement sous-dimensionnée par rapport à la réalité du phénomène et des besoins de la population.

La mise en place de campagnes d'information par l'ARS et les Caisses d'Assurance maladie est indispensable pour que les malades et leurs familles soient informés clairement sur l'offre de soins, sur les modalités de prise en charge et sur les aides existantes, en vue d'un parcours de soin continu et sécurisé. De même, une campagne d'information prioritaire doit être conduite concernant l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS) par les Caisses pour informer la population de ses droits. En effet, le recours à l'ACS est très faible en Corse et les personnes qui y ont droit sont donc privées du soutien d'une mutuelle. La Présidente de la CRSA, Josette RISTERUCCI, plaide de manière générale pour une meilleure connaissance des droits des patients : « le patient doit connaître ses droits, ce n'est pas une faveur, c'est la loi ».

5-2 L'accompagnement

Les soutiens financiers de la MDPH :

La Maison Des Personnes Handicapées dispose d'un Fonds de Compensation du Handicap. Il permet de délivrer des aides financières complémentaires pour satisfaire des besoins qui resteraient à charge, une fois déduits les revenus perçus pour compenser les incidences du handicap. Les financeurs du fonds sont l'État, la Collectivité de Corse, la MSA et les CPAM. Ces aides peuvent financer le transport « *d'un accompagnant, voire de deux lors de déplacements dans le cadre d'interventions chirurgicales ou d'examens particuliers non effectués en Corse, lorsque ces frais ne sont pas remboursés en totalité par l'Assurance Maladie ou d'autres organismes* ».

Les soutiens financiers des Associations :

INSEME a créé 4 dispositifs spécifiques pour faire face à la problématique des accompagnateurs.

- Aide au transport du 2^{ème} accompagnateur d'un enfant malade (406 aides en 2017 – 57 210 €);
- Aide au transport des accompagnateurs d'une personne hospitalisée sur le continent pour une longue durée (+ 30 jours) : 2 billets / mois d'hospitalisation et 3 pour un enfant. (178 aides en 2017 – 22 783 €).
- Aide au transport des accompagnateurs d'un enfant en ALD dans l'incapacité de rentrer en Corse pendant 15 jours : jusqu'à 2 billets / mois (19 aides en 2017 – 2 364 €).
- Mise à disposition d'un accompagnateur bénévole pour effectuer le déplacement au départ de la Corse avec une personne isolée qui bénéficie d'une prise en charge et qui a droit à un accompagnateur. (4 aides en 2017)

Elle dispose également d'un Dispositif « d'avances remboursables » pour les malades ne bénéficiant pas du tiers-payant et qui doivent régler leurs frais de transports. Cela leur évite la dépense et ils remboursent l'Association quand eux-mêmes ont été remboursés par leur Caisse. (185 Avances en 2017 – 42 560 €).

De son côté, en plus des soutiens dédiés aux malades pour les besoins liés à la maladie, La Marie-Do finance les transports de l'accompagnateur d'un malade inscrit dans un protocole d'essai thérapeutique.

Le Dispositif régional de la Collectivité de Corse :

En 2013, la CdC a créé un « Dispositif régional d'aides aux familles d'enfants corses hospitalisés sur le continent ». Doté d'un budget de 180 000 € / an il fixe 3 axes d'intervention : le transport, l'hébergement et l'information. Son Volet Transport permet le remboursement du transport du 2^{ème} accompagnateur d'un enfant malade sous condition d'éligibilité, avec un budget de 75 000 €. Peu utilisé, il a fait l'objet d'une évaluation en concertation avec les associations et a été revu en 2015 et 2017 pour devenir plus opérationnel et s'adapter aux besoins des familles. Les critères de prise en charge sont les suivants :

- Prise en charge du billet de l'accompagnant d'un enfant en ALD pour une hospitalisation d'au moins 3 jours. Une dérogation est prévue pour la durée des séjours pour la néonatalogie, la réanimation néonatale, les polyhandicapés et les enfants âgés de - de 4 ans.)
- Le nombre de prises en charge du billet d'un 2^{ème} accompagnant est non plafonné dès lors que les déplacements donnent lieu à plus de 3 jours d'hospitalisation. En cas de soins sur une longue durée (plus de 30 jours), la prise en charge du billet du 2^{ème} accompagnant est possible dans le cadre d'un rapprochement. Dans ce cas, le nombre d'aller-retour ouvrant droit à la prise en charge est apprécié au cas par cas par le service instructeur.
- La CdC rembourse le coût induit par le déplacement d'un 2^{ème} accompagnant, effectué a posteriori en appliquant la grille tarifaire de la sécurité sociale. (Des partenariats sont prévus pour éviter aux bénéficiaires d'effectuer une avance pour l'achat du billet).
- Mise en place de frais de service spécifiques à hauteur de 2 € (au lieu de 12 € en moyenne) par Air Corsica si le déplacement répond aux critères de la CdC.
- Un tarif plus avantageux qu'un tarif aller simple est appliqué par Air Corsica pour les enfants ayant fait l'objet d'une évacuation sanitaire et qui ne bénéficient pas du tarif résident pour leur retour.
- Un N° vert est créé pour traiter les demandes de réservation de place en urgence.

Les dons en nature des Compagnies de transport maritime :

Sensibilisées par les Associations sur des cas particuliers douloureux, deux Compagnies se sont engagées pour favoriser la présence des deux parents et des proches (fratrie par exemple) aux côtés d'un enfant malade. La Corsica Linea (depuis 2017) et La Méridionale (depuis 2018) mettent ainsi, chacune, à disposition de l'Association INSEME 200 traversées gratuites par an au profit des familles.

Les Fonds de secours des Caisses d'Assurance Maladie et des Mutuelles :

Un arrêté ministériel de 1995 habilite chaque CPAM à attribuer à ses assurés sociaux des secours individuels distincts des remboursements ordinaires. Ils vont au-delà des exigences légales en matière de sécurité sociale et relèvent du budget d'action sanitaire et sociale de chaque Caisse. Elles peuvent prendre en charge la participation de l'assuré en cas d'insuffisance de ressources ; la participation aux frais de transport non pris en charge au titre des prestations légales (transports non remboursables et les frais de transport pour visite aux enfants et conjoints hospitalisés). Ces aides sont soumises à condition de revenus. Elles s'inscrivent dans des enveloppes budgétaires très limitées, peu connues, et il n'est pas possible pour les malades de contester la décision rendue en la matière. Enfin, elles existent partout en France et ne sont pas liées à la prise en compte de la spécificité sanitaire de la Corse et à ses conséquences sur le budget des assurés insulaires. Le budget de la CPAM 2A s'élève à environ 100 000 € et celui de la CPAM 2B à 150 000 € mais il est apparu lors des auditions qu'une partie substantielle des budgets d'action sanitaire et sociale est fléchée nationalement et que la règle de fonctionnement aux 1/12ème entraîne une sous-utilisation de ces fonds.

De la même manière, bien qu'elles n'y soient pas obligées par la réglementation, la plupart des Mutuelles dispose d'un Fonds de secours. Il permet d'attribuer des allocations ponctuelles et exceptionnelles aux adhérents d'une complémentaire santé en cas de situation financière difficile liée à une maladie entraînant des frais importants. La MFC et la MGC ont indiqué que le leur s'élève à 50 000 € par an.

5-3 Le transport

- Une nouvelle procédure spécifique de contrôles de sécurité à l'Aéroport de Marseille :

Alertée par les malades sur le comportement irrespectueux, et incompatible avec leur état de santé, du personnel chargé de la fouille des passagers à l'Aéroport de Marseille, (retrait du bonnet d'une enfant chauve ou d'une prothèse d'une personne âgée en public par exemple), INSEME a obtenu la mise en place d'une nouvelle procédure. Elaborée avec la Direction des Opérations de l'Aéroport, elle permet de prendre en compte le cas spécifique des passagers se déplaçant pour raison médicale. Ainsi, « Lorsqu'un passager se présente au niveau de la file d'attente à l'agent de sûreté chargé de l'accueil en lui indiquant qu'il souhaite que les contrôles de sûreté soient effectués dans une cabine en raison de son état de santé, l'agent demande à son chef d'équipe de le prendre en charge. Le passager présente un certificat médical au Chef d'équipe qui assure alors les contrôles de sûreté qui s'imposent à l'écart des autres passagers dans une cabine. » Cette procédure est en vigueur depuis 2014 et un panneau d'information figure devant chaque Poste d'Inspection Filtrage. Depuis cette date, les plaintes des malades ont considérablement diminué mais la vigilance demeure.

- Un nouvel Espace de repos dédié aux malades à l'Aéroport de Marseille :

En février 2017, pour répondre aux besoins des malades, Jean BIANCUCCI, Président de la Compagnie Air Corsica, a décidé de créer l'espace « L'ARIA SERENA » à l'Aéroport Marseille Provence. Situé au Terminal 2 Hall 3, cet espace de repos est dédié aux passagers qui attendent leur vol retour pour la Corse après un rendez-vous médical. Il prend en compte les besoins des passagers à mobilité réduite mais aussi de tous ceux qui voyagent pour raison médicale et qui sont en attente de leurs vols et comprend :

- Un espace réservé aux familles avec enfants avec lit, table à langer, parc, chaise haute, jeux...
- Un coin restauration avec micro-ondes, bouilloire pour boissons chaudes,
- Plusieurs espaces salon avec différentes assises confortables (canapés, fauteuils...),
- Un écran TV et une bibliothèque pourvue de livres pour enfants et adultes,

Les agents de la compagnie en poste aux comptoirs d'enregistrement pour la Corse remettent aux personnes qui le souhaitent le code d'accès à cet espace sur simple présentation d'un justificatif (convocation médicale, bon de transport, bon de passage.)

- L'amélioration de la qualité de prise en charge des malades à bord des compagnies maritimes :

Sensibilisées par INSEME à la nécessité d'améliorer la qualité de la prise en charge des malades à bord des navires, La Corsica Linea (en 2017) et La Méridionale (en 2018) se sont ainsi engagées aux côtés de l'Association pour permettre à tout malade qui le souhaite de signaler, à la réservation de son billet, ses besoins spécifiques et de demander un accompagnement adapté à bord de ses navires. Une Charte signée à cet effet est affichée dans les agences et à bord des bateaux à la réception de même que les coordonnées des référents désignés au sein de leur Compagnie. Ils peuvent être contactés par l'Association ou directement par le malade.

5-4 L'hébergement

Les actions des Mutuelles :

En Corse les opérateurs locaux ont intégré depuis de nombreuses années la réalité sanitaire de l'île et ses conséquences financières pour les familles. Ils proposent ainsi des prises en charge spécifiques en termes de frais de restauration et d'hébergement des accompagnateurs sur le continent.

M. Jean François ORSONI, représentant de la Mutuelle Familiale de la Corse (MFC) et de la Mutuelle Générale de la Corse (MGC) a indiqué que si des contrats nationaux peuvent prévoir des prises en charge de frais d'accompagnant, ils sont limités à certaines catégories de bénéficiaires (- de 10 ans, + de 70 ans par exemple). De leur côté, la MFC et la MGC ont supprimé ces limitations pour les rendre accessibles à tous. De même, leurs contrats ne se limitent pas aux frais engagés à l'hôpital (plateau repas ou lit accompagnant) mais également en dehors, que cela soit pour de l'hébergement ou de la restauration. Les frais d'hôtel sont donc remboursés, ainsi que le coût des appartements thérapeutiques de l'Institut Paoli-Calmettes à Marseille par exemple (sur la base du forfait journalier hospitalier).

Les soutiens des Associations :

En complément, INSEME a mis en place un Dispositif qui permet la prise en charge des frais d'hébergement sur le continent d'une personne en ALD ou de ses accompagnateurs jusqu'à 50% des frais dans la limite de 30 € par jour (99 aides en 2017 – 21 535 €). Par ailleurs, des réductions ont été négociées avec certains hôtels (ex : IBIS, KYRIAD à Marseille). Enfin, en 2017 pour faire face à la saturation des structures existantes, l'Association a acheté un appartement à proximité de La Timone grâce à la 1^{ère} opération de crowdfunding caritative de Corse et qui a permis de collecter plus de 128 000 € en 30 jours. Cet hébergement est mis gratuitement à disposition « d'Un Toit pour mes parents » qui en assure la gestion quotidienne. Une prochaine Collecte devrait être organisée en 2019 afin d'acheter un appartement à Nice.

Le Dr MERLENGHI a également fait savoir que la Ligue contre le cancer 2A a eu la chance de bénéficier d'un legs et qu'un appartement sera donc prochainement mis à disposition des familles de malades à Marseille.

Le Dispositif régional de la Collectivité de Corse :

Le Volet hébergement du Dispositif régional de la Collectivité de Corse permet d'exonérer les parents d'enfants hospitalisés ou suivis en ambulatoire sur le continent qui séjournent dans l'une des deux structures avec lesquelles elle a conventionné. (« Un Toit pour mes parents » à Marseille et « La Maison du bonheur » à Nice). La subvention à ces structures est calculée sur la base d'un forfait à la nuitée constitué de la façon suivante : 30 % du coût de fonctionnement de la structure à la nuitée ; de la part du tarif théoriquement acquitté par le patient corse hébergé ou son accompagnant. Le forfait final ne doit pas représenter plus de 50 % (quand ce coût est supérieur ou égal à 50 €) du coût de fonctionnement à la nuitée. Ce dispositif bénéficie d'une enveloppe annuelle de 55 000 € et est très efficace. Compte tenu de la saturation des partenaires les plus sollicités, la Commission souligne qu'il est toutefois urgent d'élargir la liste des structures pouvant conventionner avec la CdC. (Ex : la Maison Mac Do à Marseille)

Troisième partie

**Des propositions d'évolution et d'adaptation :
RETABLIR L'EQUITE**

A l'issue de ses travaux, la Commission dresse un quadruple constat :

- 1- La spécificité sanitaire de la Corse est réelle et lourde de conséquences au plan humain, social et financier pour sa population, trop souvent contrainte de se rendre sur le continent.
- 2- Les modalités de prise en charge de l'Assurance Maladie sont restrictives et inadaptées à la réalité de l'île. Elles créent une rupture d'équité territoriale inacceptable en matière d'accès aux soins.
- 3- Les actions complémentaires récentes des acteurs locaux pour pallier les carences du service public ont permis d'améliorer la situation. Elles témoignent de l'évolution de la société insulaire et de la maturité de la réflexion liée à cette problématique.
- 4- La prise de conscience des acteurs locaux ne permettra pas de soulager les familles de manière systématique et pérenne des difficultés qu'elles rencontrent dans leur parcours de soin. La réponse à cette problématique ne peut reposer sur des actions individuelles, éparses et limitées. Il importe désormais que les institutions publiques s'en emparent pleinement afin de mettre en place un cadre réglementaire adapté à la spécificité sanitaire de la Corse.

Face à cet enjeu de société majeur, le CESEC souhaite contribuer à la recherche de solutions qu'il convient d'engager au plus tôt. Il formule à ce titre deux types de préconisations :

- 1- Améliorer l'offre de santé en Corse pour diminuer ces déplacements.
- 2- Faire face à l'urgence via des propositions concrètes d'innovations à mettre en œuvre au niveau local et national pour améliorer la prise en charge des flux incompressibles. Il conviendra pour cela de s'appuyer sur les textes qui prévoient la prise en compte de la spécificité de la Corse.

1- Améliorer l'offre de santé en Corse

Les déplacements sur le continent révèlent un certain nombre de manques en termes de moyens diagnostics, thérapeutiques et de suivi, qu'ils soient humains, matériels ou organisationnels. La Commission considère donc qu'il est indispensable que les pouvoirs publics s'engagent dans une démarche volontariste d'amélioration de l'offre de santé afin de répondre aux besoins de la population et de réduire au maximum les déplacements médicaux qui peuvent l'être.

Trois grands axes de réflexion ont ainsi été retenus afin de garantir la continuité du parcours de soin et de sécuriser les prises en charges des malades. Il est à noter qu'ils sont identifiés depuis de nombreuses années comme prioritaires, et figurent déjà dans plusieurs documents stratégiques de santé pour la Corse.

1-1 Améliorer et compléter les infrastructures insulaires

Les auditions ont souligné que certaines « fuites » peuvent être réduites. A titre d'exemple, depuis 2015, l'Association des Diabétiques de Corse a pu impulser la mise en place de l'insulinothérapie fonctionnelle (qui permet au malade de connaître ses besoins en insuline et lui donne les outils pour s'auto-traiter) au centre Valicelli à Occana. C'est un outil de gestion du diabète très utile aux patients qui entraîne une hospitalisation de 5 jours qui était effectuée de façon systématique sur le continent. La mise en place de ces ateliers a donc permis de réduire les « flux » tout en améliorant la prise en charge des malades puisque des nombreux renoncements étaient liés aux difficultés et aux restes à charges engendrés par un départ sur le continent. Il convient toutefois de signaler que ces ateliers n'ont lieu que 2 fois par an pour 6 personnes, ce qui reste très insuffisant puisque la Corse compte 10 000 diabétiques dont 20 % de type 1.

Le SROS 2012-2016

Le SROS prévoyait déjà la nécessité de « développer l'offre de soins dans les spécialités actuellement sous dotées en Corse » et fixait l'objectif de « Réduire les fuites hors région dès lors qu'une offre de soin efficiente peut être créée ou développée en Corse. » Pour cela il prévoyait de faire un état des lieux des prises en charge hors région et d'expertiser les « taux de fuite » enregistrés dans chaque discipline. Certaines des filières avaient même été identifiées : affections de l'appareil locomoteur, affections neurologiques, affections cardio-vasculaires (même si le recours interrégional restera nécessaire pour certains types de prise en charge), affections de l'appareil respiratoire, affections du système digestif, métabolique et endocrinien, cancérologie (prise en charge en soin de suite), affections liées aux conduites addictives, affections de la personne âgée poly-pathologique, dépendante ou à risque de dépendance.

Le SRS 2018-2023 :

Le SRS prévoit comme Objectif opérationnel N°1 le développement de l'hospitalisation de jour. Il s'agira de développer des plateaux d'hospitalisation de jour et réduire les fuites évitables : notamment par le développement d'actions en faveur des recrutements médicaux dans les disciplines démographiquement déficitaires et par une communication sur l'existant.

Le Discours du Président de la République le 7 février 2018 :

La nécessité de poursuivre les efforts de modernisation des équipements sanitaires et médico-sociaux de l'île a été rappelée par le Président de la République, Emmanuel MACRON, à Bastia en 2018. Il a annoncé la démarche d'élaboration d'un plan de modernisation des infrastructures et des équipements insulaires. Il avait précisé que ce plan devra s'établir en cohérence avec les axes de développement du SRS.

Les orientations de la Collectivité de Corse en matière de Santé 2018-2021 :

La Conseillère Exécutive en charge de la santé, Bianca FAZI, a présenté ses orientations à l'Assemblée de Corse en juillet. Dans ce cadre, le Conseil Exécutif de Corse, souhaite pour sa part s'inscrire dans une trajectoire de création d'un CHR et défendre les intérêts de l'hôpital en soutenant les demandes de rehaussement du coefficient géographique afin de faire en sorte que la Corse puisse bénéficier d'une continuité territoriale du service public de santé et d'améliorer la qualité des prises en charge.

1-2 Encourager les partenariats et le déplacement de spécialistes en Corse

Les auditions l'ont démontré : même en améliorant l'offre des soins en Corse certains besoins de la population nécessiteront toujours l'expertise de spécialistes extérieurs à l'île. C'est le cas notamment pour la chirurgie pédiatrique, la périnatalité (ensemble du processus lié à la naissance) etc... Pour réduire les déplacements des malades et sécuriser la qualité de leur prise en charge, il convient donc également d'encourager la mise en place de partenariats avec les établissements continentaux de recours interrégionaux et de consultations avancées permettant aux spécialistes de venir en Corse.

Le SROS 2012-2016 :

Le SROS prévoyait de développer les coopérations, les mutualisations et de favoriser « l'accessibilité aux soins notamment par le renforcement de la présence d'internes dans les services de soins des centres hospitaliers corses et par le déploiement de postes de post internat » ainsi que des plans de formation renforcés dispensés par des équipes venant notamment de Centres de référence des régions PACA ou Ile de France en matière de simulation de la réanimation néonatale.

Le SRS 2018-2023 :

Le SRS indique que des consultations avancées réalisées par des médecins du continent au niveau des établissements de santé de Corse ont été développées au cours des dernières années en médecine interne, maladies neuromusculaires et rhumatologie. Il prévoit le renforcement du partenariat inter-régional en matière de consultations avancées notamment avec des médecins de la région PACA.

1-3 Encourager le développement de la télémédecine

La télémédecine peut également permettre de réduire les flux hors-région. Il s'agit d'une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication (téléconsultation, télé expertise, télésurveillance médicale, téléassistance médicale, réponse médicale qui est apportée dans le cadre de la régulation médicale). Les conditions de sa mise en œuvre et de sa prise en charge financières sont fixées par décret, en tenant compte des déficiences de l'offre de soins dues à l'insularité et de l'enclavement géographique.

Le SROS 2012-2016 :

Le SROS affirmait que « *La télésanté doit être un élément favorisant l'accessibilité aux soins* » et que « *de par sa configuration géologique à la fois montagneuse et insulaire, de par son offre de soins fragile dans le rural, la Corse est un territoire propice au développement de la télémédecine* ».

Le COS 2018-2028 :

Le COS fait du développement de l'e-santé sur l'île un objectif majeur. Ainsi il précise que « *La télémédecine va améliorer l'efficacité du parcours du patient. Peu utilisée, son usage a vocation à rapidement progresser pour répondre aux problématiques de désertification médicale mais également d'avoir accès à une technologie médicale de pointe non accessible sur le territoire.*

La téléconsultation, la télé-expertise et la téléassistance ont vocation à renforcer les collaborations entre professionnels et la coordination des soins et notamment faciliter l'accès à des avis hyperspécialisés. »

Le SRS 2018-2023 :

Le SRS vise « à faire du numérique le garant de l'égalité d'accès aux soins quel que soit le lieu de vie. Pour permettre à la Corse de bénéficier de cette médecine en pleine mutation compte tenu de sa spécificité, il montagne et seule région française sans centre hospitalo-universitaire, il faut repenser les formes de gradation de la prise en charge. Le système d'information est l'outil indispensable à la coordination des acteurs. Au regard des caractéristiques de l'île, une population vieillissante, une densité régionale très faible sur les territoires ruraux, un vieillissement de la population médicale et une présence importante des professionnels de santé libéraux paramédicaux, les progrès organisationnels constituent un enjeu majeur permettant de répondre à la fois aux nouveaux besoins liés aux parcours mais également de tendre vers une plus grande efficacité dont les gains obtenus viendraient en soutien à l'accès aux innovations. »

L'amélioration des infrastructures insulaires, le développement des partenariats et des déplacements de spécialistes en Corse ainsi que celui de la télémédecine, identifiés comme objectifs prioritaires par la Commission, nécessitent des budgets conséquents. En effet, mentionnés depuis plusieurs années dans les documents stratégiques de santé élaborés par l'ARS, ils ne pourront se traduire en avancées concrètes pour le territoire que si les moyens financiers nécessaires y sont alloués. A ce titre, comme cela a été réclamé par la CRSA, il est indispensable que le PRS 2018-2023 soit doté d'une programmation financière.

2- Améliorer la prise en charge des flux incompressibles

L'amélioration de l'offre de santé en Corse est un objectif prioritaire qui ne peut toutefois être envisagé qu'à moyen et long terme. En outre, les différentes auditions ont révélé que s'il convient d'éviter au maximum les déplacements qui pourront l'être, d'autres en revanche demeureront inévitables.

Laure HOUBEAUT estime elle aussi qu'il « existe un nombre incompressible des flux au départ de la Corse. Cela signifie que si des actions sont menées sur le patient, sur le comportement des médecins prescripteurs et sur les structures et plateaux techniques de la région, celle-ci ne pourra pas répondre à toutes les fuites sur le continent. » Elle ajoute que le développement des plateaux techniques est contraint par la dimension du territoire. Selon elle, la Corse « au vu de sa géographie et de sa population sensiblement faible par rapport aux autres régions françaises ne pourra pas devenir une région d'attractivité accrue. Il sera difficile de développer indéfiniment de nouvelles techniques dans la mesure où l'activité nécessaire pour maintenir certaines spécialités risque de ne pas pouvoir être suffisante ».

En effet, compte tenu de l'insularité et de la démographie de la Corse de même que de l'absence de certaines structures, une partie importante des départs sur le continent continuera d'être obligatoire pour avoir recours à des spécialistes de haut niveau.

Il convient donc d'agir dans les meilleurs délais pour améliorer la continuité et la fluidité de la prise en charge des malades. D'une part, au plan local, dans le cadre des compétences de la Collectivité de Corse en matière de transport (1) et des pratiques des Caisses (2) ; d'autre part, au niveau national en s'appuyant sur les textes en vigueur pour obtenir un cadre réglementaire innovant et adapté à la spécificité sanitaire de la Corse (3).

2-1 Dans le cadre des compétences de la Collectivité de Corse en matière de transport

La Commission formule 3 propositions qui peuvent être mises en œuvre dans le cadre des compétences de la CdC et de sa politique régionale en matière de transport aérien et maritime.

Proposition N°1 : Faciliter l'accès aux transports

En cas de trafic normal :

Rendre disponibles des places pour les malades et leur accompagnateur ayant une prise en charge en cas de départ en urgence (sur le modèle des procédures de surbooking déjà pratiquées par les compagnies).

En cas de mouvement de grève :

Créer un service prioritaire réservé aux malades et à leur accompagnateur ayant une prise en charge dans le cadre du dispositif de service social solidaire créé en 2013 par la CdC.

En cas de perturbations prévisibles :

Créer une procédure d'information en temps réel à destination des associations de représentation des usagers en cas de perturbations prévisibles.

Proposition N°2 : Améliorer la qualité de prise en charge des malades par les compagnies de transport

Demander aux compagnies délégataires de créer des procédures d'enregistrement et d'embarquement prioritaires pour les malades et d'adopter et mettre en œuvre une charte garantissant la qualité du transport des personnes devant se rendre sur le continent pour raison médicale.

Il s'agit d'aller au-delà de l'application des normes d'accessibilité en faveur des personnes à mobilité réduite et de tenir compte également des besoins particuliers de personnes fragilisées et fatiguées par des déplacements médicaux. Affichée sur les comptoirs de vente de chaque compagnie, cette Charte inviterait chaque personne concernée, et qui le souhaite, à se faire connaître auprès de la compagnie de transport, dès la réservation de son billet, pour signaler ses besoins spécifiques et bénéficier d'un accompagnement adapté à sa situation dès son arrivée au port ou à l'aéroport et ce, jusqu'à son point d'arrivée (à l'image de la Charte mise en place avec les Compagnies Corsica Linea et La Méridionale).

Proposition N°3 : Améliorer la qualité de prise en charge des malades dans les ports et aéroports

Demander aux compagnies délégataires et / ou aux concessionnaires chargés de ces infrastructures de mettre une salle de repos à disposition des malades dans tous les ports et aéroports desservis en Corse et sur le continent (à l'image de la Salle « Aria Serena » créée en 2017 par Air Corsica à l'aéroport de Marseille qui a permis d'améliorer considérablement les déplacements des malades).

2-2 Dans le cadre des pratiques des Caisses locales

Les travaux de la Commission ont fait apparaître une méconnaissance des règles de prise en charge, des pratiques différentes selon les Caisses et des usages jugés très restrictifs. Il importe donc de mettre en place des procédures d'information et d'accompagnement spécifiques, de supprimer les inégalités de traitement entre Caisses, de faciliter la prise en charge des accompagnateurs de tous les mineurs et des personnes âgées, et enfin de permettre la prise en charge totale du billet retour suite à une EVASAN. Quatre propositions sont formulées en ce sens :

Proposition N°4 : Créer « Un parcours attentionné » dédié aux déplacements médicaux sur le continent

Les « Parcours attentionnés » mis en place par l'Assurance Maladie sont un Guichet unique qui vise à accompagner des assurés en situation particulière pour faciliter leurs démarches en mettant à leur disposition les informations qui leur sont utiles (ex : maternité, seniors, déménagement, perte d'un proche etc...). Il est donc proposé de créer en Corse « un parcours attentionné » dédié aux malades devant se rendre sur le continent.

Proposition N°5 : Généraliser le tiers-payant à tous les assurés insulaires

Il s'agit de réduire le montant important des restes à charge et d'harmoniser les pratiques des Caisses. Pour cela il est proposé d'étendre dans les meilleurs délais à l'ensemble des assurés insulaires (du Régime Général et des Régimes Spécifiques) le tiers-payant qui n'est appliqué qu'aux seuls assurés relevant de la CPAM de la Haute-Corse pour tout ce qui ne relève pas d'une prise en charge à 100 %.

Proposition N°6 : Autoriser l'accompagnateur pour les enfants de + de 16 ans et les + de 65 ans

Le Code de la Sécurité prévoit la prise en charge systématique d'un accompagnateur pour les - de 16 ans. Il importe d'assouplir la mise en œuvre locale de cette règle qui est aujourd'hui appréciée au cas par cas par le contrôle médical afin d'accorder de manière systématique la prise en charge d'un accompagnateur pour les enfants de 16 à 18 ans (en prenant pour modèle la réglementation de la CAF dont le critère de prise en charge est la scolarisation des enfants). En effet dans la majorité des cas un enfant de 16 ans n'a jamais pris l'avion ou le bateau seul. De plus, il n'est pas concevable pour les parents de laisser un adolescent seul dans une grande ville sur le continent. Il en va de même pour les personnes âgées de + de 65 ans qui nécessitent elles aussi qu'un proche soit à leur côté lors de ces déplacements difficiles et déstabilisants.

Proposition N°7 : Autoriser la prise en charge totale du billet retour suite à une EVASAN

La réglementation en vigueur ne permet pas aux compagnies de transport d'appliquer le « tarif résident » à un malade qui peut rentrer en Corse car il n'a pas effectué le voyage aller à bord d'un avion ou un bateau de ligne régulière. Dans ce cas particulier les Caisses doivent prendre en charge, ou rembourser au malade (adulte ou enfant), la totalité du coût du billet retour sans se limiter au « tarif résident ».

2-3 Dans le cadre de l'adaptation du Code de la Sécurité Sociale

Comme cela a été démontré, bien que les familles résidant en Corse soient les seules à être dans l'obligation de quitter aussi fréquemment leur région pour accéder à des soins et que cela leur coûte si cher, ce sont les règles de droit commun qui leur sont appliquées en matière de remboursement.

Il convient donc de prendre en compte l'absence de CHR/CHU et de certaines spécialités, ainsi que les difficultés et les coûts de déplacements liés à l'insularité pour rétablir l'équité, entre les assurés résidant en Corse et les autres, face au droit fondamental à l'accès aux soins.

Cela conduit la Commission à formuler 3 propositions d'adaptation du code de la Sécurité Sociale :

Proposition n°8 : Suppression de la DAP pour les cas impossibles à traiter en Corse et les EVASAN

La Commission propose de modifier l'Art R322-10-4 comme suit :

« Est, sauf urgence attestée par le médecin prescripteur, subordonnée à l'accord préalable de l'organisme qui sert les prestations après avis du contrôle médical la prise en charge des frais de transport :

- a) Exposés sur une distance excédant 150 kilomètres
- b) Mentionnés aux e et f du 1° de l'article R. 322-10 ;
- c) Par avion et par bateau de ligne régulière (***à l'exception des transports liés à une spécialité inexistante en Corse, et au transport correspondant au retour d'une évacuation sanitaire depuis la Corse***);

Dans le cas prévu au a le contrôle médical vérifie notamment que les soins ne peuvent être dispensés dans une structure de soins située à une distance n'excédant pas 150 kilomètres.

L'absence de réponse dans un délai de quinze jours à compter de l'expédition de la demande vaut accord préalable. »

Pour mémoire : il s'agit d'une simplification administrative sans impact budgétaire.

La Commission propose de modifier l'Article 5322-10-7 comme suit :

« Sont pris en charge, dans les conditions fixées par la présente section, les frais de transport en commun exposés par une personne accompagnant un assuré ou un ayant droit, lorsque l'état de ce dernier nécessite l'assistance d'un tiers ou qu'il est âgé de moins de seize ans. **Les frais de transport d'une deuxième personne accompagnant un assuré sont pris en charge lorsque l'Assuré est un mineur en Affection de Longue Durée qui relève d'une spécialité inexistante en Corse** »

Pour mémoire : les Caisses ont indiqué que seulement 1 871 enfants ont été autorisés à se rendre sur le continent en 2017 dans le cadre d'une ALD. Cette mesure s'élèverait donc à 280 000 € par an, soit seulement 4 % des 6,6 millions € consacrés au remboursement total des frais de transport avion + bateau et 0,7 % des 39 millions € consacrés chaque année à tous les transports.

Evaluation du coût annuel du transport en avion d'un accompagnateur supplémentaire pour les mineurs en ALD			
	Mineurs en ALD	Coût unitaire d'un billet avion	Coût total
MSA	99	150 €	14 850 €
CPAM 2A	808	150 €	121 200 €
CPAM 2B	964	150 €	144 600 €
Total	1 871	150 €	280 650 €

La Commission propose un Article supplémentaire :

« Sont pris en charge, les frais d'hébergement exposés par un assuré, un ayant droit ou par une personne accompagnant un assuré ou un ayant droit lorsque ce dernier souffre d'une Affection de Longue Durée qui relève d'une spécialité inexistante en Corse. »

Pour mémoire : 16 116 déplacements ont été autorisés en 2017 dans le cadre d'une ALD et le prix des hébergements constatés à Marseille varie entre 9 et 115 € la nuitée.

2-4 Un cadre réglementaire innovant adapté aux spécificités de la Corse

Ayant fait la démonstration du caractère restrictif et inadapté du droit commun actuel, la Commission souhaite inscrire l'examen de ses propositions dérogatoires au Code de la Sécurité Sociale dans le cadre du droit à l'innovation récemment consacré, du Statut d'Ile Montagne et de la Stratégie Nationale de Santé qui prévoit désormais un Volet spécifique à la Corse pour lutter contre les inégalités territoriales.

a- L'innovation :

L'innovation, reconnue par l'Article 51 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS), est l'un des 4 objectifs de la Stratégie Nationale de Santé (SNS) destiné à assurer une meilleure accessibilité aux soins.

La Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) 2018

L'innovation est désormais identifiée comme un levier d'action pertinent qui permet « aux acteurs de terrain en santé de proposer des solutions nouvelles à des ruptures de parcours et de proposer des projets adaptés aux territoires, non prévus dans le cadre conventionnel commun ». Le cadre expérimental prévu ouvre la possibilité de déroger à de nombreuses dispositions législatives de financement et d'organisation, notamment pour la participation financière des patients et les prestations d'hébergement temporaire non médicalisé, éventuellement déléguées à un tiers, en amont ou en aval de l'hospitalisation. Ainsi, qu'elle soit technique, organisationnelle ou réglementaire, l'innovation apparaît comme un outil majeur qui doit permettre de répondre à la spécificité sanitaire de la Corse.

Il est toutefois important de souligner que le déploiement de ce dispositif est prévu via des expérimentations d'une durée maximum de 5 ans financées par un Fonds pour l'Innovation du Système de Santé (doté de 20 millions € pour 2018) et des Fonds d'Investissement Régionaux des ARS (dotés de 10 millions € supplémentaires dès 2018). Hors, la Commission insiste sur le fait que les innovations proposées pour la Corse doivent apporter in fine une réponse pérenne et non limitée dans le temps à la problématique des déplacements médicaux sur le continent.

La Stratégie Nationale de Santé 2018-2022

Définie par le Gouvernement en application de l'article L1411-1-1 du Code de la santé publique, la Stratégie Nationale de Santé (SNS) a été arrêtée par le décret du 29 décembre 2017. Elle détermine de manière pluriannuelle domaines d'action prioritaires et les objectifs d'amélioration de la santé et de la protection sociale contre la maladie. Elle doit être mise en œuvre par les Projet Régionaux de Santé (PRS) qui définissent les objectifs des ARS et s'articule autour de quatre grandes priorités :

- Mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux, avec une attention particulière portée aux enfants et aux jeunes,
- Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé, avec une approche centrée sur les parcours organisés dans les territoires de vie des patients,
- La nécessité d'accroître la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge, à chaque étape du parcours de santé,
- L'innovation en santé (organisationnelle, médicale, technologique ou numérique) au service des usagers et des professionnels de santé.

b- La réduction des inégalités territoriales :

De façon générale, il est précisé que les 4 objectifs de la SNS visent à la réduction de l'ensemble des inégalités en matière de santé. De manière plus précise, il convient de noter que l'Objectif N°2 de la SNS doit permettre de réduire les inégalités concernant l'exposition aux risques et l'accès à l'offre de soins et que des dispositifs spécifiques doivent permettre de répondre aux besoins des personnes particulièrement éloignées de l'offre de santé. Pour cela il convient de :

- Lever les obstacles sociaux et économiques à l'accès aux services de santé et notamment de limiter les dépenses restant à la charge des assurés en matière de transports sanitaires et de dépenses non couvertes ;
- Garantir à chaque citoyen l'accès à des soins de qualité, quel que soit l'endroit où il vit ;
- Généraliser les usages du numérique en santé pour abolir les distances ;
- Libérer les capacités des acteurs locaux de développer des projets adaptés aux caractéristiques des territoires.

Cet objectif est également décliné au travers de la Convention d'Objectifs et de Gestion (GOG) 2018-2022 entre l'Etat et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM). Elle fixe comme « la première des priorités » le renforcement de l'accessibilité territoriale et financière du système de soin et notamment la lutte contre les inégalités territoriales d'accès aux soins. Il est précisé que « cela suppose de proposer de nouvelles modalités d'intervention tant à destination des assurés que des professionnels de santé » et que cela passera en particulier par une « réduction des restes à charge ». Il est prévu que l'Assurance Maladie s'engage pour réduire le renoncement en accompagnant les assurés dans leur accès aux soins.

c- La reconnaissance des spécificités de la Corse :

Au-delà du droit à l'innovation, la Commission souhaite que ses propositions soient examinées dans le cadre de la reconnaissance de la dimension insulaire de la Corse et de son caractère d'île montagne.

- La loi du 28 décembre 2016 : le Statut d'île Montagne

Dans son Article 5, la loi de modernisation, de développement et de protection des territoires de montagne, accorde à la Corse la spécificité d'île-montagne, ouvrant, sous certaines conditions, la possibilité d'adaptation de dispositions générales et des politiques publiques, notamment s'agissant de l'accès des populations de montagne à certains services de santé. Ces dispositions, mises en œuvre en collaboration avec les partenaires de l'Etat et des collectivités territoriales, doivent faciliter la mise en œuvre d'un PRS réaliste et adapté à la Corse.

- Le décret du 29 décembre 2017 : le volet spécifique à la Corse de la Stratégie Nationale de Santé

La SNS intègre des dispositions spécifiques à la Corse. Le décret prévoit que ses quatre priorités majeures doivent être mises en œuvre au travers du PRS, en prenant en compte les spécificités de l'île soit : les contraintes et les fragilités de ce territoire, dues à sa caractéristique d'île-montagne, notamment en matière d'accessibilité (temps de trajet, pénibilité des déplacements, renoncements aux soins...) ; la forte précarité observée qui génère des inégalités d'accès aux soins élémentaires pour les plus démunis ; le vieillissement de la population, plus important que sur le continent.

En conséquence, les objectifs stratégiques et opérationnels du PRS de Corse doivent concourir à la réalisation des 2 objectifs suivants :

- Assurer une offre de soins graduée et continue, adaptée à l'insularité, à la géographie interne et à la difficulté des déplacements. Cela doit passer notamment par l'accessibilité des plateaux techniques et des transports ou évacuations sanitaires vers le continent ;
- Tenir compte des fluctuations saisonnières et des risques émergents suscités par l'augmentation de ces échanges.

Le décret du 29 décembre 2017 ouvre ainsi la voie à la prise en compte des spécificités de la Corse dans les plans et programmes de santé publique, dont le PRS.

Une avancée considérable est acquise puisque les spécificités de la Corse sont aujourd'hui reconnues par des dispositions législatives et réglementaires. Il importe désormais de s'assurer de leur prise en compte et de leur traduction concrète dans les politiques de santé publiques via le droit à l'innovation et la LFSS.

Ainsi, au-delà des mesures de rééquilibrage existantes (telles que l'application d'une majoration dite du « coefficient géographique ») qu'il convient de soutenir, le prochain PRS 2018-2023 doit permettre de proposer des mesures adaptées à la Corse.

La Commission souhaite donc que ses propositions, et notamment celles qui relèvent de l'adaptation du Code de la Sécurité Sociale, soient examinées dans ce cadre général et intégrées au PRS et à la future politique régionale de la CdC en matière de santé.

Elles visent à fluidifier le parcours de soins continu du malade et à supprimer les ruptures entre le traitement, l'accompagnement, l'hospitalisation (où qu'elle ait lieu) et le domicile. En cela il s'agit bien d'actions innovantes permettant de répondre aux spécificités de la Corse et de lutter contre les inégalités territoriales en matière d'accès à la santé. Il convient de signaler qu'elles sont en outre reproductibles dans les différents territoires insulaires et les territoires les plus isolés.

3- La proposition de suivi et d'évaluation

Compte tenu de l'importance du sujet et de l'attente de la population, la Commission propose la mise en place d'un Comité de suivi et d'évaluation destiné à mesurer la prise en compte de ces propositions par la Collectivité de Corse, les Caisses d'Assurance Maladie et l'Etat.

CONCLUSION

Les membres de la Commission remercient les partenaires qui ont accepté d'alimenter leurs travaux par la richesse de leurs témoignages et contributions, de même que les équipes du CESEC pour la qualité de leur engagement.

Les 10 propositions élaborées dans le cadre du présent rapport sont le fruit d'un état des lieux précis, chiffré et objectif de la réalité de déplacements médicaux et des conséquences douloureuses qu'elle entraîne pour les malades insulaires et leurs familles.

Elles se veulent ambitieuses mais aussi et surtout justes et porteuses d'espoir dans la perspective du rétablissement de l'équité à laquelle la population aspire légitimement en matière d'accès aux soins.

Il incombe désormais aux acteurs publics institutionnels de s'emparer de cet enjeu majeur pour la Corse et d'y apporter des réponses adaptées et pérennes.

BIBLIOGRAPHIE / WEBOGRAPHIE

- Cadre d'Orientation Stratégique (COS) 2018-2028
- Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) 2012-2016
- Schéma Régional de Santé (SRS) 2018-2023
- Rapport de l'ARS de Corse sur l'étude relative « aux surcoûts liés à l'insularité » - 2016
- Rapport de Laure HOUBEAUT « Réduction des flux sanitaires Corse-Continent et continuité des soins : un enjeu spécifique pour la Corse », mars 2011.
- Code de la sécurité Sociale : Article R322-10 et suivants
- Santé Info Droits Pratique 2017 : l'action sanitaire et sociale de l'Assurance Maladie »
- Etude de l'association SPARADRAP sur la place des parents à l'hôpital - 2004
- Etude qualitative de Coyne et Cowley (2007)
- La charte européenne de l'enfant hospitalisé - 1988
- La Charte de la personne hospitalisée - 2006
- La circulaire du 23 novembre 1998 relative au régime de visite des enfants hospitalisés en pédiatrie.
- Loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient
- Délibération N°13/165 AC de l'Assemblée de Corse du 25-07-13
- Délibération N°15/142 AC de l'Assemblée de Corse du 25-06-15
- Délibération N°17/374 AC de l'Assemblée de Corse du 27-10-17
- Loi de Financement de la Sécurité Sociale – 2018
- Décret du 29 décembre 2017 relatif à la Stratégie Nationale de Santé 2018-2022
- Convention d'Objectifs et de Gestion 2018-2022
- Loi du 28 décembre 2016 de modernisation, de développement et de protection des territoires de montagne
- www.inseme.org
- <https://www.scansante.fr>
- www.reseau-chu.org
- www.lamaisondubonheur06.com
- www.untoitpouresparents.com
- Contribution écrite du Centre Hospitalier d'Ajaccio
- Contribution écrite de la MSA
- Contribution écrite de la CPAM
- Contribution écrite de l'Association des diabétiques de Corse
- Contribution écrite de l'Association INSEME
- Contribution écrite de l'Association La Marie-Do
- Contribution écrite des Mutuelles MFC et MGC
- Contribution écrite de Josette RISTERUCCI, Présidente de la CRSA

PERSONNES AUDITIONNEES

- Dr Sauveur MERLENGHI, Président de La Ligue contre le cancer de la Corse-du-Sud
- Pierre-Louis ALESSANDRI, Représentant régional de l'APF-France Handicap pour la Corse
- Dominique FIESCHI, Président de la MSA de Corse
- Pierre ROBIN, Directeur de la MSA de Corse
- Rose-Marie PASQUALAGGI, Présidente de l'Association des diabétiques de Corse
- Marie-Jeanne CHIUDINO, Chargée de Mission de l'Association INSEME
- Jean-Michel VERLEYE, Trésorier de l'Association INSEME
- Catherine RIERA, Présidente de l'Association La Marie-Do
- Jean-François ORSONI, représentant des mutuelles MFC et MGC
- Marie-Madeleine GUILLOU, Directrice de la CPAM de la Corse-du-Sud
- Dr Gérard UGHETTO, Médecin chef du service médical de la CPAM de la Corse-du-Sud
- Norbert NABET, Directeur général de l'ARS de Corse

TABLE DES SIGLES

ACS : Aide pour une Complémentaire Santé
ALD : Affection Longue Durée
AMP : Assistance Médicale à la Procréation
ARS : Agence Régionale de Santé
ATIH : Agence Technique d'Information sur l'Hospitalisation
CHR : Centre Hospitalier Régional
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CMUC : Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
COS : Cadre d'Orientation Stratégique
CRSA : Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie
CRUCQPC : Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge
DAP : Demande d'Accord Préalable
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EVASAN : Evacuation Sanitaire
IREPS : Instance Régionale d'Education et de la Promotion de la Santé
MCO : Hospitalisation en court séjour
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
MSA : Mutualité Sociale Agricole
ORS : Observatoire Régional de Santé
PADDUC : Plan d'Aménagement et de Développement Durable de la Corse
PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PRS : Programme Régional de Santé
SIOS : Schéma Interrégional d'Organisation Sanitaire
SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins
SRS : Schéma Régional de Santé
SSR : Structure de Soins et de Réadaptation