

Les taux d'attractivité représentaient en 2016, 4,4% en hospitalisation complète et 1,2% en hospitalisation à temps partiel.

Répartition des journées produites par affections en 2016 (source : SCANSANTE 2016) :

Journées de présence en milliers		Nombre de journées en 2016	Part en journées en Corse en 2016	Evolution nombre de journées 2015/2016	Evolution France entière
1	Affections du système nerveux	40,18	17,5%	+12,5%	+1,2%
2	Affections de l'œil	0,13	0,1%	+12,4%	-0,7%
3	Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	1,17	0,5%	+52,1%	+2,1%
4	Affections de l'appareil respiratoire	10,19	4,4%	+17,0%	-2,0%
5	Affections de l'appareil circulatoire	13,73	6,0%	-14,5%	+0,4%
6	Affections des organes digestifs	5,25	2,3%	-12,3%	-1,6%
8	Affections et traumatismes du système ostéoarticulaire	98,65	42,8%	+3,8%	-0,0%
9	Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	2,43	1,1%	-9,2%	-0,6%
10	Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	28,34	12,3%	-3,6%	-1,2%
11	Affections de l'appareil génito-urinaire	2,41	1,0%	-48,7%	-3,9%
16	Affections du sang, des organes hématopoïétiques, du système immunitaire, et tumeurs malignes de siège imprécis ou diffus	1,07	0,5%	-32,5%	+1,8%
18	Certaines maladies infectieuses, virales ou parasitaires	0,39	0,2%	+13,0%	+2,3%
19	Troubles mentaux et du comportement	11,48	5,0%	+4,6%	+0,8%
23	Autres motifs de recours aux services de santé	14,23	6,2%	-11,5%	-5,5%
27	Post transplantation d'organe	0,04	0,0%	+5,0%	-9,2%
90	Erreurs et recueils inclassables	0,57	0,2%	-82,9%	-46,4%
Total		230,25	100,0%	-0,3%	-0,6%

Les affections et traumatismes du système ostéo articulaire représentent 42,8 % des journées produites en Corse en 2016. Elles sont suivies par les affections du système nerveux (17,5 % des journées) et les affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles (12,3% des journées).

Taux de recours

En 2016, les taux de recours en Corse sont supérieurs au national. Ils sont de 1,21 en hospitalisation complète et de 1,59 en hospitalisation partielle.

Analyse par filière de soins

Tous les établissements titulaires d'une autorisation de SSR sont polyvalents adultes, certains disposent en plus de mentions de prises en charge spécialisées. Aucun établissement de Corse ne dispose de la prise en charge enfants ou adolescents.

- Affections de l'appareil locomoteur

Les établissements autorisés pour cette prise en charge en Corse-du-Sud sont le CRF Molini à Albitreccia et le CRF du Finosello à Ajaccio. En Haute Corse, les autorisations concernent le centre hospitalier de Bastia et la SARL Sainte Catherine à Prunelli-di Fiumorbo (sous réserve de mise en œuvre et de conformité).

En 2016, la catégorie majeure CM08 (affections et traumatismes du système ostéo-articulaire) a représenté 73 930 journées en hospitalisation complète et 24 718 journées en hospitalisation à temps partiel. Les taux de fuite étaient respectivement de 11,5% en hospitalisation complète et 2,1% en hospitalisation partielle.

Ce type de prise en charge s'adresse essentiellement aux patients nécessitant une rééducation pluridisciplinaire et intensive avec des soins d'appareillage, une surveillance et un traitement médical important.

- Affections du système nerveux

Quatre établissements sont autorisés pour cette prise en charge : le CRF Molini, le CRF du Finosello et le centre hospitalier de Bastia et la SARL Sainte Catherine (sous réserve de mise en œuvre et de conformité).

En 2016, la catégorie majeure CM01 (affections du système nerveux) a représenté 35 986 journées en hospitalisation complète et 4 193 journées en hospitalisation à temps partiel avec un taux de fuite de 15,2% en hospitalisation complète et de 5% en hospitalisation à temps partiel.

Dans le cadre de la filière AVC, les trois établissements ont signé des conventions permettant une optimisation des moyens humains et une meilleure fluidité de la filière.

- Affections cardio-vasculaires

Deux établissements ont été autorisés pour cette prise en charge : le CRF Finosello et le centre hospitalier de Bastia. Sur le centre hospitalier de Bastia, la mise en place de cette mention en hospitalisation à temps partiel est effective depuis mars 2017. Il est encore trop tôt pour mesurer les effets de cette mise en place sur la réduction des fuites.

Ces affections s'adressent à des patients qui présentent un risque élevé de complications et/ou de décompensations.

En 2016, la catégorie majeure CM05 (affections de l'appareil circulatoire) a représenté 11 834 journées en hospitalisation complète et 1 897 journées en hospitalisation à temps partiel avec un taux de fuite de 38,5% en hospitalisation complète et de 7,3% en hospitalisation à temps partiel.

- Affections respiratoires

Seul le centre hospitalier de Bastia a été autorisé pour cette prise en charge à vocation régionale et dont la mise en œuvre reste à réaliser.

Cette prise en charge s'adresse aux patients nécessitant une rééducation complexe et intensive et doit être située à proximité des plateaux techniques plus lourds.

- Affections des systèmes digestifs, métaboliques et endocriniens

Un seul établissement est autorisé pour cette prise en charge : le centre Valicelli à Ocana (Corse-du-Sud) qui a une vocation régionale. En 2016, 752 séjours adultes ont été réalisés (456 pour les résidents de Corse du Sud et 296 pour les résidents de Haute-Corse). Il y a eu seulement 89 séjours qui ont été réalisés hors de Corse.

En 2016, la catégorie majeure CM10 (affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles) a représenté 28 338 journées en hospitalisation complète avec un taux de fuite de 15%.

- Affections liées aux conduites addictives

Un seul établissement est autorisé pour cette prise en charge : le CRF Finosello.

En 2016, le groupe nosologique toxicomanie avec dépendance a représenté 2 085 journées en hospitalisation complète et 176 journées en hospitalisation à temps partiel avec un taux de fuite de 28,2% en hospitalisation complète et de 1,1% en hospitalisation à temps partiel.

- Affections des personnes âgées polypathologiques dépendantes ou à risque de dépendance

Deux établissements disposent de cette prise en charge : les centres hospitaliers d'Ajaccio et de Bastia.

Cette prise en charge doit constituer une des modalités de la filière gériatrique.

La mise en œuvre de la mention « Affections des personnes âgées polypathologiques dépendantes ou à risque de dépendance » au centre hospitalier de Bastia a débuté fin 2016. Il est trop tôt pour évaluer l'impact de cette installation.

Néanmoins, il est constaté une forte population de personnes âgées pour l'ensemble des établissements.

- Autres mentions de prises en charge spécialisées

- Les affections des brûlés : en 2012, sept séjours ont été réalisés pour trois patients dans des établissements hors de Corse. En 2016, ce sont 15 séjours qui ont été réalisés pour sept patients, également tous hors région. Cette prise en charge lourde qui concerne peu de patients annuellement ne peut être assurée en Corse.

- Concernant l'oncohématologie, 84 séjours ont été réalisés hors de Corse pour 34 patients en 2016 et 36 séjours pour 21 patients en 2012. Compte tenu de l'activité constatée, cette mention spécialisée qui n'existe pas en Corse nécessitera une analyse dans le cadre de la mise en œuvre du volet SSR du PRS.

- En Corse, il n'y a pas d'autorisation spécifique pour la prise en charge des enfants et des adolescents. Des dérogations d'âge peuvent néanmoins être accordées, à titre exceptionnel, pour des patients âgés entre 16 et 18 ans en hospitalisation de jour, suivant un protocole mis en place entre les établissements SSR demandeurs et l'ARS. Entre 2015 et 2016, 15 mineurs ont été pris en charge en hospitalisation de jour (190 journées) dans deux établissements de la Corse : CRF Finosello (cinq en 2015, aucun en 2016) et CRF Molini (deux en 2015, huit en 2016). Le centre Valicelli a fait part de sa volonté d'accueillir des adolescents en période de vacances scolaires.

- Unités Etat Végétatif Chronique - Etat Pauci Relationnel (EVC/EPR)

Il est important de répondre au mieux aux besoins de prise en charge des patients cérébrolésés, en état d'éveil ou en état végétatif persistant.

Il est prévu au centre hospitalier de Bastia quatre lits dédiés aux personnes en état végétatif chronique ou en état pauci-relationnel (EVC/EPR) au sein de l'unité de SSR personnes âgées polypathologiques dépendantes ou à risque de dépendance.

Au centre hospitalier d'Ajaccio, cette prise en charge EVC/EPR est réalisée en médecine sur deux lits dédiés.

Le capacitaire du nouvel hôpital prévoit 4 lits dédiés à cette prise en charge.

Actuellement, ces unités ne font pas l'objet d'une mention spécifique mais d'une reconnaissance contractuelle inscrite dans le CPOM de chaque établissement.

Une réflexion est engagée au niveau national sur la prise en charge de ces patients. Les travaux s'articulent autour de la réforme du régime des autorisations de SSR et sur le volet financier avec l'élaboration d'un cahier des charges de ces unités.

- Les Unités Cognitivo Comportementales (UCC)

Ces unités permettent la prise en charge en SSR des patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une démence apparentée et présentant des troubles du comportement aigus. Elles sont destinées à offrir une prise en charge spécifique pour les patients quelque que soit leur âge, le but étant de permettre le retour à domicile dans le cadre d'un projet de vie.

En Corse, deux UCC ont été accordées : une unité de six lits au centre de réadaptation et de convalescence la Palmola à Oletta (Haute-Corse) et une unité au centre hospitalier d'Ajaccio (non installée). Ces unités ne font pas l'objet d'une mention spécifique mais doivent être déclinées dans les CPOM.

En lien avec le plan d'actions Maladies Neurodégénératives (MND), il est prévu :

- de renforcer l'offre d'UCC sur le Grand Bastia
- d'assurer une offre sur le grand Ajaccio,
- de développer les modalités de prise en charge UCC sur les micro-territoires non couverts : Extrême Sud, Cortonais et Balagne,
- de développer un partenariat entre les UCC et les autres dispositifs intervenant dans la prise en charge des MND : information, coopération et contractualisation.

Education thérapeutique du patient (ETP)

L'ETP est un processus continu dont le but est d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient.

Ces programmes d'ETP sont une obligation des établissements de santé de SSR comme le précise le code de la santé publique.

Depuis les autorisations de 2013, six programmes d'ETP en SSR sont mis en place en Corse :

- au centre de régime Valicelli : trois programmes mis en place depuis mars 2015 pour les diabètes, l'insulinothérapie fonctionnelle et l'obésité ;
- au CRF Molini : deux programmes mis en place depuis juin 2014 pour les AVC et les lombalgies chroniques ;
- au centre hospitalier de Bastia en réadaptation cardio-vasculaire depuis juin 2017.

Mise sous accord préalable (MSAP)

La MSAP concerne les prestations d'hospitalisation pour les SSR liés à des actes chirurgicaux et orthopédiques ne nécessitant pas de façon générale, selon les recommandations de la HAS, de recourir à une hospitalisation pour un patient qui justifie des soins de masso-kinésithérapie.

Le dispositif légal de la MSAP porte sur l'établissement prescripteur des SSR.

L'ensemble des séjours en SSR prescrits par un professionnel d'un établissement ayant une activité de soins de chirurgie quel que soit son statut est concerné, c'est-à-dire :

- le transfert direct ou la mutation depuis l'établissement après une intervention programmée ou en urgence,
- l'entrée en SSR programmée par l'établissement après un retour au domicile.

Pour l'assurance maladie, les objectifs de la MSAP en SSR concernent des enjeux qualitatifs de l'amélioration de la pertinence des soins qui sont :

- améliorer la qualité des soins aux patients : éviter des soins inutiles et leurs conséquences, assurer une équité de traitement (variation des pratiques),
- améliorer l'organisation des soins : pertinence des parcours de soins, réorganisation de l'offre, articulation hôpital/ville/médico-social,
- réduire l'impact économique des soins par la diminution des actes inutiles et de leurs conséquences pour arriver à une amélioration de la qualité des soins et par celle des hospitalisations non justifiées avec une meilleure adéquation de l'état du patient à l'hospitalisation en SSR.

En Corse, pendant le PRS1, deux établissements ont été ciblés dans ce dispositif, actuellement suspendu compte tenu de la mise en place des Contrats d'Amélioration de la Qualité et de l'Effizienz des Soins (CAQES) sur le volet additionnel pertinence.

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

- Maintenir les implantations antérieures et prévoir une implantation supplémentaire en rééquilibrant l'offre sur le territoire de soins :
 - Autorisation accordée à la Clinique de Toga .
 - Octroi de mentions de prises en charge spécialisées ayant également permis de réduire l'écart dans l'offre de soins entre la Corse du Sud et la Haute-Corse.

- Développer les prises en charge spécialisées avec :
 - quatre mentions pour les affections de l'appareil locomoteur dont trois mises en œuvre à ce jour,
 - quatre mentions pour les affections du système nerveux dont trois mises en œuvre à ce jour,
 - deux mentions pour les affections cardio-vasculaires installées,
 - une mention pour les affections de l'appareil respiratoire à installer,
 - une mention pour les affections des systèmes digestifs, métaboliques et endocriniens installée,
 - une mention pour les conduites addictives installée,
 - deux mentions pour les affections des personnes âgées polypathologiques dépendantes ou à risque de dépendance installées.

Du fait d'un contentieux juridique, les autorisations n'ont été accordées que fin 2013 et compte tenu du délai de mise en conformité, les visites de conformité n'ont été réalisées qu'à partir de 2015. Actuellement, certaines mentions spécialisées ne sont pas encore mises en œuvre, d'autres le sont depuis très peu de temps.

De fait, la réflexion autour du capacitaire sera réalisée après montée en charge complète de l'ensemble des mentions en lien avec les orientations des projets médicaux partagés des deux GHT de Corse et en y associant les établissements privés.

- Développer les coopérations et les mutualisations

En matière de développement des coopérations et de mutualisations, la mise en place des conventions entre les établissements de MCO et les établissements de SSR, entre les SSR polyvalents et les SSR spécialisés (nécessité rappelée lors des visites de conformité) ainsi qu'entre les structures de SSR et les EHPAD reste à conforter.

- Qualité et sécurité des soins

Les établissements doivent s'inscrire dans une démarche continue d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (procédure d'admission, bilan d'entrée, projet thérapeutique, projet de sortie, qualité du dossier médical et gestion des événements indésirables liés aux soins).

Le développement de l'éducation thérapeutique reste à poursuivre dans plusieurs établissements.

Dans certains SSR polyvalents la vocation de rééducation et réadaptation proprement dite est à renforcer notamment en majorant les prises en charge en kinésithérapie, psychomotricité, ergothérapie.

Le problème démographique en médecins MPR et neurologie freine le développement des structures de SSR.

Il est à souligner les difficultés à assurer la surveillance des patients présentant des troubles du comportement et notamment une impossibilité de mettre à disposition en continu des personnels dévolus à la surveillance afin notamment d'éviter les fugues dans des établissements ouverts.

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

Assurer des prises en charge de qualité en garantissant une adéquation des prises en charge y compris pour les publics les plus vulnérables au sein d'une filière pérenne et efficiente dans un contexte de réforme de financement.

Objectif opérationnel N°1 : améliorer et renforcer la qualité des prises en charge dans le cadre d'un parcours de soins.

Action N°1 : adapter l'offre des plateaux techniques (kinésithérapie, psychomotricité, ergothérapie...) des SSR polyvalents aux populations accueillies afin d'assurer au mieux les missions qui leur sont confiées : rééducation et réadaptation afin de limiter les handicaps, prévenir l'apparition d'une dépendance et favoriser l'autonomie des patients.

Indicateur de suivi :

- ✓ codages PMSI CSARR

Action N°2 : améliorer l'attractivité médicale en médecine physique et de réadaptation (MPR) et en neurologie.

Action N°3 : développer l'éducation thérapeutique du patient (ETP) dans les établissements et procéder à des actions de formation des personnels.

Indicateur de suivi :

- ✓ nombre de personnels formés et nombre de programme d'ETP

Action N°4 :

- faciliter les sorties d'hospitalisation en MCO en s'appuyant sur les dispositifs tel que la RAAC, l'HAD et le PRADO en lien avec les professionnels de santé libéraux ;
- développer et formaliser les liens entre les différentes structures : SSR spécialisés et polyvalents, avec les établissements de MCO, les HAD et les établissements médico-sociaux afin de permettre une prise en charge adaptée à l'évolution de l'état du patient dans le cadre d'un parcours de soins.

Objectif opérationnel N°2 : améliorer la prise en charge des enfants et adolescents en l'absence de structures dédiées.

Action N°1 : la prise en charge des enfants et des adolescents dans les deux cas qui suivent ne relève plus d'une demande de dérogation au cas par cas à l'ARS. En dehors des deux situations mentionnées ci-dessous, aucune dérogation supplémentaire ne sera accordée par l'ARS.

Cas n°1 : la prise en charge des adolescents de 16 à 18 ans est autorisée, en hospitalisation de jour, dans les établissements disposant d'une mention de prise en charge spécialisée « affection de l'appareil locomoteur » pour des rééducations de l'appareil locomoteur ne pouvant être réalisées en secteur ambulatoire.

Toute demande de prise en charge en hospitalisation complète d'un adolescent de 16 à 18 ans dans un établissement disposant d'une prise en charge spécialisée « affection de l'appareil locomoteur » ne pourra être envisagée par l'établissement qu'après accord écrit entre les tuteurs légaux et l'établissement.

Cas n°2 : la prise en charge des enfants et adolescents de 12 à 18 ans en lien avec l'obésité et/ou le diabète est autorisée, lors des périodes de vacances scolaires, dans l'établissement disposant de la mention de prise en charge spécialisée « système digestif, métabolique et endocrinien » sous réserve que l'enfant ou l'adolescent soit hospitalisé en même temps qu'un de ses tuteurs légaux et relevant également d'une prise en charge au sein de la structure et hébergé dans la même chambre que lui.

Une information auprès des services de chirurgie des établissements adresseurs devra être faite par les établissements concernés.

Action N° 2 : compte tenu de l'absence de structures autorisées pour la mention de prise en charge des enfants et/ou adolescents, engager une réflexion en amont de la réforme du régime d'autorisations sur les besoins, la capacité en l'état de l'offre régionale et les évolutions nécessaires de cette dernière pour la prise en charge des enfants âgés de 12 ans et plus :

- souffrant d'obésité et/ou de diabète en dehors du cadre prévu à l'action N°1
- pour les autres spécialités compte tenu de la structuration de la filière chirurgie pédiatrique en Corse.

Objectif opérationnel N°3: sécuriser la prise en charge des patients âgés présentant des troubles du comportement.

Action N°1 : mettre en place un groupe de travail pour évoquer la problématique de la prise en charge des patients pour lesquels se posent des problèmes d'accès aux avis spécialisés gériatriques, géronto-psychiatriques et psychiatriques (notamment en cas de maladies neurodégénératives).

Indicateurs de suivi:

- ✓ nombre de personnes âgées présentant des troubles du comportement ayant eu accès à des consultations spécialisées gériatriques, géronto-psychiatriques et/ou psychiatriques sur nombre total de personnes âgées ayant besoin de recourir à ce type de consultations.
- ✓ délai moyen d'attente pour consultations spécialisées gériatriques, géronto-psychiatriques et/ou psychiatriques.

Objectif opérationnel N°4: développer les prises en charge ambulatoire et des alternatives de prise en charge plus efficaces

Action N°1 : anticiper et articuler la prise en charge avec l'aval au plus tôt afin d'éviter les durées de séjours trop longues au sein des structures de SSR et favoriser les alternatives à temps partiel.

Action N°2 : développer des liens entre les établissements et les structures médico-sociales et le secteur du handicap (SSIAD, FAM, MAS, MDPH) pour permettre le retour à domicile et la réinsertion sociale et professionnelle dans la mesure du possible.

Action N°3 : porter une attention particulière aux publics vulnérables

- pour les personnes qui présentent des problèmes sociaux qui pourraient retarder leur sortie, il convient de développer des collaborations avec les Centres Locaux d'Information et de Coordination gérontologique/Méthodes d'actions Intégration Autonomie (CLIC/MAIA) en lien avec la collectivité de Corse.
- pour les patients sous tutelle ou curatelle, il convient de développer la coordination avec les organismes responsables de la gestion des droits des patients sous tutelle ou curatelle.

Indicateur de suivi :

- ✓ nombre et type de conventions signées avec établissements médico-sociaux, organismes sociaux et/ou judiciaires

Objectif opérationnel N°5 : intégration des établissements de SSR dans le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR).

Action N°1 : peuplement du ROR ORU PACA/Corse avec les établissements de SSR afin de permettre une amélioration de l'orientation du patient vers l'établissement le plus adapté à sa prise en charge. Le ROR pourra intégrer les données de Via trajectoire.

Indicateur de suivi :

- ✓ nombre d'établissements de SSR intégrés au ROR et avec mises à jour régulières des données.

Objectifs quantifiés (Implantations)

Activité de soins : soins de suite et de réadaptation	Nombre d'implantations existantes PRS1	Suppression	Création	Nombre d'implantations cibles PRS 2
Prise en charge des adultes SSR ou polyvalents	13	0	0	13
Prise en charge des enfants	0	0	0	0

Mentions spécialisées adultes :

SSR avec mentions spécialisées prise en charge des adultes	Nombre de mentions existantes	Nombre de mentions cibles	Modalités : HC et HTP*
Affections de l'appareil loco moteur	4	4	HC et HTP
Affections du système nerveux	4	4	HC et HTP
Affections cardiovasculaires	2	2	HC et HTP
Affections de l'appareil respiratoire	1	1	HC et HTP
Affections du système digestif, endocrinien et métabolique	1	1	HC
Affections des conduites addictives	1	1	HC et HTP
Affections des personnes âgées polypathologiques, dépendantes ou à risque de dépendance	2	2	HC
Affections onco-hématologiques	0	0	
Affections des grands brûlés	0	0	

*HC : hospitalisation complète

*HTP : hospitalisation à temps partiel

1.15. Imagerie médicale

L'imagerie médicale recouvre dans le présent volet les examens réalisés sur les équipements matériels lourds d'imagerie soumis à autorisation : caméras à scintillation munies ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence, tomographie par émissions, caméra à positons (TEP ou PETscan); appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique (IRM) ; scanographe à utilisation médicale (Scanner) et cyclotrons à utilisation médicale.

L'imagerie interventionnelle qui devrait apparaître comme une activité de soins dans les années à venir donnera lieu à une révision du schéma dès parution des textes réglementaires.

Par la diversité de ses activités, son rôle diagnostic et thérapeutique, comme par ses actions de prévention, l'imagerie médicale est inhérente au parcours de santé du patient. Ce changement d'approche a été intégré dans les réflexions du groupe technique imagerie.

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

Au terme du PRS1, le niveau d'équipement autorisé de la Corse lui permet de se placer en tête avec :

- **7 scanners**, soit 1 appareil pour 21.67 millions d'habitants versus 17.77 au niveau national dont 21 % de la population à plus de 45 minutes (les infra-territoires concernés sont Deux Sevi -Deux Sorru – Alta Rocca - le Cortenais – Cap Corse)
- **6 IRM**, soit 1 appareil pour 18.57 millions d'habitants versus 14.75 au niveau national dont 30 % de la population à plus de 45 minutes (les infra territoires concernés sont Deux Sevi -Deux Sorru – Alta Rocca- Taravo - Cortenais – Cap Corse- Balagne) ;
- **3 gamma caméras**, soit 9.09 appareil par millions d'habitants versus 7.27 au niveau national ;
- **0 TEP Scan** pour un nombre moyen d'appareil par million d'habitants de 2.49 au niveau national.
- **1 caisson hyperbare.**

Sur un plan qualitatif l'évaluation des actions du PRS 1 permet de dresser un certain nombre de constats.

- Sur la réduction des délais de prise en charge

A ce jour, le délai de rendez-vous ne peut être approché que par l'enquête nationale annuelle ISA, menée par le cabinet CEMKA EVAL et en lien avec les objectifs du plan Cancer. En 2016, le délai d'attente estimé en Corse pour l'IRM est à 22 jours contre 68,5 jours en 2012 pour un référentiel national à 20 jours.

Les autres actions prévues dans le PRS 1 (groupe de travail « indicateur » au sein du comité technique régional de l'imagerie (COTERI), observatoire régional du suivi et évaluation des délais) n'ont pu aboutir.

Les données déclarées dans le cadre de l'enquête ORS 2017 sont partielles et non comparables car appropriées de manière variable d'un plateau d'imagerie à l'autre.

- Accessibilité H24

Cet objectif a été réalisé au cours du PRS 1. L'organisation repose soit sur des équipes in situ soit par le recours à des prestataires de télé-interprétation d'images (centre hospitalier de Calvi Balagne et centre hospitalier Bastia).

Cette accessibilité reste à consolider par la formalisation de conventions de repli en cas de panne des équipements pour sécuriser le fonctionnement des urgences sur l'ensemble des territoires (Bastia / Balagne / Ajaccio / Extrême sud).

- Optimisation du fonctionnement des plateaux

La co-utilisation des plateaux techniques est en recul en Corse et ne répond pas au développement des créneaux dédiés à la spécialisation par filières.

L'autodiagnostic ANAP mené par l'ORS fin 2017 sur l'axe « organisation du secrétariat / bureau de rendez-vous » fait apparaître un score régional de 60 /100 avec 2 items pointés : « gestion des comptes rendus » et « systèmes de reconnaissance vocale et de transcription automatique ».

L'objectif visant à rechercher des ouvertures de plages ambulatoires le samedi n'a pas été réalisé.

- Ressources humaines et coopération public / privé

La Corse n'est pas épargnée de la problématique liée à la démographie des radiologues et plus particulièrement dans le secteur public.

Selon les données DRESS 2015, avec une densité de 1,4 radiologue public pour 100 000 habitants en Corse-du-Sud et 1,1 en Haute-Corse, la Corse se situe bien en deçà de la densité médiane observée au plan national de 2,34 radiologues pour 100 000 habitants.

S'agissant des radiologues libéraux, la situation est plus favorable. Selon les données SNIR, au 1er janvier 2017, 30 radiologues libéraux sont installés et actifs à part entière positionnant la Corse en 2nd rang sur 26 avec une densité de 9 radiologues pour 100 000 habitants versus 8,1 au niveau national. La Corse-du-Sud bénéficie d'une situation plus favorable avec une densité de 11 radiologues pour 100 000 habitants versus 7 en Haute-Corse. Néanmoins, le constat favorable sur le secteur libéral est à relativiser compte tenu de la part des radiologues libéraux de plus de 60 ans qui représente 53% des effectifs.

Concernant les médecins spécialistes en médecine nucléaire et compte tenu de la faible densité observée nationalement sur cette spécialité, la Corse compte 4 médecins nucléaires dans le secteur libéral représentant un équivalent temps plein (cumul de temps partiel) et 2 dans le secteur public correspondant à 2 équivalents temps plein.

Concernant les projets de coopération :

- pour ceux envisagés dans le PRS1 à travers le rapprochement et la mutualisation des structures et professionnels, notamment pour pallier aux problèmes de démographie, de continuité des soins et dans l'optique de développer la spécialisation d'organe, n'ont pu émerger ;
- pour ceux existants, ils n'ont pas été pérennes au cours du PRS1.

- Télé radiologie

Malgré la mise en place d'un groupe de travail spécifique dans le cadre du COTERI, la démarche régionale de télé-radiologie n'a pu être finalisée. Des établissements afin d'assurer la continuité des soins et l'accès H24 ont contractualisés avec des prestataires dans le cadre d'une procédure de marché public.

- Systèmes d'informations

Les six sites d'imagerie en coupe sont équipés de systèmes d'archivage et de partage des images (PACS) locaux différents (5), certains sont ouverts aux professionnels de santé n'intervenant pas sur l'équipement.

L'absence d'exhaustivité dans les équipements en Système d'Information Radiologique (SIR) et la non homogénéité des données attendues en recueil automatisé ne permet pas de disposer de données fiables permettant de produire des indicateurs d'évaluation et de suivi du volet imagerie.

Qualité et la sécurité des soins

Aucune démarche d'auto-évaluation (Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (IPAQSS) / ANAP) n'a été mise en œuvre depuis la parution du PRS 1. Des recommandations ont été formulées à travers les visites de conformité autour de la formation des équipes et de la radioprotection.

C'est sur ce constat que le volet imagerie du PRS 2 s'est construit avec une articulation autour de 3 axes :

- 1^{er} axe : garantir l'optimisation des plateaux techniques en incluant la problématique des ressources humaines ;
- 2^{ème} axe : s'assurer de l'inscription de l'activité d'imagerie médicale dans une démarche de parcours ;
- 3^{ème} axe : veiller à décliner une démarche de pertinence et de qualité et sécurité de soins en imagerie médicale.

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

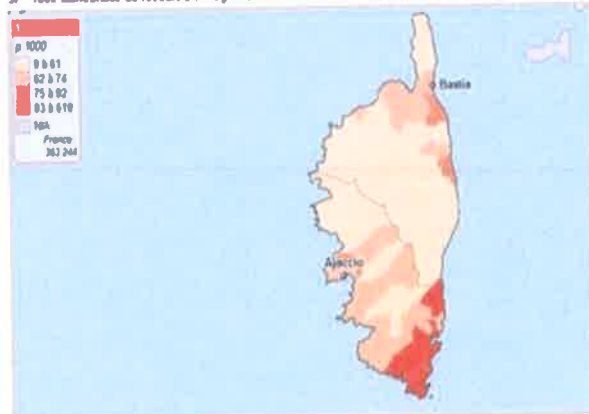
Inscrire l'imagerie médicale et nucléaire dans une logique de parcours garantissant à l'usager la qualité, la sécurité et la pertinence de sa prise en charge et confortant le rôle essentiel des professionnels de santé de l'imagerie dans cette nouvelle approche parcours.

Objectif opérationnel N°1 : garantir l'accessibilité à l'imagerie médicale centrée sur le patient.

L'analyse des taux de recours standardisés 2015 permettant d'assurer des comparaisons régionales ou territoriales de consommation de soins au regard de la médiane nationale afin d'identifier des situations de sur ou sous-recours aux soins met en exergue les constats suivants :

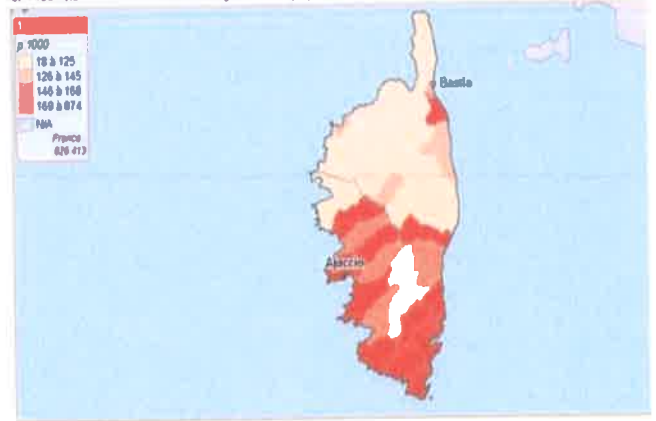
- les plus forts taux de recours sont souvent observés sur les cantons proches des équipements (machines et/ou exécutants) à la fois sur l'IRM et le scanner (Prunelli di Fiumorbu et Ghisoni pour le scanner - Bastia, Ajaccio, Porto-Vecchio et Borgo pour l'IRM et le scanner).
- Inversement, des cantons proches des équipements scanner et IRM enregistrent des taux de recours standardisés sensiblement inférieurs au taux médian national IRM ou scanner ou sur certains types d'actes (exemples : pour le scanner : Moita-Verde : 123 actes, Conca d'Oru 115 actes, San Martino di Lota 112 actes versus 145 actes au niveau national ; pour l'IRM : IRM système nerveux à Ajaccio, IRM membres supérieurs en Haute-Corse ...).
- Des cantons enregistrant des faibles recours à l'IRM ou au scanner présentent sur certains types d'actes de forts recours (exemples : le canton d'Ile-Rousse pour le cou et le tronc, le canton de Moita-Verde sur le système nerveux central et le canton des Deux-Sevi sur les autres IRM).

SF - Taux standardisés de recours à l'imagerie, IRM, 2015 - source : PMSI-MCO et du SNIIRAM - janvier à juin 2015

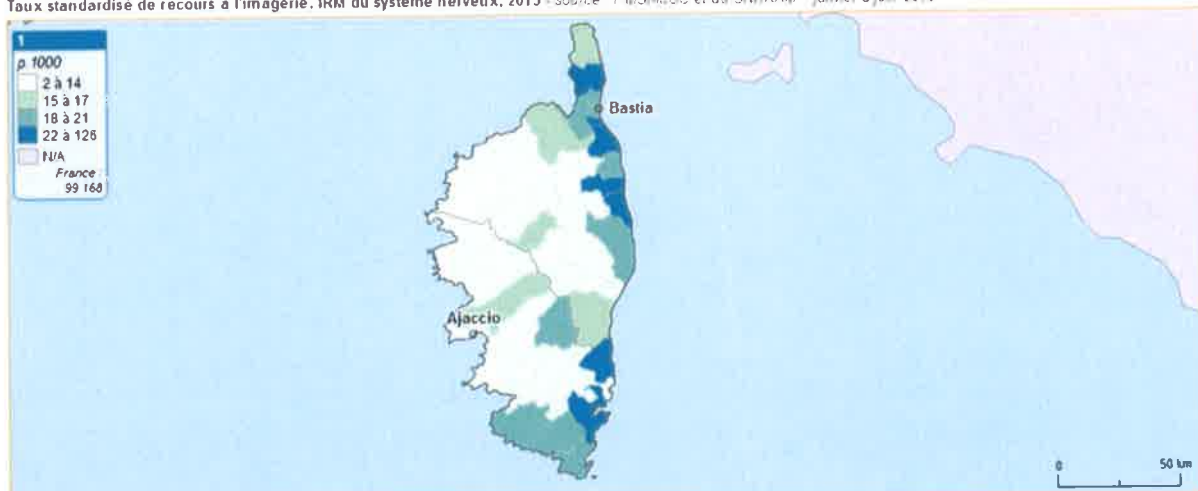


© IGN Geofis 2013 - France par canton 2012

SF - Taux standardisés de recours à l'imagerie, Scanographie, 2015 - source : PMSI-MCO et du SNIIRAM - janvier à juin 2015



© IGN Geofis 2013 - France par canton 2012



IGN Geofia 2013 - France par carton 2013

Ces données illustrent que la proximité d'un équipement lourd n'est pas nécessairement corrélée à un fort niveau de recours. Le recours aux examens d'imagerie ne dépend pas principalement de la disponibilité du matériel. Au regard des demandes d'équipements pour une imagerie en coupes supplémentaires, elles posent la question de lier certaines activités de soins à un besoin d'équipement. Deux activités de soins sont principalement concernées : l'activité de médecine d'urgence et l'activité de traitement du cancer.

Pour l'activité de médecine d'urgence, une enquête nationale présentée au cours des journées de la société française de radiologie en 2014, visant à objectiver les conditions d'accès aux examens d'imagerie pour les patients reçus aux urgences, dressait les constats suivants :

- 40% des consultations aux urgences donnent lieu à une imagerie : dans 71% des cas, il s'agit d'une radiographie standard, dans 23% d'un scanner, dans 10% d'une échographie et dans 4% une IRM.
- La radiographie standard reste donc l'examen le plus utilisé surtout en traumatologie, elle est réalisée dans la grande majorité des cas en moins de 3 heures ce qui permet de prendre en charge les patients rapidement.
- Le scanner est devenu le deuxième examen d'imagerie aux urgences, mais les délais d'obtention restent souvent trop longs faute d'appareils dédiés aux urgences.
- L'échographie s'est beaucoup développée notamment dans le cadre de la prise en charge des urgences pédiatriques, car elle n'est pas irradiante.
- Le point noir reste l'accès à l'IRM. Si le nombre de machines a augmenté, les indications validées de cet examen, notamment en urgence, ont cru davantage, rendant la demande nettement supérieure à l'offre, d'autant que dans la moitié des établissements qui en disposent, l'IRM ne fonctionne qu'aux heures ouvrables.

Le code de la santé publique (CSP) précise qu'un établissement de santé autorisé à exercer l'activité de médecine d'urgence organise en son sein ou par convention avec un autre établissement ou dans le cadre du réseau contribuant à la prise en charge des urgences, **l'accès en permanence et sans délai des patients accueillis dans la structure des urgences aux équipements d'imagerie** ainsi qu'aux professionnels compétents de l'imagerie.

Pour l'activité de traitement du cancer, le livre blanc du G4 publié en 2016 précise qu'actuellement le scanner reste le principal outil de détection, de bilan d'extension comme de surveillance sous traitement ou après traitement des cancers. L'IRM est également très utile en 1ère intention et peut aussi être pratiquée en complément d'un scanner ou d'un examen de médecine nucléaire. Par ailleurs, les guides ALD HAS dans le cadre de la prise en charge des cancers positionnent le scanner comme un examen de diagnostic, de bilan initial et de suivi.

Action N°1 : permettre l'accès à un plateau technique d'imagerie comportant un scanner dans le cadre d'activités de soins spécifiques « urgences » et « cancérologie », au sein des établissements autorisés à ces activités et non équipés à ce jour, en privilégiant la recherche de dispositifs de mutualisation des ressources humaines (cf. action n°2). En dehors du cas précité, aucune autorisation ne sera accordée jusqu'à la parution des nouveaux textes sur l'évolution du régime d'autorisation (intégrant l'imagerie interventionnelle et nucléaire) et la révision du schéma qui en découlera.

Action N°2 : faciliter le recrutement de radiologues.

Pour le secteur public, il convient de s'appuyer sur les agréments de terrains de stage, les postes d'assistants partagés et les nouveaux dispositifs (prime carrière hospitalière et prime d'exercice territorial).

Les terrains de stage peuvent concerner les établissements de santé privés.

L'opportunité de mutualiser les ressources humaines en radiologie devra être appréhendée à travers les leviers juridiques de coopération prévus par l'article 113 de la loi de modernisation du système de santé créant le nouveau dispositif de plateau d'imagerie médicale mutualisé (PIMM).

Action N°3 : veiller dans la cadre des travaux du COTERI à identifier les modalités de sécurisation pour assurer une réponse aux besoins en imagerie médicale dans les territoires de proximité ne disposant pas de ressources médicales suffisantes en radiologie, notamment la montée en compétences des manipulateurs nécessaire à la mise en œuvre de protocoles de coopération.

Action N°4 : assurer une continuité pour répondre aux situations urgentes. Cette continuité intégrera a minima une convention de repli en cas de panne d'équipement pour permettre la continuité d'activité en favorisant les sites autorisés de proximité. Elle fera appel à des ressources humaines médicales sur site ou, à défaut, à distance (télé-radiologie) en s'appuyant autant que possible sur le réseau régional.

Action N°5 : respecter les délais de prise en charge validés par les instances nationales (HAS – Inca...) et assurer leur suivi via les systèmes d'informations. Un groupe technique devra élaborer la méthodologie régionale afin de s'assurer de l'homogénéité des données et de l'intégration de ces dernières dans les SIR des équipements

Action N°6 : développer la coopération publique / privée pour inscrire la spécialité dans une organisation territoriale (GHT – PIMM) et pour sécuriser le parcours de soins du patient au moyen des réunions de concertation pluri professionnelles.

Indicateur de suivi :

- ✓ délai de prise en charge défini par l'intervalle entre la demande d'examen et la mise à disposition du compte-rendu

Objectif opérationnel N°2 : porter une attention particulière aux populations fragiles pour l'accès à l'imagerie.

Certaines populations, telles que les enfants, les patients obèses et les personnes handicapées, nécessitent une attention particulière.

Ainsi, pour la pédiatrie, l'offre de soins doit permettre la réalisation d'actes d'imagerie pédiatrique en région et en particulier dans le cadre de l'urgence. L'imagerie pédiatrique nécessite des connaissances particulières et l'adaptation de sa pratique à l'enfant en tenant compte des impératifs de radioprotection.

Les personnes en situation de handicap relèvent du système de droit commun pour l'ensemble de leurs soins. L'existence de difficultés d'accès, l'exigence de prise en charge coordonnée et la nécessité d'accompagnement des aidants et professionnels justifient une organisation spécifique afin d'éviter les prises en charge inadaptées et les ruptures dans le parcours de santé voire un renoncement aux soins.

Action N° 1 : assurer pour la prise en charge des enfants de moins de 6 ans une organisation spécifique de l'accueil à l'interprétation avec une attention particulière au choix de l'examen en lien avec les impératifs de radioprotection.

Action N° 2 : faciliter l'accès aux équipements d'imagerie aux personnes handicapées ne pouvant accéder aux soins ordinaires :

- par la rédaction de protocoles intégrant les préconisations régionales des dispositifs des consultations dédiées bucco dentaires,
- par la mise en place d'une journée de formation régionale à destination des professionnels de santé pour l'accueil de ces publics,
- par des appels à projets sur des besoins identifiés.

Action N°3 : veiller lors des renouvellements des équipements à leur adéquation pour assurer la prise en charge des patients obèses.

Indicateur de suivi :

- ✓ protocoles de prise en charge des populations fragiles

Objectif opérationnel N°3 : renforcer le rôle du radiologue en tant qu'acteur de la prise en charge du patient en intégrant dans son activité la prévention de la radioprotection et l'analyse de la pertinence des actes réalisés.

L'Institut de la Radioprotection et de Sécurité Nucléaire (IRSN) informe que les examens d'imagerie constituent la source la plus importante de rayonnement ionisant reçu par la population après le rayonnement d'origine naturelle. La dose de rayonnement reçue lors d'un scanner est de 100 à 200 fois plus élevée que celle reçue lors d'une radiographie pulmonaire.

Une vigilance accrue doit être portée sur les enfants : parce que leur corps est plus petit et leurs organes sont en croissance, ils sont plus sensibles aux rayons X que les adultes (Source : IRSN, « Radiographie & Scanner posons-nous les bonnes questions », juillet 2012).

Le plan Cancer prévoit de diminuer les doses d'irradiation pour les patients adultes comme enfants sachant que ces derniers sont encore plus exposés au risque afférent, tel que le risque de leucémies secondaires.

Le taux de recours régional au scanner en 2015 situant la Corse en 6^{ième} position sur 26 (166 scanners pour 1000 habitants versus 149 actes au niveau national) doit retenir l'attention sur la problématique de radioprotection et de prévention aux expositions médicales. Si ces examens constituent une source d'irradiation, leurs avantages l'emportent sur leurs risques dès lors qu'ils sont justifiés sur le plan médical.

L'analyse des taux de recours au scanner au plan infrarégional met en exergue de très fortes variations pour lesquelles les facteurs explicatifs devront être identifiés dans le cadre de travaux sur la pertinence des actes.

Au niveau cantonal, le taux de recours standardisé au scanner par canton en 2015 pointe de très fortes variabilités d'un département à l'autre ou d'un canton à l'autre. 18 cantons sur 43 enregistrent un taux de recours supérieur ou égal au taux médian national de 145 actes pour 1000 habitants. De forts taux de recours sont observés en Corse-du-Sud (extrême sud, Grand Ajaccio) et sur la plaine orientale (Fiumorbu). Les plus faibles taux de recours sont observés sur les cantons de la Balagne, du Cortenais, du Cap Corse.

Il conviendra de s'interroger sur les **raisons de ces écarts** qui peuvent être liés à :

- des différences en termes de prévalence/incidence des pathologies nécessitant certains types d'examens.
- des différences en termes de substitution des examens exposant à des rayonnements ionisants (radio, scanner) par des examens n'y exposant pas (IRM).
- d'autres écarts de pratiques (dans la formulation des recommandations nationales de bonne pratique elles-mêmes ou dans leur application).

Le rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) « Innovation et système de santé » de janvier 2016 précise que « l'usage plus intensif des équipements lourds d'imagerie en France que dans la majorité des autres pays est difficile à interpréter en l'absence de données détaillées et fiables sur l'activité : cet usage intensif peut être lié à des équipements plus productifs, à des choix d'indications différents, à des modalités d'utilisation (temps des examens par exemple) différents, ou encore à des questions d'organisation des soins ou de tarification. »

Un suivi de l'évolution des taux de recours en Corse, notamment au regard de l'impact de l'installation des équipements après 2015 (scanner en Balagne, 2^{ième} IRM polyvalent sur Ajaccio et IRM en plaine orientale) permettra de mesurer l'évolution des pratiques et notamment la mise en œuvre d'une substitution vers des actes non irradiants.

Dans ce contexte, il convient donc de s'assurer de la justification de l'acte à réaliser et de se donner les moyens de mettre en place une veille particulière sur le cumul des doses reçues.

Action N°1 : sortir d'une logique d'ordonnance pour tendre vers une logique de demandes d'examens en s'appuyant sur :

- la formalisation intégrant la situation clinique du patient, l'informatisation du circuit demande –réponse et la formation des médecins demandeurs ; cette évolution doit s'inscrire dans la perspective du projet pilote national «favoriser le déploiement de l'informatisation du processus de demande et de compte-rendu d'examen d'imagerie médicale et le partage d'information via le PACS » ;

- l'article R.1333-56 et 57 du code de la santé publique ;
- le guide de bon usage des actes d'imagerie.

Action N°2 : développer une démarche d'amélioration des pratiques :

- en favorisant la spécialité par organes,
- en développant les actions d'analyse de pratiques pour identifier les points critiques et les marges de progrès. Les évaluations des pratiques professionnelles (EPP) pourront être inscrites comme un des critères de ciblage du Plan d'Actions Pluriannuel Régional d'Amélioration de la Pertinence des Soins (PAPRAPS) au titre du volet pertinence du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES) ou du CPOM pour les cabinets libéraux,
- en portant une attention particulière à la formation continue de professionnels de santé lors du renouvellement d'autorisation.

Action N°3 : assurer une veille sur le cumul des doses :

- par le patient : faire du patient un acteur éclairé en s'inspirant du programme canadien « choisir avec soin ». La remise de documents d'information sur des recommandations de bonnes pratiques patients lors de la réalisation d'examen est à encourager,
- par le logiciel ad hoc : elle doit permettre de tracer l'information dose cumulée par patient
- par la e-santé qui doit permettre l'interopérabilité des DPI (dossier patient informatisé) et l'intégration dans le DMP (dossier médical partagé) du cumul de doses afin d'assurer un continuum radioprotection.

Action N°4 : soutenir l'accès aux techniques d'imagerie innovantes :

- veiller lors des changements d'appareil à privilégier les nouveaux scanners diminuant l'exposition aux rayons X ;
- bénéficier de l'expertise des centres hospitaliers universitaires de PACA afin d'assurer une veille sur les nouvelles technologies, anticiper l'impact de ces dernières dans les organisations et accompagner leur déploiement pour assurer au patient le meilleur soin.

Un sous-groupe technique issu du COTERI et bénéficiant de l'appui et de l'expertise des centres hospitaliers universitaires de Marseille et de Nice sera mis en place en lien avec le volet Corse de la SNS (stratégie nationale de santé).

Action N°5 : s'engager dans la démarche IPAQSS

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre d'EPP réalisés par équipe
- ✓ nombre d'EPP réalisés par filière de soins
- ✓ nombre d'appareils équipés de SIR interopérables avec le DMP
- ✓ nombre de réunions du sous-groupe COTERI innovation

Objectif opérationnel N°4 : renforcer l'accessibilité à la médecine nucléaire et l'inscrire dans le parcours patient

A la différence de l'imagerie médicale en radiologie qui est une imagerie anatomique (on visualise l'organe), l'imagerie médicale en scintigraphie est une imagerie fonctionnelle, l'image produite représente le fonctionnement de l'organe.

Une tomographie d'émission mono photonique, TEMP / SPECT, Single photon emission computed tomography ou scintigraphie est une méthode d'imagerie médicale de médecine nucléaire qui produit une image fonctionnelle par l'administration d'un médicament radiopharmaceutique (MRP) dont on détecte les rayonnements qu'il émet une fois qu'il a été capté par l'organe ou la cible à examiner.

Le MRP est un traceur constitué d'une molécule vectrice et d'un marqueur radio actif. Ce marqueur émet un rayonnement gamma qui est visualisé par une gamma-camera.

La gamma-caméra permet la localisation spatiale des photons émis par l'organe cible. Selon les localisations ou les pathologies, le MRP utilisé est différent : biphosphonates marqués au technétium 99 m (os), l'iode 123 (thyroïde), Leur durée de vie est compatible avec des fabrications de MRP hors région (technétium 99 utilisant du Mo99).

De nouveaux équipements permettent la réalisation d'une double acquisition au cours d'un même examen : tomoscintigraphie multi détecteurs par émission mono photonique (TEMP) et tomодensitométrie avec correction d'atténuation et localisation diagnostique en haute résolution (TDM).

Les indications de la scintigraphie sont les suivantes :

- scintigraphies myocardiques :

- indications : dépistage et suivi des coronaropathies
- population : patients avec facteurs de risque cardio-vasculaires

- scintigraphies osseuses :

- indications : 2/3 des venues qui concernent rhumatologie, orthopédie, infectiologie, médecine interne ; 1/3 des venues pour l'oncologie
- population : 2/3 population générale, 1/3 diagnostic et suivi des cancers

- scintigraphies pulmonaires

- indications : diagnostic et suivi des embolies pulmonaires
- population : population générale

- scintigraphies thyroïdiennes

- indications : diagnostic des hyperthyroïdies
- population : population générale

- scintigraphies aux leucocytes marqués

- indications : exploration des foyers infectieux connus, suspectés ou occultes
- population : population générale

- scintigraphies médullaires

- indications : complément indispensable de la scintigraphie aux leucocytes marqués
- population : population générale

Les données pour la Corse sont reprises dans le tableau ci-dessous. Elles concernent l'activité des deux centres de médecine nucléaire (Corse-du-Sud : GIP médecine nucléaire et Haute-Corse : Corse Scintigraphie) pour deux années 2012 et 2016.

	Haute Corse		Corse du Sud	
	2016	2012	2016	2012
Données Hors TEP				
Nombre total d'examens / Nombre total de procédures	4966	3795	5536	4324
Nombre d'actes CCAM	3647	3044	5634	3094
Nombre de patients / Nombre de venues	2644	2243	4137	3174
Nombre de patients unique			3434	2539

Les examens de scintigraphie représentent 1% de l'imagerie médicale de la Corse dont 3% des actes sont effectués hors région, une fois sur deux en PACA.

Les délais de rendez-vous sont en moyenne sur les deux centres d'une semaine à l'exception :

- des scintigraphies myocardiques nécessitant un test à l'effort préalable chez un cardiologue portant le délai en moyenne à 2 semaines ;
- les examens demandés en urgence sont programmés dans un délai de moins de 24h notamment pour les scintigraphies pulmonaires (embolies).

Les deux sites sont informatisés et disposent d'un SIR permettant un pilotage de l'activité.

La continuité des soins, même si l'activité de scintigraphie ne nécessite pas la mise en œuvre d'un accès H24, est assurée par l'existence d'une convention de repli entre les deux sites et la mise en place d'une organisation pour les patients en urgence ou les patients hospitalisés.

La Tomoscintigraphie par Emission de Positron (TEP)

A partir des années 2000, une autre méthode d'imagerie médicale pratiquée par les spécialistes en médecine nucléaire s'est développée et a pris une place importante dans la pratique médicale. Il s'agit de la Tomoscintigraphie par Emission de Positron TEP qui permet de mesurer en trois dimensions une activité métabolique ou moléculaire d'un organe grâce aux émissions produites par les positons issus d'un produit radio-actif injecté au préalable au patient.

La TEP repose sur le principe général de la scintigraphie qui consiste à injecter un traceur. Le TEP TDM permet de superposer l'image fonctionnelle (TEP) à sa localisation anatomique précise dans le corps (image TDM), ce qui améliore la qualité de l'image et permet de corriger l'atténuation de photons gamma liée à la traversée des structures et à leur épaisseur.

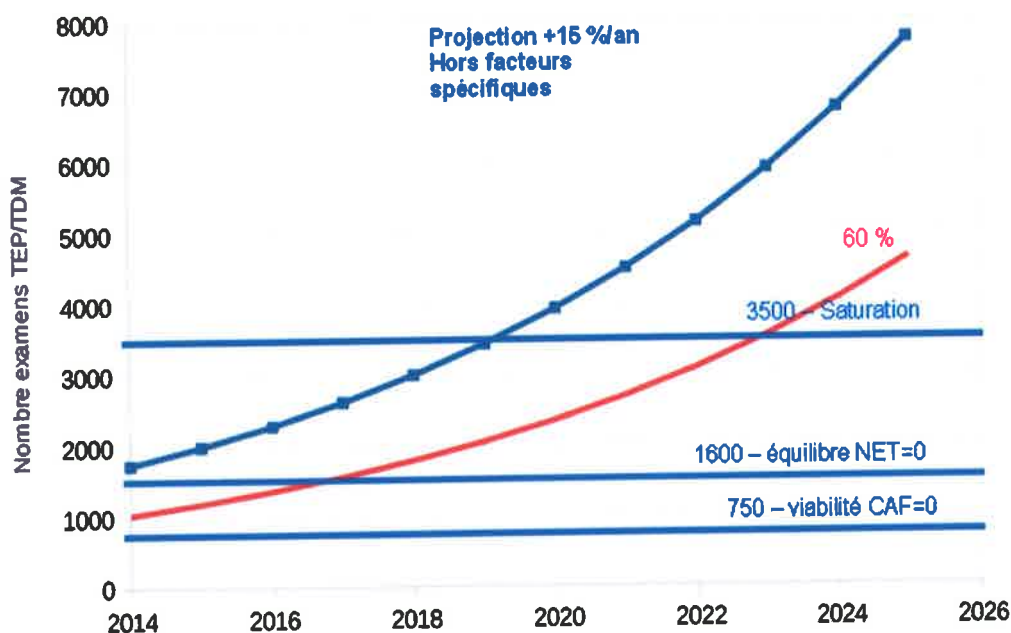
La particularité de cet examen réside donc dans la nécessité d'injecter un produit radioactif qui est différent suivant les organes et les fonctions. Ce produit radio pharmaceutique fait appel à une source radio active non scellée qui a une demi vie courte, ce qui de facto impacte la production et la livraison. Ce produit radioactif est délivré par un cyclotron. Les cyclotrons ont des puissances variables, ils peuvent être sans blindage dit nu nécessitant un bunker ou ils sont blindés « self shielded ». Ils peuvent produire des mono ou des multi doses, les cycles de production (le run) peuvent être uniques ou multiples et chacun d'eux nécessite une libération du produit par un radio-pharmacien.

Les principales indications de la TEP sont :

- l'oncologie en diagnostic initial, bilan d'extension, suivi y compris réponse thérapeutique. Le 18FDG reste le produit de référence pour tous les cancers sauf les cancers de la prostate (18F Choline et 68 GA PSMA) et les cancers neuro-endocrines (18 FDopa). Les développements futurs sur de nouveaux produits sont forcément basés sur des atomes radio actifs à demi vie courte (F18, GA 68, C11) pour limiter l'irradiation patient tout en étant détectables par la machine TEP ;
- les indications hors oncologie : infectiologie, médecine interne (maladies auto immunes et inflammatoires), la cardiologie, les pathologies osseuses (maladies inflammatoires rhumatologiques).

Le PRS 1 avait fixé comme objectif opérationnel d'analyser le besoin et la faisabilité de l'implantation en Corse d'un Pet scan. Des travaux sous l'égide de ce groupe technique ont permis les constats suivants :

- concernant le besoin, il a été évalué en 2015 à 2000 examens pour la Corse. Ce besoin rejoint le rapport de la SFMN qui l'a établi à 553 examens / TEP / an / 100 000 habitants (année 2014) avec une projection de plus 14 à 15 % par an constaté de 2011 à 2014 sur le territoire français. La projection du besoin pour la Corse est la suivante :



- concernant la faisabilité, la difficulté réside sur l'approvisionnement en médicament radio pharmaceutique au regard de la demi vie du produit le plus utilisé le Fluor radio actif. En effet

95 % des examens TEP sont réalisés au Fluor radio actif associé à du glucose, le 18FDG. Ce produit n'est pas disponible en Corse, sa demi-vie courte de 110 minutes fait perdre 50% des doses injectables au patient toutes les deux heures par décroissance spontanée. Les délais de livraison de 4H à 6H (transport aérien) explique l'effet limitant sur le développement de cette activité en Corse, compte tenu d'une péremption d'une préparation de 18 FDG de 10 heures à peu près. Considérant cette contrainte, il convient d'associer à la réflexion de l'implantation de TEP en Corse, l'implantation de cyclotron médical qui permettra la fabrication du 18 FDG.

Les travaux de ce groupe technique ont permis de répondre par l'affirmative aux deux questions suivantes :

- existe-t-il un besoin pour une installation TEP en Corse ?
- existe-t-il une solution technique pour une installation TEP en Corse ?

L'installation du TEP et cyclotron est un projet complexe et ambitieux qui nécessite un complément d'expertise, notamment sur les volets pharmaceutiques et ressources humaines, afin de trouver la solution la plus efficiente et la plus pérenne au bénéfice de la population insulaire en prenant en compte la soutenabilité financière de ce projet.

Action N° 1 : maintenir les deux plateaux de médecine nucléaire en Corse équipés de gamma-caméras et favoriser les échanges entre les deux structures.

Action N°2 : intégrer la médecine nucléaire dans les filières de prises en charge par la participation des médecins nucléaires aux RCP de cancérologie et en favorisant les EPP par filières (exemple cardiologie) dans une logique de qualité et sécurité de soins.

Action N°3 : inscrire l'imagerie nucléaire dans la stratégie régionale de e-santé par l'informatisation demande d'examens / comptes-rendus et par le partage d'informations au service du parcours du patient, en fonction des possibilités de l'outil qui sera mis à disposition par le projet pilote national.

Action N°4 : permettre par un complément d'expertise l'installation de la technique d'imagerie médicale Tomoscintigraphie par Emission de Positron TEP sur l'île, afin de trouver la solution la plus efficiente, la plus sûre et la plus pérenne afin de structurer un projet régional fédératif.

Indicateur de suivi

- ✓ EPP médecine nucléaire par filières

Objectif opérationnel N°5 : accroître l'efficience des plateaux techniques.

La réalisation d'un diagnostic à l'issue du PRS1 basé sur une enquête de l'ORS de Corse, intégrant notamment un autodiagnostic ANAP, a permis d'identifier l'existence de marges de progrès dans l'optimisation des plateaux d'imagerie de la Corse portant notamment sur :

- l'organisation des secrétariats,
 - la gestion des informations administratives et médicales et plus particulièrement la gestion des comptes-rendus.
- L'absence de déploiement de SIR sur l'exhaustivité des équipements a pour impact un manque de visibilité sur le niveau de productivité des plateaux et rend complexe l'évaluation de marges mobilisables pour répondre aux besoins identifiés et à venir.

L'analyse des horaires d'ouverture des plateaux laisse apparaître des marges d'utilisation non exploitées notamment le samedi matin et sur certaines plages horaires sur quelques équipements.

En corollaire, l'évaluation de l'efficience du fonctionnement des plateaux à travers le suivi d'indicateurs de délais de rendez-vous et de réalisation des compte-rendus non automatisée dans certains SIR n'a pu être réalisée et constitue un levier de progrès important dans le cadre des projets nationaux d'informatisation.

Action N°1 : disposer à court terme d'outils régionaux de pilotage de l'activité en généralisant l'intégration dans tous les SIR des indicateurs de suivi homogènes définis au plan régional et en partageant le bilan annuel avec l'ensemble des opérateurs au sein du COTERI.

Action N°2 : inscrire l'imagerie dans la stratégie régionale de e-santé par l'informatisation demande d'examens / compte-rendus et par le partage d'information au service du parcours du patient.

Action N°3 : optimiser l'amplitude d'ouverture des IRM en fonction des besoins à couvrir.

Action N°4 : s'engager dans des démarches d'amélioration des processus de prise en charge en s'appuyant sur les outils ANAP et en participant aux journées d'échange de pratiques (benchmark, cercle ANAP).

Action N°5 : assurer un suivi continu de la satisfaction des usagers.

Indicateur de suivi :

✓ mise en place d'un tableau de bord régional de l'activité intégrant l'activité, la consommation et la production.

Objectifs quantifiés (Implantations)

Activité de soins Imagerie médicale	Nombre d'implantations existantes PRS1	Suppression	Création	Nombre d'implantations cibles PRS 2
Scanographie à utilisation médicale	7	0	0 à 2*	7 à 9*
Appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique	6	0	0	6
Gamma caméra	3	0	0	3
Pet Scan	0	0	0 à 2**	0 à 2 **
Caisson hyperbare	1	0	0	1

*en lien avec l'action N° 1 de l'objectif opérationnel N°1

** Le bilan quantifié ne pourra être publié sur ces équipements qu'après la réalisation de l'expertise complémentaire prévue à l'action n°4 de l'objectif opérationnel N°4.

1.16. la biologie médicale

Diagnostic

La Corse dispose actuellement de 5 laboratoires de biologie médicale (LBM) [2 LBM monosites publics et 3 LBM multisites privés]. Il n'existe pas pour cette activité d'offre hospitalière privée.

L'offre de biologie représente 26 sites ouverts au public dont 24 « portés » par les 3 LBM multisites privés. La restructuration du réseau et la mutualisation des moyens se sont opérées dans le cadre de la réforme de la biologie (ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010) faisant passer le nombre de LBM de 21 à 5 au plan régional en moins de 10 ans.

De fait, la Corse dispose d'un site pour environ 12 500 habitants [Source INSEE : 324 212 habitants recensés à compter du 01/01/2018]. La moyenne nationale est de 1 site pour 14 285 habitants. Autrement exprimé, la Corse dispose de 8 sites pour 100 000 habitants (moyenne nationale 6 pour 100 000). Pour mémoire, la Corse comptait un site pour 9 800 habitants en 2012. A noter que, pendant les mois de juillet et d'août, la population s'élèverait à près de 600 000 personnes.

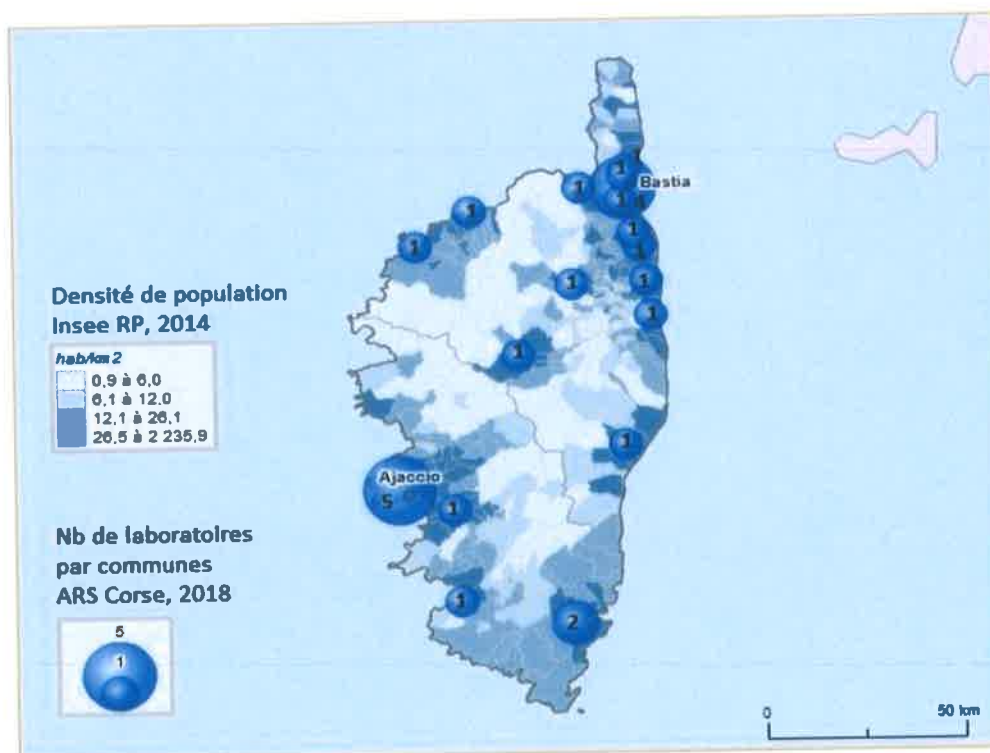
Globalement, on indiquera qu'il n'existe pas de problème majeur en matière de biologie médicale en Corse. Pour autant, la transformation de notre système de santé doit laisser l'initiative au territoire et faciliter les parcours et les coopérations interprofessionnelles.

Cet état des lieux ne comporte pas de données relatives aux examens de biologie médicale transmis sur les laboratoires et plateaux techniques de recours national (Cas des centres nationaux de référence) ni sur les plateaux techniques interrégionaux prenant en charge certaines activités spécifiques (AMP, DPN, DPNI, examens des caractéristiques génétiques destinés à des fins médicales spéciales, ...).

Données d'implantation géographiques

La carte ci-après donne une représentation de l'implantation de chacun des sites et permet d'apprécier l'adéquation de la répartition actuelle des sites au regard des densités de population.

L'analyse de la cartographie permet de considérer que l'implantation des sites de LBM est cohérente à la densité de population. L'implantation des sites au regard de l'implantation des structures sanitaires est également pertinente.



Les données d'activité ci-dessous sont issues de l'analyse des déclarations d'activité effectuées chaque année par les LBM.

	Nombre total d'examens de biologie médicale Année 2016	Nombre total d'examens de biologie médicale Année 2011	Variation sur 5 ans
Laboratoire statut public	1 285 200	1 777 136	-27%
Laboratoire statut privé	5 080 900	4 480 240	+13%
TOTAL	6 366 100	6 257 376	+2%

Les données du système national des données de santé (SNDS /ex SNIIRAM) concernant les LBM de statut privé sont les suivantes :

112 510 665 B (2011)

121 400 842 actes de biologie médicale (coefficient) 2016

5 398 294 actes de biologie médicale (actes)

Ces données d'activité constituent un préalable à l'analyse de toute opération de fusion, acquisition ou prise de participation pour maintenir une diversité de l'offre de biologie et ne pas impacter la continuité de l'offre de biologie médicale (article L.6222-3 du code de la santé publique-CSP).

L'objectif étant de pouvoir s'opposer pour ces motifs à une opération d'acquisition d'un laboratoire de biologie médicale, d'un site de laboratoire de biologie médicale, à une opération de rachat de tout ou partie d'actifs d'une société exploitant un laboratoire de biologie médicale ou à une opération de fusion de laboratoires de biologie médicale y compris la transmission universelle de patrimoine, lorsque cette opération conduirait à ce que, sur la zone déterminée en application du b du 2° de l'article L. 1434-9 (CSP) considérée (zone opposable territoire Corse), la part réalisée par le laboratoire issu de cette acquisition ou de cette fusion dépasse le seuil de 25 % du total des examens de biologie médicale réalisés.

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

Certaines actions prévues pendant le PRS 1 n'ont pu s'opérer telles que :

- la création d'un comité régional de biologie médicale co-piloté par l'ARS et les professionnels de santé ;
- l'analyse de la permanence de l'offre de biologie médicale ;
- le développement de la portée régionale des LBM développant des activités exclusives ou innovantes.

Pour autant, ont été réalisées les actions visant à :

- maintenir le maillage territorial et permettre de satisfaire les besoins de la population et la continuité de l'offre tout en favorisant la mutualisation des moyens ;
- suivre en lien avec le comité français d'accréditation (COFRAC) l'état d'avancement de l'accréditation des LBM en référence au principe de qualité et sécurité des pratiques.

L'association des LBM au processus de diffusion des dispositifs visant à la prévention et au dépistage peut être considérée comme amorcée même si cette action mérite probablement d'être amplifiée et poursuivie.

Au regard de ce bilan et des contraintes, les travaux du PRS 2 ont été conduits autour des axes suivants visant à :

Axe 1 : maintenir des conditions de réalisation des examens de biologie médicale afin que chaque patient puisse bénéficier d'un rendu des résultats le plus rapide possible en tenant compte de l'état clinique du patient et / ou de l'environnement (transmission des résultats et / ou alimentation des DMP ?).

Axe 2 : disposer d'une lisibilité de l'organisation de la permanence de l'offre de biologie médicale définie sur la zone déterminée en application du b du 2° de l'article L. 1434-9 du CSP (horaires, secteurs, réponse graduée, ...)

Axe 3 : conforter le rôle des LBM en matière de prévention et d'amélioration du dépistage.

Axe 4 : œuvrer pour la mise en place au sein des LBM d'un dispositif de signalement des incidents de sécurité du système d'informations (utilisé par chaque LBM) dont la gestion opérationnelle est déléguée à l'ASIP.

Axe 5 : évaluer et adapter éventuellement l'offre en matière d'assistance médicale à la procréation (AMP) par création d'un centre clinico-biologique à portée régionale (cf chapitre 1.7.).

Objectif stratégique n°4 du COS : assurer un accès de proximité à un système de santé gradué et de qualité
Objectif stratégique n° 5 du COS : anticiper et prévenir l'apparition de risques émergents dont ceux liés à la menace terroriste.
Objectif stratégique n°6 du COS : soutenir l'intégration des pratiques innovantes pour améliorer la qualité, la sécurité et l'accessibilité à la santé

Les objectifs du volet biologie du PRS2 visent à s'intégrer dans la transformation du système de santé devant laisser l'initiative au territoire et faciliter les parcours et coopérations interprofessionnelles. On rappellera ici que la stratégie nationale de santé dans son volet Corse prévoit de compenser l'inaccessibilité par des moyens dédiés à l'innovation et autoriser les expérimentations. C'est dans ce contexte que doit s'inscrire l'innovation organisationnelle portée par les programmes de recherche et les expérimentations en santé à laquelle la biologie doit participer.

Objectif opérationnel N°1 : maintenir des conditions de réalisation des examens de biologie médicale afin que chaque patient puisse bénéficier d'un rendu des résultats le plus rapide possible en tenant compte de son état clinique et / ou de son environnement (transmission des résultats et / ou alimentation des DMP).

Cet objectif opérationnel a été envisagé en suite à la restructuration de l'offre de biologie médicale ayant entraîné, comme au plan national, une diminution du nombre de LBM mais également et surtout en suite à un phénomène « d'hyper concentration » des plateaux techniques desdits LBM entraînant l'existence de nombreux sites de biologie n'ayant qu'une très faible activité analytique, voir aucune activité analytique.

Action N°1 : maintenir une offre de biologie médicale de proximité en milieu rural et de montagne par un maillage adapté aux particularités du territoire.

Action N°2 : veiller à ce que chacun des LBM dispose, dans son manuel unique des procédures pré-analytiques, de la liste des examens réputés urgents (arrêté du 15 décembre 2016).

Action N°3 : chaque LBM adapte son organisation afin

- de respecter les délais de communication des résultats fixés supra.
- de permettre que le compte rendu des examens de biologie médicale soit structuré conformément au référentiel d'interopérabilité dénommé « volet compte rendu d'examens de biologie médicale » et soit échangé par voie électronique conformément aux référentiels d'interopérabilité et de sécurité arrêtés par le ministre chargé de la santé après avis du groupement d'intérêt public chargé du développement des systèmes d'information de santé partagés (ASIP Santé).

Action N°4 : chaque LBM évalue annuellement le respect de la bonne application des délais de communication fixés.

Indicateurs de suivi :

- ✓ mesure de l'évolution du nombre de sites dans un objectif de maintien du nombre de sites
- ✓ suivi de l'adéquation du positionnement des sites au regard des chiffres de population des communes
- ✓ nombre de LBM ayant établi sa liste des examens réputés urgents
- ✓ nombre de signalements et / ou plaintes à l'ARS en raison de rendus d'analyses hors délai prévu

Objectif opérationnel N°2 : optimiser la lisibilité de l'organisation de la permanence de l'offre de biologie médicale mise en place sur la zone déterminée en application du b du 2° de l'article L. 1434-9 du CSP (horaires, secteurs, réponse graduée, ...) après avoir vérifié l'existence d'un dispositif de réponse graduée.

Cet objectif opérationnel n° 2 est envisagé en application des dispositions de l'article L.6212-3 du CSP selon lesquelles les LBM participent à des missions de santé publique ainsi qu'à la permanence de l'offre de biologie médicale définie sur la zone déterminée en application du b du 2° de l'article L. 1434-9 du CSP (horaires, secteurs, réponse graduée, ...).

En effet, et même si la Corse dispose actuellement de 24 sites relevant du privé, 13 sites sont fermés le samedi et 11 autres sont fermés le samedi après-midi. Au-delà des informations (horaires) mises en ligne sur chacun des sites Internet des LBM privés, toute action complétant cette information serait de nature à faciliter le parcours des usagers et la coordination des professionnels de santé.

Au-delà de l'information nécessaire, il conviendrait de pouvoir s'assurer de l'existence d'un système de réponse graduée.

Action N°1 : assurer l'information nécessaire des professionnels de santé sur l'organisation mise en place en matière de permanence de l'offre de biologie médicale.

Action n°2 : assurer l'existence d'une réponse graduée et adaptée lors de la permanence de l'offre de biologie médicale en lien avec les projets territoriaux de santé.

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre de professionnels de santé informés du dispositif mis en place (pharmaciens, infirmiers, médecins ...),
- ✓ nombre de passages aux urgences pour réaliser un examen de biologie médicale

Objectif opérationnel N°3 : conforter le rôle des LBM en matière de prévention et d'amélioration du dépistage tout en assurant une détection rapide de phénomènes anormaux associée à une capacité de détection analytique rapide.

Cet objectif opérationnel est envisagé afin de poursuivre et d'amplifier les actions menées par les LBM en matière de prévention et d'amélioration des dépistages d'une part et d'assurer une détection rapide de phénomènes anormaux associée à une capacité de détection analytique rapide d'autre part.

Il vise par ailleurs à développer l'organisation expérimentale de la biologie avec pour exemple la participation à des campagnes de dépistage locales en profitant du maillage des laboratoires insulaires voire à mettre en place des dispositifs permanents. Par ailleurs, cet objectif pourrait consister à déployer des techniques innovantes utilisables rapidement (développement de la biologie moléculaire).

Action N°1 : Mettre en place un groupe de travail permanent sur la biologie médicale qui pourrait traiter entre autres des expérimentations sur la biologie en Corse

Action N°2 : Inscrire la biologie dans la réflexion organisationnelle et les expérimentations pour l'innovation en santé prévues par l'article 51 de la LFSS 2018

Action N°3 : développer l'accessibilité et l'information du public et des professionnels de santé à l'offre de prévention et de dépistage.

Action N°4 : lors de la déclaration d'évènements inhabituels, disposer d'un circuit clair, connu et rapide de transmission de l'information entre les autorités, les LBM et les autres professionnels de santé.

Action N°5 : veiller à disposer localement au travers du groupe de travail régional d'une capacité de détection analytique rapide permettant de répondre à certains signaux en routine et en urgence.

Indicateurs de suivi :

- ✓ Création du groupe de travail
- ✓ Nombre d'expérimentations mises en œuvre
- ✓ Résultats d'opérations de dépistage ciblées (semaine du rein, hémochromatose, dépistage CCR, ...)
- ✓ Nombre de procédures validées relatives au circuit de déclaration des évènements inhabituels

Objectif opérationnel N°4 : s'assurer de la mise en place au sein de l'ensemble des LBM d'un dispositif de signalement des incidents de sécurité du système d'information qu'ils utilisent.

Cet objectif opérationnel n° 4 est envisagé dans le cadre de la sécurisation nécessaire des systèmes d'informations (SI) au regard de la montée de certains risques émergents (menace terroriste). Le caractère sensible des données manipulées par les LBM rend obligatoire la mise en place d'un dispositif de signalement des incidents de sécurité des SI bien que la gestion opérationnelle soit déléguée à l'ASIP.

Action N°1 :

- S'assurer de la bonne prise en compte par l'établissement de l'instruction du 14 octobre 2016 relative à la mise en œuvre du plan d'actions sur la sécurité des systèmes d'information (« Plan d'action SSI ») dans les établissements et services concernés ;
- Assurer le suivi du plan d'actions (plan d'actions transmis par l'ARS et suivi tous les trimestres) ;
- Contrôler au vu du plan d'actions une évolution en maturité du système d'information du laboratoire.

Action N°2 : disposer d'une copie du dispositif de signalement établi par chacun des LBM concernant leur SI.

Action N°3 : disposer d'une copie d'une charte SSI de l'établissement

Indicateur de suivi :

- ✓ nombre de procédures établies

1.17. Soins aux détenus

Diagnostic

Trois établissements pénitentiaires accueillent les personnes détenues en Corse (chiffres capacitaires de début 2018) :

- la maison d'arrêt d'Ajaccio (68 détenus pour 53 places)
- le centre pénitentiaire de Borgo (277 détenus pour 240 places)
- le centre de détention de Casabianda (127 détenus pour 194 places)

Chacun des établissements pénitentiaires possède dans ses locaux une unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP) qui est un service délocalisé du centre hospitalier de rattachement pour prendre en charge médicalement les personnes détenues.

Ainsi, le centre hospitalier de Bastia est en charge de l'USMP du centre pénitentiaire de Borgo et de l'USMP du centre de détention de Casabianda pour les soins somatiques. La clinique de San Ornello est mobilisée pour les soins psychiatriques.

Le centre hospitalier d'Ajaccio gère l'USMP de la maison d'arrêt d'Ajaccio, les soins psychiatriques étant assurés par le centre hospitalier de Castelluccio.

Le dépistage des infections sexuellement transmissibles est assuré par le Centre Gratuit d'Information, de Diagnostic et de Dépistage du VIH, des hépatites et des Infections Sexuellement Transmissibles (CEGIDD), le dépistage de la tuberculose par le Centre de Lutte AntiTuberculeuse (CLAT) et la mise à jour des vaccins par le centre de vaccination.

Les mineurs (13-18 ans) et les femmes sont incarcérés au sein du centre pénitentiaire de Borgo dans des quartiers spécifiques.

Le système de santé carcéral est organisé en 3 niveaux de prestations et les USMP en Corse ne délivrent que des prestations de niveau 1 (consultations, prestations et activités ambulatoires).

Les prestations sanitaires de niveau 2 (hospitalisation à temps partiel) sont réalisées dans les établissements de rattachement (centres hospitaliers, clinique) alors que les prestations de niveau 3 sont réalisées sur le continent (UHSI de Marseille ou Nice pour les soins somatiques et UHSA de Marseille pour les soins psychiatriques).

La commission santé-justice de Corse se réunit annuellement et permet aux représentants de l'Etat, de l'ARS, de la justice, de l'administration pénitentiaire, des établissements de santé et des usagers d'échanger sur les problématiques locales concernant la santé des personnes placées sous-main de justice.

Les constatations locales relèvent que les taux d'extractions et d'hospitalisations SPDRE (soins psychiatriques à la demande du représentant de l'Etat) sont proportionnellement beaucoup plus élevés en Corse qu'en région PACA. Ceci traduit un manque de moyens en Corse : les vacations de professionnels de santé ne sont pas assez nombreuses pour répondre aux besoins des patients détenus ; les soins de niveau 2 ne peuvent pas être réalisés au sein des unités sanitaires, ce qui oblige à avoir recours à des extractions de détenus vers les structures sanitaires de rattachement ; les soins de niveau 3 doivent être réalisés sur le continent.

Le volet « soins aux détenus » du PRS2 vise à renforcer la qualité, la sécurité et la pertinence des interventions auprès des personnes détenues, à assurer leur suivi en sortie de détention et à proposer des solutions (télémedecine, prévention...) pour lutter contre les inégalités d'accès à la santé dont pourraient souffrir les personnes détenues.

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

Objectif opérationnel N°1 : limiter les ruptures sanitaires et sociales dans le parcours des personnes détenues.

L'incarcération est susceptible de provoquer une rupture dans la continuité des droits et dans le suivi médical d'un individu. Cela est à la fois dû au changement de statut de la personne placée sous-main de justice mais également à son changement de cadre de vie.

A l'entrée en détention, un bilan médical (examens clinique et biologique) systématique de toutes les personnes incarcérées est réalisé par le médecin généraliste de l'unité sanitaire du centre pénitentiaire. Le patient arrive souvent en détention sans dossier médical, ce qui peut occasionner des ruptures de soins s'il n'est pas capable de préciser ses antécédents, ses traitements et s'il n'a pas de médecin traitant.

L'entrée et la sortie de détention sont des moments propices aux ruptures en termes de droits et d'aides financières. Une semaine avant les sorties de détention, un entretien de sortie est réalisé dans les établissements. Le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP) accompagne systématiquement le détenu qui sort : les conseillers du SPIP font un diagnostic de la situation de la personne et prennent attache auprès des services sociaux appropriés.

Les anciens détenus rencontrent des difficultés en matière d'accessibilité au logement en sortie de détention. Ils peuvent intégrer les 3 centres (deux en Haute-Corse et un en Corse-du-Sud) d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) mais ces centres ne disposent pas de suffisamment de places. La situation est encore plus compliquée si la personne a des troubles du comportement ne relevant pas de la psychiatrie car il n'y a pas de structures adaptées.

Quand la libération est non prévue et que le détenu fait l'objet d'une prise en charge psychiatrique, si les psychiatres ne sont pas mis au courant suffisamment tôt, le patient va sortir sans ordonnance et le suivi psychiatrique ne pourra pas être correctement assuré.

Action N°1 : informatiser les unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP).

Cette informatisation permettra aux professionnels de santé des USMP :

- d'avoir accès au dossier médical partagé des patients pour connaître leurs antécédents, les traitements qu'ils suivent et les professionnels qui les prennent habituellement en charge ;
- de pouvoir consulter, gérer les prescriptions et assurer un suivi médical de façon sécurisée ;

- de pouvoir échanger entre professionnels de santé de façon sécurisée grâce à l'utilisation de messageries sécurisées en santé.

Indicateur de suivi :

- ✓ taux de personnes détenues dont les données médicales sont connues du médecin lors de la consultation d'entrée.

Action N°2 : renforcer les coopérations afin d'organiser et sécuriser le parcours des personnes en entrée et sortie de détention.

Des coopérations sont à renforcer, notamment par le conventionnement quand cela est nécessaire, entre les établissements pénitentiaires, les établissements sanitaires de rattachement, le SPIP et divers organismes ayant un rôle à jouer dans le parcours des personnes détenues en entrée ou sortie de détention, notamment :

- avec les CPAM pour intégrer plus rapidement les personnes dans un régime de protection sociale en entrée et sortie de détention ;
- avec la Collectivité de Corse et les Caisses d'Allocations Familiales par rapport aux aides financières et sociales ;
- avec les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) et les Ehpad pour trouver une solution d'hébergement à chaque détenu qui sort de prison ;
- avec le centre hospitalier de Castelluccio, la clinique de San Ornello et les Centres Médico-Psychologiques (CMP) pour assurer les suivis psychiatriques suite à la sortie de détention ;
- avec la CARSAT Sud-Est pour organiser l'adaptation de la prise en charge des personnes détenues qui atteignent l'âge de la retraite en détention ;
- avec l'UHSI pour améliorer le protocole d'accueil et réduire les délais de prise en charge ;
- avec les préfetures pour organiser et sécuriser les transferts de personnes détenues entre Haute-Corse et Corse-du-Sud ;
- avec les structures d'aide à la personne pour que des aidants puissent intervenir en détention auprès des personnes détenues en situation de handicap ou de perte d'autonomie.

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre de conventions signées ou mises à jour ;
- ✓ proportion d'ex-détenus sans solution d'hébergement en sortie de détention ;
- ✓ proportion d'ex-détenus en rupture de suivi médical suite à leur sortie de détention (absence de retour d'information sur la prise en charge d'un patient après le délai fixé).

Action N°3 : adapter la détention par rapport aux contraintes des personnes détenues en situation de handicap ou de perte d'autonomie.

Une personne détenue vieillissante ou souffrant d'un handicap peut nécessiter une adaptation de son environnement carcéral afin de pouvoir vivre son incarcération dans des conditions les plus dignes possibles. L'objectif est qu'il puisse préserver ses capacités de participation en détention, par exemple pour accéder à l'USMP, à la bibliothèque, aux salles de cours, aux douches.

Cela peut passer par un changement de cellule (par exemple pour se retrouver au rez-de-chaussée), par l'adaptation d'une cellule ou des locaux, ou par le soutien que pourraient apporter un co-détenu ou des aidants venant de l'extérieur.

Indicateur de suivi :

- ✓ dispositions prises en faveur des personnes détenues en situation de handicap ou de perte d'autonomie.

Objectif opérationnel N°2 : améliorer l'offre sanitaire au sein des unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP).

L'amélioration de l'offre sanitaire au sein des USMP permettra de prendre en charge plus rapidement et plus efficacement les personnes détenues. L'augmentation de l'offre de prévention permettra de faire acquérir les bons comportements en matière de santé.

Cela permettra également de réduire le nombre d'extractions de personnes détenues vers les établissements de santé de rattachement. Ce nombre d'extractions est très élevé car les ressources médicales dans les USMP sont

modestes mais l'hétérogénéité et la technicité des spécialités médicales ne permettent pas de réaliser des vacations en milieu pénitentiaire pour toutes les prises en charge.

Action N°1 : développer la télé médecine entre les USMP et les établissements sanitaires de rattachement.

La télé médecine permettrait de réaliser des téléconsultations pour certaines spécialités appropriées : psychiatrie, addictologie, dermatologie, ophtalmologie...

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombres de téléconsultations réalisées ;
- ✓ évolution du nombre d'extractions.

Action N°2 : développer l'activité de groupe en psychiatrie

Dans des locaux appropriés, l'activité de groupe en psychiatrie permet à des professionnels de la santé mentale (psychiatre, psychologue, infirmier psychiatrique) de mener des interventions thérapeutiques originales auprès de petits groupes de détenus (groupes de parole, musicothérapie, zoothérapie, art-thérapie, sport-santé...). En fonction des thématiques traitées ces professionnels sollicitent la co-intervention d'autres partenaires.

Indicateurs de suivi :

- ✓ établissements proposant des activités de groupe en psychiatrie ;
- ✓ nombre d'activités de groupe réalisées ;
- ✓ nombre de personnes détenues participant à ces activités de groupe.

Action N°3 : renforcer la promotion de la santé et la prévention au sein des établissements pénitentiaires

Les personnes détenues doivent pouvoir bénéficier de toute l'information nécessaire à la préservation de leur santé et pouvoir participer aux actions de prévention et aux dépistages organisés.

Il s'agira :

- de mener des actions complémentaires concernant l'addictologie ou l'infectiologie ;
- d'informer les détenus sur la qualité nutritive des aliments et boissons qui leur sont accessibles dans les établissements pénitentiaires ;
- de faire participer les établissements pénitentiaires au mois sans tabac ;
- de développer la pratique sportive dans une démarche sanitaire ;
- de renforcer la couverture vaccinale.

Indicateur de suivi :

- ✓ nombre d'actions de promotion de la santé et de prévention proposées dans les établissements pénitentiaires.

Objectif opérationnel N°3 : amplifier la pluridisciplinarité des interventions en faveur des personnes détenues

Les personnes détenues peuvent nécessiter des interventions diverses en fonction de leurs profils et de leur environnement. Il s'agit ainsi de pouvoir apporter les compétences utiles au sein même des établissements pénitentiaires et que ces compétences se coordonnent chaque fois que cela sera utile afin d'augmenter la qualité et la sécurité des interventions.

Action N°1 : organiser des actions et formations en commun entre personnels pénitentiaires, sociaux et sanitaires afin d'optimiser leurs interventions communes auprès des personnes détenues.

Il serait utile que des professionnels issus des divers secteurs participent à des actions en commun auprès des personnes détenues, par exemple dans le cadre du mois sans tabac, des activités de groupe en psychiatrie, de la prévention du suicide ou encore de la préparation à la sortie de détention...

Plusieurs thèmes de formation sont souhaités par les professionnels notamment sur la prise en charge des auteurs de violences à caractère sexuel.

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre d'actions menées avec des professionnels issus de plusieurs secteurs ;
- ✓ nombre de formations dispensées à des professionnels issus de plusieurs secteurs.

Action N°2 : organiser l'intervention en milieu pénitentiaire des professionnels adéquats en fonction des problématiques qui se manifesteraient en détention.

Les personnes détenues peuvent nécessiter des interventions particulières au cours de leur incarcération mais les compétences nécessaires se situent souvent à l'extérieur des établissements pénitentiaires. Il faut créer le lien nécessaire avec les structures et professionnels adaptés car beaucoup d'entre eux ne sont jamais intervenus en milieu pénitentiaire et peuvent redouter la démarche.

Il pourrait être particulièrement utile de faire intervenir en milieu pénitentiaire :

- une assistante sociale pour participer à la prise en charge sociale des personnes détenues (prestations sociales suite à des accidents de la vie, gestion d'un handicap) ;
- un ergothérapeute pour vérifier l'adéquation des personnes détenues aux postes de travail qu'ils occupent et de les sensibiliser aux gestes et postures. Le travail en prison offre des tâches variées mais certains postes peuvent être physiquement difficiles et occasionnent des pathologies ou accidents du travail. Le centre de détention de Casabianda est particulièrement concerné car des détenus travaillent dans l'exploitation agricole : entretien des terres, conduite d'engins, gestion des troupeaux;
- un moniteur de musculation diplômé pour venir donner des conseils aux personnes détenues sur l'utilisation des machines de musculation afin de limiter les risques de blessures et de les conseiller sur leur pratique en fonction de leurs objectifs ;
- des structures et professionnels coordonnés par rapport au phénomène de radicalisation ;
- des associations.

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre d'interventions organisées
- ✓ nombre de personnes détenues y participant.

Chapitre 2 : l'évolution des filières d'accompagnement médico-social

L'organisation et l'accompagnement des personnes en situation de perte d'autonomie nécessitent une approche et des réponses transversales pour assurer l'adaptation des dispositifs quel que soit le motif de dépendance (âge, pathologie, handicap) et assurer ainsi la continuité des parcours. Dans ce contexte, le schéma régional de santé (SRS) 2018-2023 pour la Corse retient en la matière les orientations stratégiques suivantes :

1. Le renforcement du tryptique « repérage, diagnostic et interventions précoces » comme facteur d'inclusion ;
2. Le renforcement de l'offre médico-sociale à travers une organisation graduée et inclusive ;
3. L'organisation d'une offre spécialisée favorisant la qualité et la sécurité des prises en charge ;
4. La continuité des parcours de prise en charge à travers l'appréhension et le traitement anticipé des situations individuelles complexes.

Concernant les maladies neurodégénératives (MND) ainsi que les troubles du spectre autistique (TSA), les orientations générales définies dans le cadre du Schéma Régional de Santé seront complétées par des plans d'actions régionaux conformément aux orientations nationales.

2.1 Le renforcement du tryptique « repérage, diagnostic et interventions précoces » comme facteur d'inclusion

Constat après le PRS1 :

Le projet régional de santé pour la Corse 2012-2016 a favorisé la structuration des filières de prise en charge dans un objectif général de rattrapage de l'offre médico-sociale au regard des taux d'équipements nationaux, notamment pour ce qui concerne l'offre en institution en direction des personnes les plus dépendantes et handicapées.

Si la Corse dispose de taux d'équipements en matière de services médico-sociaux relevant du milieu ordinaire cohérents avec les moyennes nationales, il apparaît nécessaire de renforcer cette offre qui représente un axe privilégié de préservation du lien social, de l'autonomie et de la structure familiale.

Par ailleurs, la Corse bénéficie désormais d'une offre diagnostique sur le champ des MND et des TSA ; si la structuration de ces modalités de prise en charge doit être encore soutenue, le développement d'actions permettant d'informer la population sur les signes d'alerte (à l'instar de celle engagée sur le secteur des TSA) doit être favorisé pour une organisation la plus précoce possible des prises en charge nécessaires aux personnes concernées dans l'objectif prioritaire de maintien dans son lieu de vie sous tous ses aspects.

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

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

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

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

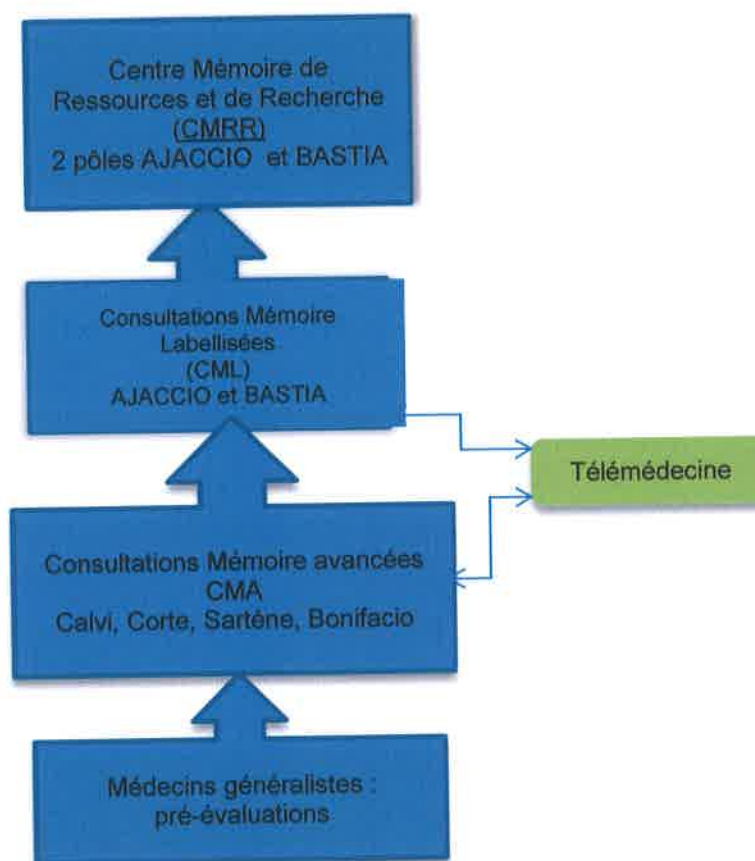
La prévention, et/ou le repérage, le diagnostic et les interventions précoces sur les troubles représentent des enjeux fondamentaux pour retarder ou limiter la survenue de la dépendance et par conséquent aider à maintenir la personne dans son environnement habituel en préservant les liens sociaux et familiaux notamment, ce qui favorise un accès de proximité à un système de santé gradué et de qualité.

Repérage et diagnostic précoces

➤ Secteur Dépendance :

Concernant l'apparition de troubles neurodégénératifs, il apparaît nécessaire de pouvoir mieux informer la population quant aux signes d'alerte devant conduire à consulter son médecin traitant. La stratégie d'information qui doit s'organiser régionalement et pluri annuellement doit notamment prévoir une action en direction des médecins généralistes libéraux afin que ces derniers puissent assurer une première évaluation et organiser le cas échéant, et sans délai, l'orientation vers les dispositifs existants en matière de diagnostic. Cette action d'information doit par conséquent s'accompagner de la mise à disposition d'outils de pré-évaluation adaptés.

L'amélioration des conditions de repérage précoce des troubles neurodégénératifs induit que le dispositif de diagnostic soit structuré, stabilisé et sur la base d'un maillage territorial de proximité.



Il est souligné que les actions de repérage précoce doivent prioritairement se concentrer sur les signes d'alerte cognitifs et psycho-comportementaux (Alzheimer et troubles apparentés).

En effet, les troubles moteurs notamment chez le sujet jeune apparaissent plus évocateurs et s'apparentent à des modalités diagnostiques mieux identifiées (sclérose en plaques).

Dans tous les cas, des examens complémentaires sont réalisés et des coopérations avec les centres experts continentaux organisées. Chez le sujet jeune, les recherches génétiques doivent être envisagées en accord avec le patient (maladie d'Huntington notamment).

Objectif opérationnel N°1 : assurer des modalités de repérage et de diagnostic précoces des MND.

Action N°1 : définir et mettre en œuvre une politique régionale pluriannuelle de communication à l'attention du grand public et des professionnels de santé autour de : l'éducation thérapeutique, les signes d'alerte relatifs aux maladies neurodégénératives et l'offre de diagnostic et de prise en charge existante.

Action N°2 : structurer une offre régionale de diagnostic graduée favorisant une accessibilité au sein de chaque micro-territoire : recentrer le CMRR sur ses missions réglementaires, développer des consultations mémoire avancées au sein des établissements de santé via la télémédecine et organiser les pré- évaluations au niveau du 1^{er} recours.

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre de bilans réalisés par les consultations mémoires labellisées;
- ✓ nombre de consultations mémoires avancées déployées;
- ✓ nombre de bilans réalisés par les consultations mémoires avancées.

➤ **Secteur Handicap**

Les troubles neuro-développementaux (comme les troubles du spectre de l'autisme – TSA- et les troubles DYS) ainsi que les handicaps psychiques (comme les troubles du caractère et du comportement-TCC-) représentent les axes prioritaires pour le développement d'une politique de repérage et de diagnostic précoces.

Repérage précoce :

Les actions développées dans le cadre du III^{ème} Plan Autisme autour d'une politique de communication visant au repérage des signes d'alerte des TSA doivent être poursuivies, de même que la formation/information des principaux acteurs en la matière. Il en est de même pour les troubles DYS qui nécessitent une juste appréhension de leurs manifestations par les familles mais également les différents acteurs concernés (professionnels de santé, personnels de l'Education Nationale...).

Diagnostic précoce :

D'une manière générale, les actions visant au renforcement de l'offre diagnostique en Corse selon des modalités de déploiement infra-territoriales seront privilégiées pour ce qui concerne les troubles neuro-développementaux au sens large. Il importe en effet grâce à des actions conjointes en matière de repérage et de diagnostics précoces de pouvoir abaisser l'âge du 1^{er} diagnostic afin de pouvoir mettre en place des actions d'interventions précoces et favoriser un suivi scolaire en milieu ordinaire le plus adapté possible. Le renforcement de l'offre précédemment évoquée passe par une structuration des équipes de diagnostic de 1^{er} niveau selon une organisation territoriale adaptée (offre de proximité) et un recentrage des centres ressources sur les missions de conseils, information/formation, expertises, recherche et réalisation des diagnostics complexes.

Objectif opérationnel N°2 : renforcer l'offre de diagnostic des troubles neuro-développementaux à travers une organisation infra-territoriale.

Action N°1 : recentrer le Centre de Ressources Autisme (CRA) sur les missions prévues au décret du 5 mai 2017 ;

Action N°2 : organiser le diagnostic des TSA en direction des adultes ;

- ✓ objectif quantitatif : créer une équipe de diagnostic des TSA en direction des adultes

Action N°3 : organiser sur les micro-territoires non couverts le déploiement des équipes de diagnostic autisme de proximité (EDAP) ;

- ✓ objectif quantitatif : déployer selon des modalités adaptées l'offre EDAP sur le Centre Corse

Action N°4 : organiser l'accès aux centres experts en lien avec l'équipe relais handicap rare (ERHR) notamment.

Action N°5 : structurer une offre-diagnostic graduée des troubles neuro-développementaux (hors TSA)

- ✓ objectif quantitatif : créer un Centre Ressources des troubles neuro-développementaux
- ✓ objectif quantitatif : accompagner le déploiement sur le territoire régional d'unités de bilans des troubles DYS (modélisation unité des troubles DYS Cismonte).

Indicateurs de suivi :

- ✓ délai d'attente pour la réalisation d'un bilan TSA au sein du CRA et des EDAP
- ✓ nombre de bilans TSA réalisés pour le diagnostic adultes
- ✓ nombre de bilans DYS par territoire d'implantation d'une unité de bilans

Organisation d'interventions précoces

➤ **Secteur Dépendance**

Le diagnostic d'une maladie neurodégénérative doit permettre l'organisation de modalités d'interventions adaptées et spécialisées dans un délai maîtrisé ce qui sous-tend notamment que, concernant les malades les plus jeunes (moins de 60 ans), une certaine souplesse doit être admise dans la mise en œuvre des dispositifs médico-sociaux relevant traditionnellement des secteurs de la dépendance (en direction des personnes de plus de 60 ans) ou du handicap.

Les modalités d'interventions précoces doivent être complétées par une offre d'information, de formation et de répit en direction des aidants. En effet, le soutien aux aidants doit s'envisager et s'organiser dès le diagnostic de la maladie.

Des modalités d'interventions adaptées :

La personne souffrant de MND doit bénéficier, dès l'annonce de son diagnostic, de modalités d'accompagnement adaptées au degré de ses troubles, son âge, sa situation familiale et professionnelle dans la perspective de la formalisation d'un projet de réhabilitation.

Dans ce cadre, la complémentarité de l'ensemble des dispositifs d'accompagnement en milieu ordinaire, qu'ils relèvent du secteur de la dépendance ou du handicap, doit s'organiser : Services d'Aide à Domicile (SAAD), Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS), Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD), Services Polyvalents d'Aide et de Soins A Domicile (SPASAD), Services d'Accompagnement Médico-social en direction pour Adultes Handicapés (SAMSAH), réseaux de gérontologie... Par ailleurs, une recherche de cohérence sera soutenue à travers les axes d'actions définis par la conférence des financeurs.

Cette complémentarité induit de facto un renforcement et une simplification de la coordination des différents acteurs (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie – MAIA , Centres locaux d'information et de coordination – CLIC- , réseaux gérontologiques) à travers notamment la généralisation du modèle « parcours pour les personnes âgées en risque de perte d'autonomie » - PAERPA- sur le territoire Pumonté.

Des modalités d'intervention spécialisées :

La définition d'un plan d'accompagnement des personnes souffrant de MND doit se fonder sur l'organisation de modalités de prise en charge spécialisées au regard de la pathologie et des besoins de chacun (réhabilitation, insertion sociale, soins, accompagnement psychologique...).

Dans ce cadre, les interventions doivent être réalisées par des personnels formés à ces pathologies sans exclusivité sur les seuls troubles Alzheimer ou apparentés.

Sur ce point, il importe que les dispositifs sociaux et médico-sociaux suivants soient renforcés :

- SAAD : poursuite de la professionnalisation des intervenants (actions de formation) dans un objectif de veille quant à l'évolution des pathologies et des problématiques des personnes âgées vivant à domicile ;
- SSIAD : organisation d'une offre d'accompagnement spécialisée et identifiée. La spécialisation des SSIAD apparait en effet incontournable dans un objectif de pérennisation et développement de leur activité ; ces services présentant à ce jour des niveaux d'activité nécessitant une impérative réorientation de leur positionnement dans le paysage médico-social régional. L'optimisation organisationnelle et territoriale du fonctionnement des SSIAD est un préalable incontournable au renforcement quantitatif de cette offre. Dans ce contexte, le nombre d'équipes spécialisées Alzheimer (ESA) doit être renforcé pour un meilleur maillage territorial et permettre une ouverture aux autres MND ; l'élargissement de ces ESA aux autres MND sera également un axe privilégié de la structuration de l'offre d'accompagnement en milieu ordinaire des personnes présentant des troubles MND modérés (identification personnes relais). Le renforcement de l'offre SSIAD à travers le développement d'ESA/ESMND sera prioritairement engagé ainsi que le renfort en temps de psychologue ;
- SPASAD : l'évaluation de l'expérimentation de 2 SPASAD devra permettre d'identifier l'opportunité de généraliser ces structures transversales et coordonnées, et ce sur la base d'un maillage territorial au plus près des besoins.

Objectif opérationnel N°3 : structurer une offre spécialisée et coordonnée d'interventions précoces autour des MND.

Action N°1 : développer les SPASAD au terme de l'expérimentation au sein de chaque organisme gestionnaire disposant d'une double autorisation (SSIAD-SAAD).

- objectif quantitatif : autorisation de 4 nouveaux SPASAD

Action N°2 : réorganiser l'offre de services en SSIAD dans un objectif de souplesse et de coordination.

- objectif qualitatif : réviser les agréments des SSIAD afin de favoriser la continuité des parcours (territoires, populations).
- objectif qualitatif : formaliser les coopérations interservices dans un objectif de continuité des prises en charge et un maillage territorial optimal.

Action N°3 : renforcer et spécialiser les SSIAD dans l'accompagnement et la prise en charge des MND.

- objectif quantitatif : création de 2 nouvelles équipes spécialisées Alzheimer et d'un référent MND au sein de chaque territoire.
- objectif qualitatif : renforcer les modalités d'accompagnement des SSIAD en temps de psychologue.

Action N°4 : rationaliser et renforcer l'organisation et le fonctionnement des MAIA dans le cadre de la réforme territoriale et de la généralisation du modèle PAERPA.

Indicateurs de suivi :

- ✓ taux d'occupation des SSIAD/SPASAD
- ✓ nombre de SPASAD autorisés
- ✓ nombre de projets de réhabilitation formalisés par les ESA par type de pathologie et par territoire
- ✓ nombre de cas complexes suivis par les MAIA et par territoire

➤ Secteur handicap

La démarche de renforcement des dispositifs d'accompagnement généralistes comme les CAMSP (Centre d'action médico-sociale précoce) et les CMPP (centre médico-psycho pédagogique), engagée dans le cadre du PRS 1, sera poursuivie pour une organisation sur les micro-territoires non couverts. Ces opérations de renforcement permettront l'organisation de modalités d'interventions souples à travers la mise en œuvre d'équipes mobiles notamment.

L'offre en milieu ordinaire en direction des enfants en situation de handicap doit être renforcée à travers une spécialisation des interventions notamment en matière de troubles neuro-développementaux (TSA, DYS) et les troubles psychiques.

Le rayonnement géographique des SESSAD doit également connaître une évolution sensible notamment sur la Haute-Corse qui présente un recentrage important sur le Grand Bastia. Dans ce contexte, il est également rappelé que les SESSAD doivent intervenir au plus près du lieu de vie de l'enfant et éviter ainsi un déplacement de ce dernier et de sa famille dans les locaux du service. Le renforcement quantitatif de ces structures sera également priorisé pour un renforcement de l'offre de prise en charge en milieu ordinaire et la poursuite d'une coordination accrue avec les services de l'éducation nationale.

En effet, conformément à l'esprit de la loi du 11 février 2005, la scolarisation en milieu ordinaire doit être privilégiée et la continuité des parcours scolaires, assurée. En la matière, l'Académie de Corse poursuit depuis plusieurs années une politique très volontariste permettant un taux de scolarisation des enfants en situation de handicap très supérieur à la moyenne nationale. Cette politique doit être soutenue à travers le développement d'unités d'enseignement externalisées notamment sur le territoire de la Haute-Corse. Le partenariat entre les dispositifs médico-sociaux type SESSAD et l'éducation nationale doit être systématiquement recherché et formalisé.

Au-delà de l'offre SESSAD, dans le cadre du IIIème Plan Autisme, une action visant à la sécurisation des interventions notamment libérales a été arrêtée à travers la création d'un réseau TSA et sera mise en œuvre dans le cadre du IVème Plan. Une vigilance sera portée à ce que les interventions organisées tant dans le secteur sanitaire, médico-social que libéral soient respectueuses des recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) formulées par la Haute Autorité de Santé (HAS) et l'Agence Nationale d'évaluation et de la qualité des établissements et services médico-sociaux (ANESM) qui représentent un socle scientifique incontesté d'organisation des prises en charge.

Enfin, les autorisations accordées par l'ARS pour les structures relevant de sa compétence feront l'objet d'harmonisation au niveau des âges afin de limiter les retards ou les ruptures de prise en charge.

Objectif opérationnel N°4 : renforcer l'offre d'intervention précoce pour les personnes en situation de handicap dans un objectif accru d'inclusion dans le milieu ordinaire.

Action N°1 : renforcer l'offre de prise en charge précoce des handicaps.

- objectif quantitatif : déployer sur les territoires non couverts (Centre Corse, Cap Corse, Sartenais/Valinco et Deux Sevi-Deux Sorru) des modalités adaptées (consultations avancées) de prise en charge précoce des handicaps (offre CAMSP/CMPP).
- objectif quantitatif : renforcer l'offre de prise en charge en milieu ordinaire des enfants souffrant de troubles DYS sur le territoire Cismonte.
- objectif quantitatif : renforcer l'offre de services pour les enfants présentant des déficiences sensorielles.
- objectif quantitatif : renforcer l'offre régionale SESSAD en direction des enfants souffrant de TSA.

Action N°2 : optimiser l'offre de services en direction des enfants en situation de handicap.

- objectif qualitatif : stratégie d'harmonisation des agréments des établissements et services médico-sociaux (ESMS).
- objectif qualitatif : rationaliser l'organisation géographique et le fonctionnement en file active des services.

Action N°3 : Soutenir la politique volontariste portée par l'Académie de Corse en termes de scolarisation dans le milieu ordinaire des enfants en situation de handicap.

- Objectif qualitatif : soutenir un partenariat systématique entre les SESSAD et l'Académie de Corse.
- Objectif quantitatif : poursuivre la démarche d'externalisation des unités d'enseignement en Cismonte (objectif : 2).

Indicateurs de suivi :

- ✓ liste d'attente suite à orientation sur SESSAD par handicap
- ✓ nombre d'agréments révisés
- ✓ taux d'occupation des services
- ✓ nombre de conventions de partenariat signées entre les organismes gestionnaires et l'éducation nationale
- ✓ part des Unités d'Enseignement externalisées
- ✓ taux de scolarisation des enfants accompagnés en établissements spécialisés

2.2 Le renforcement de l'offre médico-sociale à travers une organisation graduée et inclusive

Offre de répit et soutien aux aidants

Diagnostic

La volonté manifeste des personnes âgées ou en situation de handicap et de leur entourage, est qu'elles puissent rester à domicile aussi longtemps que possible dans un contexte d'inclusion sociale soutenu. Ce maintien dans le milieu ordinaire exige la présence de proches/aidants et induit par conséquent un renforcement de l'offre de répit et un développement d'actions de soutien aux aidants. Ainsi, le développement de l'offre médico-sociale en milieu ordinaire doit se concevoir comme une réponse aux besoins du couple aidant/aidé.

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

Permettre un maintien dans le milieu ordinaire des personnes âgées ou en situation de handicap à travers le déploiement d'une offre de répit et d'une politique dynamique de soutien aux aidants.

➤ Secteur Dépendance

Tout en préservant la nécessité que le recours aux structures type EHPAD puisse être envisagé dès lors que l'état de santé ou de dépendance de la personne l'exige, il importe de pouvoir structurer une offre de prise en charge adaptée « hors les murs ».

L'organisation d'une offre globale de répit au sein des micro-territoires est un objectif prioritaire pour permettre :

- à la personne âgée de disposer de l'offre d'accompagnement adapté à ses besoins : SSIAD, accueil de jour, hébergement temporaire...

- aux accompagnants de disposer de formation, d'information leur permettant d'appréhender l'évolution d'état de santé de leur proche tout en disposant d'une offre de répit sécurisée.

Dans ce cadre, il apparaît nécessaire que soit organisée au sein de chaque territoire de projet une formule globale de répit proposant un panier d'interventions spécialisées (MND) et adaptées aux besoins de la personne et de son entourage direct.

La formule globale de répit devra permettre le déploiement des dispositifs suivants :

- **offre SSIAD-SAAD-SPASAD** intégrant des modalités de relaying ainsi que des modalités de prise en charge spécialisées (MND) dans un contexte d'offre territorialisée et d'agrément revu. En outre, les personnels de ces structures seront sensibilisés et formés pour mieux repérer les aidants fragiles et concourir à une orientation vers les plateformes de répit le cas échéant ;

- **accueil de jour** : les dispositifs d'accueil de jour existants présentent des niveaux d'activité très insuffisants. Les difficultés au développement de ce mode de répit sont diverses :

- problématique des frais de transport ;
- reste à charge pour la famille ;
- insuffisance d'organisation souple et modulaire ;
- projet de service insuffisamment indépendant du projet d'établissement en cas d'adossement à un EHPAD ;
- manque de visibilité des dispositifs pour les professionnels de santé.

Ce constat est paradoxal avec les taux d'occupation enregistrés dans les EHPAD ainsi que la forte culture de maintien à domicile existante en Corse. Il semble donc que ce type de réponse doit être organisé pour répondre aux besoins de la population en s'intégrant dans un dispositif d'ensemble permettant à la fois souplesse de gestion et modulation de l'offre.

Le renforcement de l'offre d'accueil de jour doit s'envisager prioritairement par la création de services autonomes. Par ailleurs, la géographie de la Corse induit que les accueils de jour organisent des modalités d'externalisation à travers la constitution d'équipes itinérantes pour assurer un meilleur maillage territorial ; cette action nécessitant des partenariats développés avec les communes ou communautés de communes pour la mise à disposition de locaux. Les difficultés constatées pour le déploiement des dispositifs d'accueil de jour doivent conduire à une appréciation au cas par cas, selon le micro-territoire concerné, de la capacité à autoriser éventuellement en dérogation avec la réglementation en vigueur. Par ailleurs, la problématique des transports fera l'objet d'une attention toute particulière en ce qu'elle représente un des principaux freins du recours à ce type de dispositif.

- **Hébergement temporaire** : chaque micro-territoire doit disposer d'une offre de lits d'hébergement temporaire dont la capacité doit être adaptée à la densité de la population pour que l'exploitation de ces places soit pérenne. Par ailleurs, l'offre d'hébergement temporaire, dans son exploitation, doit respecter les durées de séjour prévues par la réglementation (90 jours sur 12 mois) ce qui implique que les capacités autorisées soient en adéquation avec cette exigence. Outre d'éventuelles créations de places, une réflexion sera menée dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) pour envisager la transformation de lits d'hébergement permanent non occupés.

- **Soutien aux aidants** : l'ARS poursuivra le déploiement des plateformes de répit en organisant un maillage territorial plus fin. Le déploiement de ces plateformes s'accompagnera de l'organisation de formations et d'ateliers visant à soutenir les aidants à toutes les étapes de l'accompagnement de leur proche. En outre, le renforcement des SSIAD en temps de psychologue sera expérimenté. Il est ainsi précisé qu'une attention particulière doit être portée aux aidants des malades jeunes atteints d'une MND.

Objectif opérationnel N°5 : renforcer et spécialiser les structures de maintien à domicile pour l'accompagnement des personnes atteintes de MND.

Action N°1 : déployer au sein de chaque micro-territoire un panier d'offres de répit permettant d'assurer un réel soutien des aidants familiaux.

Objectifs quantitatifs :

- créer 3 plateformes de répit en direction des aidants non professionnels : Grand Bastia/Cap Corse, Centre Corse/Balagne, Extrême Sud/plaine orientale
- développer des accueils de jour autonomes intégrant des équipes mobiles au sein des territoires d'implantation des plateformes de répit
- assurer au sein de chaque bassin de vie une offre en hébergement temporaire adaptée
- permettre la mise à disposition au sein de chaque territoire de projet d'une offre de SSIAD de nuit et de relayage

Objectif qualitatif :

- déployer une offre de formation et d'information aux aidants au plus près des besoins

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre d'actions de formation/information développées sur le territoire de chaque plateforme de répit
- ✓ taux d'occupation des services
- ✓ taux d'équipement régional « offre de répit »

➤ Secteur du Handicap

Sur ce secteur, la priorité réside essentiellement dans le développement d'une offre de prise en charge de répit/urgence allié à une meilleure structuration des dispositifs d'information et de formation.

L'action développée sur le champ des TSA visant à déployer une plateforme de répit en direction des aidants non professionnels sera évaluée afin d'envisager une généralisation de ce mode d'accompagnement à d'autres handicaps (handicaps psychiques) et un renforcement selon les différents micro-territoires.

La mission d'une plateforme est notamment d'organiser des sessions de formation et des ateliers de soutien aux aidants non professionnels : l'accessibilité à ces dispositifs au sein de chaque territoire d'intervention sera organisée. En outre, il convient de pouvoir structurer en Corse des modalités d'accueil temporaire en direction des personnes handicapées. Le PRS 1 à travers le IIIème Plan Autisme a permis de programmer la création de 8 places d'accueil temporaire réparties équitablement entre le secteur enfance et le secteur adultes, et entre les territoires de Corse-du-Sud et de Haute-Corse.

Cette action doit être renforcée pour ce qui concerne les TSA et développer en direction d'autres handicaps notamment en cas de situation d'urgence (particulièrement au niveau des handicaps psychiques) tant pour le secteur enfance que pour le secteur adultes. Il importe en effet que les familles soient en capacité, en cas de besoin (face à un événement familial imprévu empêchant les aidants de poursuivre leur accompagnement, ou en cas de comportements-problèmes graves) de disposer d'un lieu de repli où leur proche pourra être pris en charge dans le respect des RBPP (recommandations des bonnes pratiques professionnelles) notamment. Ces structures permettront sur un temps limité de poursuivre la prise en charge de la personne en situation de handicap ou de stabiliser son état. L'accueil temporaire regroupe les accueils de jour et les places d'hébergement temporaire. Les dispositifs reposeront sur des organisations souples et adaptables favorisant une accessibilité tout au long de l'année (week-end, vacances scolaires...). Ils s'intégreront dans l'environnement institutionnel existant à travers la mise en place de partenariats permettant l'orientation en aval de la personne en situation de handicap vers des modalités de prise en charge adaptées. La coordination avec les secteurs hospitalier et ambulatoire sera organisée.

L'organisation et la prise en charge des transports sont des facteurs essentiels de réussite qui nécessiteront une attention particulière. Sur ce point, la politique volontariste définie par l'ARS de Corse depuis plusieurs années en matière de transports des personnes en situation de handicap sera poursuivie.

Le soutien aux aidants concerne également les proches des personnes prises en charge ou accueillies en institution. Ainsi, il importe que les ESMS à travers les outils portés par la loi du 2 janvier 2002, renforcent leur rôle en la matière au-delà de l'appréhension des seuls besoins des résidents ; le couple aidant/aidé doit être abordé dans sa globalité pour un accompagnement de qualité.

Objectif opérationnel N°6 : déployer une offre de répit et de gestion d'urgence pour les personnes en situation de handicap

Action N°1 : développer une politique d'information et de formation aux aidants non professionnels des personnes en situation de handicap.

Action N°2 : développer des modalités d'accueil temporaire au sein de chaque établissement prenant en charge des personnes en situation de handicap.

Action N°3 : expérimenter le déploiement une structure d'accueil de répit et d'urgence réservée à des personnes en situation de handicap souffrant de troubles neuro-développementaux modérés en phase de crise aiguë.

Indicateurs de suivi :

- ✓ taux d'équipement régional « offre de répit »
- ✓ taux d'occupation des ESMS

Le renforcement de l'offre médico-sociale : gradualité et intégration

Diagnostic

Le PRS 2 s'inscrit dans la continuité des objectifs stratégiques fixés en matière médico-sociale dans le PRS 1 notamment en matière de renforcement de l'offre et de rattrapage des taux d'équipements régionaux vis-à-vis des moyennes nationales.

Secteur de la Dépendance

Le PRS 1 avait acté, en cohérence avec les schémas départementaux de gérontologie, un moratoire sur la création d'EHPAD pour la période de référence. Cette décision, prise au regard des taux d'occupation préoccupants des établissements concernés, devait permettre d'organiser une période d'observation du tissu dans un contexte concurrentiel accru et non stabilisé.

En 2017, la quasi-totalité des places autorisées est installée (reliquat de 54 places). L'offre d'hébergement en EHPAD est globalement stabilisée depuis 2016. Cette stabilité n'est néanmoins pas corrélée à une amélioration conséquente des taux d'occupation qui restent toujours préoccupants à la fois pour la pérennité des structures mais également en termes d'adéquation de l'offre régionale avec les besoins réels de la population.

Ainsi :

	2012	2013	2014	2015	2016
Corse du Sud	94.93%	84,2%	88,2%	83,16%	84.45%
Haute-Corse	88.31%	89,6%	83,4%	85,84%	88.65%
Corse	90.52%	87,2%	85,5%	84,6%	86.55%

Les EHPAD en Corse sont des structures dont le fonctionnement induit des charges d'exploitation importantes se traduisant par des tarifs hébergement conséquents :

	Tarif hébergement inférieur	Tarif hébergement supérieur	Moyenne 2017	Moyenne 2010	%
Corse du Sud	58,89€	90,47€	76,76€	63,8€	+20,3%
Haute-Corse	51,47€	84€	70,7€	59,5€	+18,9%
Corse			73,75€	61,3€	+20,3%

Source : www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr (2017)

En moyenne, en 2017, un hébergement en EHPAD en Corse coûte aux usagers environ et a minima 2 200€/mois (hors dépendance). A titre de comparaison, en 2010 le tarif hébergement moyen régional était de 61,3€ soit une augmentation de 20% sur la période de référence (environ 1 900€/mois hors dépendance). L'évolution est particulièrement marquée en Corse-du-Sud compte tenu notamment de la création de nouvelles structures.

Dans ce contexte, le reste à charge est donc potentiellement lourd dans une région particulièrement touchée par la précarité ; le dispositif d'aide sociale ne permettant par ailleurs pas d'inciter le choix de l'EHPAD (dès lors que d'autres solutions peuvent être mobilisées) eu égard aux modalités réglementaires de récupération sur succession.

En synthèse, les freins d'accès aux EHPAD sont divers :

- culture du maintien à domicile ;
- géographie contraignante ;
- reste à charge important ;
- réglementation relative à l'aide sociale : récupération sur succession.

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

L'offre de prise en charge médico-sociale doit désormais s'accompagner d'une modulation plus forte des dispositifs qui doit permettre de proposer à la population des modalités d'accompagnement et de prise en charge graduées (en fonction des besoins - état de santé, handicap) et souples (dispositifs intégrés).

➤ Secteur de la dépendance

Si les données d'activité et économiques des EHPAD doivent être analysées avec précaution compte tenu du profil et des besoins de la population, elles ne doivent pas masquer la nécessité de développer des modalités d'hébergement des personnes âgées eu égard aux évolutions démographiques prochaines.

Or, les personnes âgées et notamment celles atteintes d'une maladie neurodégénérative, souhaitent pouvoir choisir leur habitat et les personnes avec qui le partager le cas échéant. Ce souhait est corrélé à une forte demande de projet social et de services associés au logement dans un environnement adapté et sécurisé garantissant conjointement inclusion sociale et vie autonome en milieu ordinaire.

Dans ce contexte, et en complément d'une réflexion qui doit pouvoir être engagée avec la Collectivité de Corse en matière tarifaire dans un objectif d'harmonisation, la planification régionale d'hébergement des personnes âgées s'envisagera dans un objectif général de gradualité au sein des territoires de vie où des formes d'habitat, plus souples et plus économiques pour des personnes aux revenus modestes doivent être développées. L'objectif étant de pouvoir disposer d'un taux d'équipement en cohérence avec la moyenne nationale et les besoins de la Corse.

Objectif opérationnel N°7 : structurer une offre d'hébergement graduée et sécurisée en direction des personnes âgées

Action N°1 : soutenir l'organisation d'une offre d'hébergement en direction des personnes âgées répondant aux enjeux sociaux et économiques de la Corse.

Objectif quantitatif : soutenir le renforcement d'une offre d'hébergement de petite taille au sein de chaque bassin de vie (accueils familiaux, EHPA (établissement hébergeant des personnes âgées), résidences services) assortie d'une médicalisation adaptée.

Expérimenter :

- un dispositif d'habitat inclusif pour personnes âgées en secteur rural
- un dispositif d'EHPAD « hors les murs »

Action N°2 : Repositionner l'EHPAD comme structure de référence pour les personnes âgées les plus dépendantes (GIR 1 à 4).

Levée progressive du moratoire sur les lits d'hébergement permanent favorisant les opérations de transformation et les extensions de petite importance dès lors qu'un seuil d'activité de 95% est assuré.

Indicateurs de suivi :

- ✓ taux d'occupation des EHPAD
- ✓ taux d'équipement établissements médicalisés et non médicalisés
- ✓ évolution des PMP et GMP régionaux

➤ Secteur handicap

Sur le secteur enfance : les filières de prise en charge relatives aux troubles neuro-développementaux et troubles psychiques seront renforcées principalement sur l'offre en milieu ordinaire (SESSAD, SAMSAH).

Le renforcement ne se limitera pas à une évolution quantitative de l'offre mais reposera principalement sur une évolution des organisations : territoires d'intervention, agréments et coordination. En effet, la mise en œuvre de dispositifs intégrés représentera un axe de travail privilégié ; les organisations en place devront permettre une souplesse dans les prises en charge et leur évolution.

Sur le secteur adulte : la graduation des prises en charge représente un objectif prioritaire afin que les personnes présentant un handicap ne nécessitant pas l'assistance permanente d'une tierce personne pour la réalisation des actes de la vie quotidienne, puissent également bénéficier d'accompagnements adaptés notamment en matière d'hébergement. Ainsi, outre le renforcement de l'offre en milieu ordinaire, l'offre d'hébergement institutionnelle nécessite une évolution des capacités de structures non médicalisées devant par ailleurs développer des partenariats formalisés avec des SSIAD ; cette orientation permettant d'éviter l'institutionnalisation notamment pour les personnes handicapées vieillissantes.

La prise en charge du handicap psychique et des troubles neuro-développementaux sera particulièrement renforcée afin d'éviter des hospitalisations inadéquates et de favoriser l'inclusion sociale :

- services médico-sociaux spécialisés intervenant en milieu ordinaire : SAMSAH, GEM (groupe d'entraide mutuelle), TSA, CPO-UEROS (centre de pré-orientation et unité d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale) ;
- dispositif d'habitat inclusif : milieu urbain et rural avec interventions sociales et médico-sociales ;
- dispositif emploi accompagné et évolution des prises en charge proposées en milieu protégé (Etablissement et Service d'Aide par le Travail – ESAT) ;
- hébergement institutionnel gradué pour les personnes ne pouvant bénéficier d'un hébergement en milieu ordinaire.

S'agissant plus spécifiquement de l'accès et du maintien dans l'emploi, l'organisation d'une offre graduée est impérative pour favoriser un décloisonnement du milieu ordinaire et du milieu protégé. L'adaptation des ESAT aux nouveaux besoins des travailleurs (handicap psychique notamment) doit s'envisager pour une redynamisation de ces structures qui doit également passer par une fluidité des entrées/sorties. Dans ce contexte, les mises en situation professionnelle (accompagnement par des « coaches ») favorisant des allers/retours entre ESAT et milieu ordinaire ainsi que la promotion de l'emploi accompagné sont des actions à développer. Dans tous les cas, la promotion de la scolarisation et de l'insertion professionnelle nécessite un partenariat fort entre les différents acteurs concernés (ARS, Education Nationale, DIRECCTE, Université de Corse...).

Une action spécifique en direction des personnes handicapées vieillissantes ne bénéficiant pas d'une institutionnalisation préalable sera également engagée dans un objectif de graduation et de subsidiarité (recours aux solutions les plus proches possibles du droit commun). Pour ce faire, une approche souple entre les dispositifs pour personnes âgées et les dispositifs pour personnes handicapées est de rigueur tout en faisant en sorte que les besoins spécifiques des personnes en situation de handicap soient justement appréhendés ; l'admission au sein de structures lourdes types FAM/MAS n'apparaissant pas une solution à privilégier pour ces personnes.

Objectif opérationnel N°8 : organiser des modalités d'accompagnement en milieu ordinaire favorisant l'inclusion des personnes en situation de handicap.

Action N°1 : développer une offre de prise en charge reposant sur des dispositifs intégrés, souples et modulaires

- Renforcer l'offre de SESSAD Spécialisé pour les TSA
- Renforcer l'offre de prise en charge en direction des personnes souffrant d'handicaps psychiques
- Organiser une offre médico-sociale reposant sur des dispositifs intégrés

Action N°2 : poursuivre le déploiement d'une offre d'hébergement graduée favorisant l'inclusion dans le milieu ordinaire

- accompagner le développement de structures d'hébergement intermédiaires
- poursuivre l'expérimentation de dispositifs d'habitats inclusifs tant en milieu ordinaire, qu'en milieu rural
- renforcer l'offre institutionnelle en direction des personnes en situation de handicap lourd (handicaps psychiques)

- développer une offre d'hébergement graduée pour les personnes en situation de handicap vieillissantes favorisant les prises en charge au sein des structures de droit commun

Action N°3 : développer une politique d'inclusion sociale en direction des personnes en situation de handicap.

- soutenir la mise en œuvre de modalités de « coaching » ;
- accompagner les ESAT à répondre aux besoins des personnes en situation de handicap psychique ;
- poursuivre l'expérimentation « emploi accompagné » ;
- renforcer l'offre de SAMSAH.

Indicateurs de suivi :

- ✓ taux d'équipement régionaux dont la part dans l'offre médico-sociale des services proposant un accompagnement en milieu ordinaire
- ✓ part de places d'hébergement permanent en EHPAD réservées aux personnes handicapées vieillissantes
- ✓ nombre de sorties d'ESAT vers le milieu ordinaire
- ✓ nombre d'orientations prononcées par la MDPH en direction de dispositifs intégrés
- ✓ nombre d'adultes maintenus en ESMS pour enfants au titre de l'amendement Creton
- ✓ nombre de situations individuelles critiques

2.3 L'organisation d'une offre spécialisée favorisant la qualité et la sécurité des prises en charge

L'ensemble des dispositifs médico-sociaux déployé sur le territoire corse doit offrir des modalités d'accompagnement adaptées en assurant le respect, la sécurité et le bien-être physique et moral des populations concernées. Cette exigence qualitative au niveau des prises en charge doit être soutenue à travers :

- la qualité de vie au travail (QVT) des personnels des ESMS ;
- une politique régionale d'investissement médico-sociale ;
- le renforcement de la spécialisation et de la professionnalisation des prises en charge ;
- la gestion des risques en ESMS à travers le signalement des événements indésirables graves (EIG).

Création d'un observatoire de la qualité de vie au travail du secteur médico-social

Diagnostic

- Les métiers du secteur médico-social affichent une sinistralité importante qui les placent devant les métiers du Bâtiment-Travaux-Publics. Ainsi, l'indice de fréquence (nombre d'accidents pour 1 000 salariés avec arrêt supérieur à 24h) des accidents du travail en EHPAD est près de deux fois supérieur à la moyenne nationale (95 pour les EHPAD en 2015 contre 33,9 au niveau national), toutes activités confondues. Les risques identifiés sont multiples :
- le renforcement des droits des personnes accueillies avec des exigences de qualité accrues de la part des institutions, des personnes et de leurs familles proches ;
- un alourdissement de la charge en soins des personnes accueillies dû à :
 - une dépendance croissante ;
 - un absentéisme important renforcé par des difficultés de remplacement ;
 - des injonctions paradoxales mal vécues : stimuler ou respecter la volonté des personnes, qui peut différer de la volonté des familles ; favoriser le maintien de l'autonomie dans un temps contraint ; accompagner les personnes et justifier «comptablement » de chaque activité;
- un travail sous tension ou « *pression de la pendule* » lié à la charge de travail accrue ;

- un mal être des résidents ou des familles qui se répercute sur le personnel ;
- un manque de respect de plus en plus ressenti en cas de situation conflictuelle ;
- une charge émotive forte : difficulté à garder la « bonne distance » dans un contexte de confrontation quotidienne avec la vieillesse, la dépendance physique ou psychique chez l'enfant notamment, la dégradation du corps, la démence, la solitude, la mort.

Au-delà des chiffres inquiétants sur les accidents du travail, la récente mission « flash » sur les EHPAD dresse un constat sans appel : « L'organisation du travail est en tension et peut être la source de dégradation importante des conditions d'exercice des métiers de soignants ». La stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail présentée aux représentants des professionnels de santé des établissements sanitaires et médico-sociaux le 5 décembre 2016 a ainsi fixé l'objectif général suivant : « Prendre soin de ceux qui nous soignent ».

Objectifs

L'ensemble des constats posés doit amener à une déclinaison d'actions et de réflexions autour :

- de la sécurité des professionnels (troubles musculosquelettiques (TMS), risques psycho-sociaux (RPS)...),
- du recrutement (ville et rural), de l'absence de candidats,
- des formations (dirigeants, cadres, soignants, avec une innovation nécessaire dans le vecteur de communication choisi...),
- de l'architecture,
- de l'implantation de salles de repos « confortables » et « agréables »,
- de la silver économie, comme un soutien au personnel,
- des documents à compléter et/ou à créer (Projet d'établissement, document unique, chartes, questionnaires internes...),
- de l'absentéisme,
- d'une clarté dans l'organisation du travail,
- de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences,
- d'une démocratie professionnelle effective,
- de la reconnaissance du personnel,
- de la communication interne et de sa circulation...
- de la mise en place d'ateliers à destination des personnels sur la relaxation et la gestion du stress (sophrologie, ateliers déjà modélisés par la Mutualité Française).
- de moyens de repérage d'établissements ou services (la négociation CPOM et les retours des tableaux de bord (TDB)).

La création d'un observatoire régional de la qualité de vie au travail au sein du secteur médico-social apparaît être la réponse adaptée aux enjeux précédemment définis. Il doit favoriser l'émergence d'une intelligence collective au service d'une réflexion alimentant l'observation, le recueil, l'évaluation et la créativité. Cette démarche doit aussi permettre d'identifier les principales familles de tensions du secteur médico-social à l'origine des risques, ainsi que les leviers d'actions possibles.

Il pourra en outre favoriser la création d'un espace de discussion (exemple : yahoo groupes) et d'une plateforme d'échanges des bonnes pratiques à destination des professionnels (SharePoint). Enfin, une journée sur la QVT pourrait, en outre, être organisée annuellement en partenariat avec l'Agence Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ARACT), la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail (ARSAT) et les Organismes Paritaires Collecteurs Agréés (OPCA).

Définition d'une politique régionale d'investissement médico-social

Diagnostic

La politique poursuivie par l'ARS de Corse de renforcement de l'offre de places en établissements et services médico-sociaux doit s'accompagner d'actions visant à la modernisation et à l'adaptation des structures existantes dans un objectif de sécurisation des prises en charge.

L'ARS apporte annuellement aux ESMS une aide publique à l'investissement à travers un soutien en crédits non reconductibles ou l'attribution de plans d'aide à l'investissement (PAI) :

PRS 1	Secteur dépendance	Secteur handicap	Tout secteur
Notification CNR investissements	4 791 944€	4 467 236€	9 259 180€
Dont travaux	2 860 154€	2 750 386€	5 610 540€
PAI	368 924€	113 000€	481 924€
TOTAL	5 160 868€	4 580 236€	9 741 104€

Sur la période du PRS 1, près de 10 millions d'Euros ont été notifiés par l'ARS de Corse aux ESMS pour soutenir des opérations d'investissements dont plus de 6M€ pour des opérations de travaux.

Il ressort que les crédits non reconductibles représentent une modalité de soutien financier fortement privilégiée par les ESMS car répondant à des règles d'attribution moins contraignantes que le PAI. Cependant, si cette procédure a été largement mobilisée pour le financement d'opération d'investissement elle ne concourt pas à une visibilité pluriannuelle et prospective. Il est ainsi primordial que les structures puissent mobiliser l'ensemble des leviers à leur disposition tout particulièrement dans un contexte de disparition progressive des crédits non reconductibles.

Il doit être souligné que les plans d'aide à l'investissement notifiés tant sur le secteur « dépendance » que sur le secteur « handicap » sont systématiquement sous-consommés faute de candidatures ou de dossiers répondant aux exigences de la procédure.

PRS 1	Secteur dépendance	Secteur handicap	Tout secteur
Notification CNSA PAI	1 875 499€	755 912€	2 631 011€
Consommation	368 924€	113 000€	481 924€
% consommation	19.7%	14.9%	18.3%

Sur la période du PRS 1, la Corse a consommé moins de 80% des notifications financières faites par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) dans le cadre des plans d'aide à l'investissement. Cette tendance doit impérativement s'inverser notamment par une meilleure anticipation et programmation des ESMS des opérations d'investissement.

Objectifs

Il existe par conséquent une double priorité : permettre aux ESMS de présenter la meilleure adéquation possible de leur organisation avec les besoins des personnes en perte d'autonomie dont ils ont la responsabilité en mobilisant l'ensemble des leviers existants (financiers, réglementaires...).

Il s'avère donc nécessaire de définir une véritable politique régionale en la matière autour des grands enjeux suivants :

- la transformation de l'offre ;
- le développement de l'offre ;
- la modernisation/adaptation du secteur.

Dans ce cadre, un schéma régional de l'investissement médico-social sera arrêté dans le triple objectif suivant :

- réalisation d'un état des lieux sur la situation immobilière des ESMS de Corse ;
- identification des opérations de transformation, modernisation prioritaires ;
- détermination d'une politique d'allocations de ressources sur l'investissement pluriannuelle et objectivée (CPOM, plan pluri annuel d'investissement).

Ce schéma doit en effet permettre d'instituer une plus grande anticipation des nécessaires investissements à réaliser dans les ESMS et éviter ainsi tout soutien financier dispersé et par conséquent non optimisé.

Renforcement de la spécialisation et de la professionnalisation des prises en charge

En concordance avec l'objectif fixé en matière de QVT, il convient d'accompagner les ESMS afin que leurs personnels bénéficient d'un plan de formation continue.

Ainsi, au sein de chaque ESMS un travail qualitatif prospectif doit être réalisé pour définir des plans de formations pluriannuels permettant de renforcer les compétences et qualités professionnelles de chacun. Les thématiques retenues devront être en cohérence avec les orientations régionales qualitatives mentionnées ci-dessous. L'existence et l'évaluation de ces plans de formation seront un préalable nécessaire à tout soutien de l'ARS pour le financement des formations et/ou le remplacement des personnels concernés à travers la signature de CPOM.

Par ailleurs, les prises en charges organisées au sein des ESMS devront se spécialiser. Dans ce cadre, les établissements et services médico-sociaux doivent organiser à travers leur projet d'établissement des modalités d'accompagnement respectueuses des recommandations et bonnes pratiques professionnelles édictées par les autorités compétentes (TSA, Alzheimer, bientraitance...).

Le dispositif de contractualisation désormais réglementairement obligatoire pour l'ensemble des établissements et services médico-sociaux des secteurs dépendance et handicap, permettra de déterminer sur la base de diagnostics individuels des objectifs d'amélioration sur les thématiques suivantes :

➤ **Secteur dépendance (EHPAD) :**

- bientraitance et maltraitance
- prévention perte autonomie : axée sur la nutrition et la prévention des chutes
- Prévention et gestion du risque infectieux épidémique
- sécurité et qualité des prises en charge médicamenteuses
- accompagnement et prises en charge des maladies neuro-dégénératives (MND)
- Prévention de la légionellose et gestion des Déchets Associés aux Soins et aux Risques Infectieux (DASRI)
- accompagnement et prises en charge des soins complexes et de la fin de vie
- évolution et adaptation des modalités de prise en charge aux besoins du micro-territoire

➤ **Secteur handicap :**

- spécialisation des prises en charge
- gestion des comportements-problèmes (dont sexualité, situations de crises...)
- accompagnement et inclusion sociale
- prévention perte autonomie : accès aux soins somatiques, nutrition, éducation thérapeutique
- gestion des troubles associés et risque vital
- supervision des pratiques

Les exigences inhérentes au renforcement de la qualité de la prise en charge nécessitent, outre l'effectivité de plans de formation dynamiques et pluriannuels, la mise en œuvre d'une véritable gestion prévisionnelle des emplois et des compétences répondant aux enjeux d'organisations médico-sociales nouvelles ou innovantes pouvant s'articuler autour des objectifs suivants :

- en lien avec la Collectivité de Corse et les acteurs de la formation professionnelle, engager une réflexion visant à la définition d'un plan d'actions ciblé dans le cadre du futur schéma régional des formations sanitaires et sociales, sur les besoins en compétences insuffisamment disponibles sur le territoire : aide-soignante, assistant de soins en gérontologie (ASG), orthophoniste, neuropsychologue, ergothérapeute...

- soutenir aux côtés des institutions compétentes la définition et la mise en œuvre d'un plan de communication visant à valoriser les formations sanitaires et sociales ;
- développer les partenariats avec les OPCA pour favoriser les formations et les développements professionnels continus (financements CNSA) ;
- soutenir l'accueil et l'intégration de stagiaires dans le fonctionnement des ESMS.

La gestion des risques en ESMS à travers le signalement des événements indésirables graves (EIG)

Diagnostic

Afin de renforcer la protection des personnes âgées et/ou en situation de handicap accueillies dans les ESMS, l'article 161 de la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 apporte pour la première fois une base législative et réglementaire au signalement d'événements indésirables dans ce secteur.

Il existe désormais une obligation légale pour les ESMS d'informer sans délai les autorités administratives compétentes (agence régionale de santé et Collectivité de Corse), dans les situations suivantes :

- dysfonctionnement grave dans leur gestion ou leur organisation, susceptible d'affecter la prise en charge des usagers, leur accompagnement ou le respect de leurs droits ;
- survenue d'un événement ayant pour effet de menacer ou de compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes prises en charge ou accompagnées.

La prévention de la survenue d'un événement et le signalement d'un dysfonctionnement font partie intégrante d'une démarche de gestion des risques qui doit impérativement s'inscrire dans une démarche d'amélioration continue de la qualité dont l'évaluation est une obligation inscrite dans la loi du 2 janvier 2002.

Le dispositif de signalement des EIG doit donc être prioritairement perçu comme un dispositif de vigilance. Il importe donc que les ESMS intègrent que le signalement ne se réalise pas exclusivement en situation de crise et se dotent d'un protocole interne de traitement des événements.

Tout l'enjeu réside effectivement dans le fait que l'EIG ne puisse se renouveler ce qui nécessite de la part de l'établissement une analyse des risques et la détermination d'actions correctives de fond (exemple : les problématiques de sexualité au sein des ESMS pour personnes en situation de handicap) ; le traitement d'un EIG ne relevant de la responsabilité d'un seul individu et l'origine des EIG étant le plus souvent multifactorielle (organisation, procédures de soins, matériels ...).

Dans le cadre de ses missions de veille sanitaire, l'ARS doit être informée de la survenue de ces EIG et des mesures engagées pour leur traitement et empêcher leur renouvellement ; les signalements concourent à alimenter un système de veille et de surveillance spécifiques afin d'apporter une réponse proportionnée à une situation ou un incident par ou avec l'établissement. En outre, le signalement permet à l'ARS d'être informée des difficultés rencontrées par les ESMS et donc de définir un meilleur appui aux ESMS notamment dans le cadre d'un traitement coordonné avec la Collectivité de Corse pour les structures sous autorisation conjointe.

Le signalement d'un EIG ne déclenchera pas nécessairement une inspection de la structure ; l'ARS faisant le choix de déployer une série de mesures graduées pour comprendre les dysfonctionnements rencontrés et améliorer les organisations en place. Cependant, la réalisation d'une inspection aide à analyser en profondeur les dysfonctionnements à l'origine de l'évènement avec la définition des mesures correctives à engager. En la matière, l'ARS dispose d'une cartographie des risques lui permettant d'engager de manière opportune une inspection des ESMS quand :

- l'évènement signalé à travers la description des faits laisse supposer un manquement, une négligence, voire une volonté de nuire de la part d'un professionnel ou des incohérences qui semblent dissimuler des faits graves autres ;

- l'étude du dossier de l'établissement ou de la structure montre : la récurrence de l'évènement indésirable, l'existence de réclamations graves de patients ou de professionnels, la formulation de constats graves dans des rapports d'inspections antérieurs qui remettent en cause la sécurité des patients et/ou des professionnels ;
- les propositions de mesures correctives sont absentes ou paraissent inadaptées ou insuffisantes notamment en cas d'absence d'organisation de retour d'expérience dans l'établissement ou le service.

Objectif opérationnel N°9 : soutenir les ESMS dans une amélioration continue de la qualité de prise en charge des personnes âgées et des personnes en situation de handicap

Action N°1 : création d'un observatoire de la qualité de vie au travail sur le secteur médico-social

- Limiter le taux d'absentéisme au sein des ESMS
- Limiter le turn over des personnels de prise en charge au sein des ESMS

Action N°2 : soutenir une politique d'investissement du secteur médico-social permettant l'organisation de prises en charge adaptées et optimisant les financements.

- Assurer dans le temps l'adaptation des établissements aux besoins des personnes âgées et des personnes en situation de handicap prises en charge
- Prioriser les actions d'investissement selon le type d'opération
- Soutenir les ESMS dans la détermination d'une politique pluriannuelle d'investissement favorisant l'efficience

Action N°3 : renforcer la spécialisation et la professionnalisation des prises en charge à travers une politique de formation (continue et initiale).

- Soutenir la définition et la mise en œuvre au sein de chaque organisme gestionnaire d'un plan pluriannuel de formation
- Permettre à chaque personnel d'ESMS de disposer d'une formation continue concourant au déploiement de prises en charge adaptées
- Assurer une juste adéquation entre l'offre régionale de professionnels et les besoins régionaux de prise en charge

Action N°4 : développer une politique de gestion des risques au sein des ESMS :

- disposer d'une visibilité au niveau régional de l'état des risques au sein des ESMS ;
- aider les ESMS à développer une véritable culture de prévention et de gestion des risques

Indicateurs de suivi :

- ✓ taux d'absentéisme dans les ESMS
- ✓ taux d'accidents du travail
- ✓ taux de vétusté des ESMS
- ✓ évolution des réserves d'investissement (fonds de roulement d'investissements (FRI))
- ✓ taux de consommation des PAI
- ✓ part des ESMS disposant d'un plan de formation pluriannuelle
- ✓ part des ESMS accueillant des stagiaires
- ✓ part de personnels médico-sociaux bénéficiant chaque année de formations continues
- ✓ nombre d'EIG déclarés annuellement
- ✓ nombre d'inspections/contrôles réalisés suite à déclaration d'EIG

2.4 La continuité des parcours de prise en charge à travers l'appréhension et le traitement anticipé des situations individuelles complexes

L'exigence portée par le PRS 2 d'assurer la continuité des parcours de prise en charge des personnes âgées et des personnes en situation de handicap précédemment détaillée en termes de structuration de l'offre (renforcement, graduation, intégration et inclusion) nécessite également d'asseoir une organisation régionale permettant d'anticiper et de traiter les situations individuelles dites complexes découlant généralement de :

- l'absence, l'insuffisance ou l'inadaptation de l'offre de prise en charge dans le parcours de soins et d'accompagnement de la personne ;
- des modalités de coopération et de coordination insuffisamment efficaces ne favorisant pas une appréhension globale des besoins spécifiques ;
- l'existence d'un handicap rare induisant des modalités de prise en charge spécifiques.

Généralisation du projet personnalisé individuel (PPI) : approche globale et intégrée

Diagnostic

Introduit par la loi du 2 janvier 2002, le PPI consiste à proposer à chaque personne, sous réserve de son consentement, un accompagnement spécifique et adapté favorisant son développement, son autonomie et son insertion selon son âge, ses besoins et ses attentes. Le PPI s'impose à tous les ESMS. Cet outil permet également à chaque professionnel de bien appréhender la personne dans sa globalité et ainsi d'apporter des réponses individualisées et réévaluées. L'élaboration puis l'évaluation d'un PPI ne sont pas encore systématiquement organisées au sein des ESMS.

L'individualisation de la réponse apportée aux besoins des personnes prises en charge, à travers une co-construction avec l'intéressé et/ou ses proches, favorise des accompagnements de qualité et concourt à limiter les ruptures de parcours à travers une anticipation des situations à risques (exemple : âges clés). Ce manque d'anticipation dans l'accompagnement des personnes a été souligné par le Rapport PIVETEAU et peut trouver une réponse à travers une juste utilisation du PPI.

Il importe donc que chaque projet d'établissement intègre la systématisation de cet outil et assure son application opérationnelle ; cela implique que la démarche de construction, de suivi et de réévaluation des PPI soit structurée au sein de l'organisation dans le cadre d'une démarche qualité. Les CPOM permettront d'assurer la mise en œuvre de cette orientation.

Améliorer l'accès aux soins et à la Santé des personnes en situation de dépendance

Diagnostic

L'accès aux soins somatiques des personnes en situation de dépendance est une problématique soulevée de manière récurrente par les associations d'usagers et les dirigeants d'ESMS.

En effet, pour ce qui concerne les personnes en situation de handicap : si celles-ci relèvent du système de droit commun pour l'ensemble de leurs soins, il est constaté des difficultés d'accès et de continuité des soins courants induisant des prises en charge inadaptées et des ruptures du parcours de santé voire de renoncement aux soins.

Concernant les personnes âgées, des hospitalisations inadéquates sont encore trop régulièrement signalées. L'impact sur les personnes âgées de ces hospitalisations induit l'émergence de comorbidités importantes qui doivent être limitées.

Objectifs

➤ Secteur Dépendance :

Il importe de pouvoir accompagner les EHPAD dans l'évaluation de la personne âgée et des moyens à mobiliser afin d'éviter le recours à une hospitalisation qui ne s'avèrerait pas nécessaire. Pour ce faire, l'ARS étudiera des modalités organisationnelles permettant de structurer les échanges entre les services hospitaliers et les EHPAD par l'intervention de personnel infirmier spécialisé en gériatrie. En outre l'organisation des prises en charge la nuit au sein des EHPAD fera également l'objet d'une évaluation pour déterminer le meilleur niveau de réponse possible, notamment pour tout ce qui a trait à l'accompagnement en fin de vie. Enfin, les coordinations d'aval entre le sanitaire et le médico-social seront favorisées et encouragées hospitalisation à domicile, équipe mobile de soins palliatifs. Ces axes de réflexions seront intégrés systématiquement dans le cadre de contractualisation réglementairement en vigueur pour ces établissements.

➤ Secteur Handicap :

L'ARS s'est engagée depuis 2016 dans la structuration de 2 dispositifs de consultations dédiées prioritairement orientés sur les soins bucco-dentaires sur la base des principes généraux suivants :

- logique de subsidiarité : offre complémentaire pour certaines situations complexes ;
- réponse à des besoins non couverts ou difficilement couverts des personnes en situation de handicap pour des soins somatiques non liés au(x) handicap(s) ;
- coordination des prises en charge et des soins : formation des professionnels de santé, coordination avec secteur médico-social (en amont notamment), articulation médecin traitant.

Ces dispositifs permettent à travers leur conception et leur organisation une juste appréhension des obstacles existants pour l'accès aux soins des personnes en situation de handicap ne pouvant bénéficier d'une prise en charge en « milieu ordinaire » : obstacles liés à la personne (âge, handicap...), aux professionnels de santé (information, formation, coordination), à l'environnement et aux types de soins nécessaires.

Cette dynamique doit être poursuivie pour un déploiement effectif de ces dispositifs sur les 2 pôles urbains ainsi qu'une ouverture à d'autres spécialités. Elle doit être complétée par :

- des actions de sensibilisation, de formation et d'information des professionnels de santé quant aux paramètres nécessaires à la prise en charge de situations complexes ;
- la mise en œuvre d'une coordination systématique avec le secteur médico-social ;
- une généralisation à l'ensemble des établissements et services de santé pour une meilleure accessibilité sur le territoire corse ;
- l'intégration impérative d'une logique de prévention et d'éducation à la santé afin de limiter le recours aux soins curatifs.

Organiser des réponses de prise en charge médico-sociales souples et modulaires pour les personnes en situation de handicap

Diagnostic

Dans le cadre du PRS 1, un rattrapage des taux d'équipement avait été priorisé au regard de l'offre médico-sociale disponible. Cette offre, si elle doit encore être renforcée comme indiqué précédemment, doit également faire l'objet d'évolution et de transformation lui permettant de passer d'une logique de places à une logique de parcours afin d'éviter les ruptures de prise en charge, les inadéquats (notamment en termes d'hospitalisation).

Objectifs

Ainsi, l'analyse des situations individuelles critiques relève le plus souvent d'une nécessité accrue de souplesse dans l'organisation des réponses notamment médico-sociales à mettre en œuvre autour des besoins de la personne en situation de handicap. Le PRS 2 doit donc permettre de développer l'ensemble des actions permettant de tendre vers le « zéro personne » en situation de handicap sans solution d'accompagnement.

Pour ce faire, les actions suivantes précédemment évoquées seront priorisées :

- évolution des agréments : harmonisation, assouplissement ;
- amélioration en continu de la qualité des accompagnements en favorisant l'adaptation des organisations et des pratiques professionnelles : articulation médico-social/sanitaire, innovations organisationnelles favorisant la définition de réponses d'accompagnement souples et modulaires (intégration dans le CPOM), soutenir le développement de systèmes d'information des ESMS pour faciliter les parcours ;
- développement de dispositifs souples et modulaires favorisant notamment des allers-retours entre les différentes structures (dispositifs intégrés à généraliser au-delà des dispositifs ITEP) mais également entre le milieu ordinaire et l'institutionnel ;
- organiser et promouvoir la complémentarité des réponses de tous les acteurs à travers une juste appréciation des besoins des personnes : évaluation des inadéquats, évaluation multidimensionnelle des personnes...

Ces actions doivent permettre d'anticiper les difficultés pouvant induire des ruptures de prise en charge et la gestion de situations complexes.

Par ailleurs, il conviendra de définir et mettre en œuvre une organisation régionale structurée et interinstitutionnelle dans le cadre de la démarche « réponse accompagnée pour tous » (RAPT) qui présente 4 axes :

- mise en place d'un dispositif d'orientation permanent en vue de la définition de plan d'accompagnement global (PAG) selon une approche territorialisée accrue et une organisation régionale opérationnelle (groupe opérationnel de synthèse, ...) ;
- déploiement d'une réponse territorialisée accompagnée pour tous : mise en évidence de l'offre disponible, l'état des besoins et des manques, améliorer l'évaluation des inadéquations existantes entre les solutions prescrites et celles réalisées pour guider les stratégies d'évolution de l'offre, mise en cohérence des politiques régionales et territoriales en faveur des personnes en situation de handicap dans un objectif d'assouplissement des dispositifs favorisant la continuité et l'adaptation des prises en charge, identifier et organiser par micro-territoire des panels de réponses diversifiées et modulaires, renforcer la coopération sanitaire/médico-sociale ;
- création d'une dynamique d'accompagnement et de soutien par les pairs : développement d'actions de pair-aidance, renforcement des actions d'information et de formation en direction des pairs ;
- accompagnement au changement des pratiques : intégration et information des acteurs opérationnels quant aux modalités de déploiement de RAPT retenues, développement d'actions de formation à l'attention des professionnels, soutien à la mise en œuvre de supervision des pratiques, intégration de la démarche RAPT dans les CPOM. L'ensemble de ces actions est complémentaire à une adaptation des réponses des établissements à l'évolution des besoins.

Préalablement au déploiement de ces axes, il conviendra de structurer une gouvernance régionale partagée rassemblant l'ensemble des acteurs concernés : mise en place d'un COFIL (ARS, Collectivité de Corse, MDPH, Education Nationale, DIRECCTE, CPAM...), définition d'un plan d'actions régional de déploiement de la démarche à l'échelle territoriale à travers des outils d'observation, de pilotage et de suivi.

L'ensemble de ces mesures concourra en outre à améliorer la performance de notre système de santé à travers une réponse aux 3 enjeux principaux définis par l'organisation mondiale de la santé (OMS) :

- améliorer l'état de santé de la population ;
- répondre aux attentes des personnes et des acteurs du système, et améliorer la qualité des prises en charge ;
- assurer un financement équitable et soutenable en utilisant aux mieux les ressources limitées.

Enfin, ces nouvelles modalités de prise en charge (réponse territorialisée accompagnée pour tous) compléteront l'organisation mise en œuvre en matière de handicaps rares. (Cf. chapitre 3 du titre II . La prise en charge des maladies et handicaps rares).

Objectif opérationnel N°10 : développer une stratégie régionale de gestion et d'anticipation des situations individuelles dans un objectif réaffirmé de continuité des parcours

Action N°1 : organiser des modalités de prise en charge individualisées.

- généraliser la mise en œuvre des projets personnalisés individuels ;
- soutenir les supervisions de pratiques professionnelles.

Action N°2 : organiser une accessibilité aux soins somatiques en limitant les hospitalisations.

- poursuivre le déploiement des dispositifs de consultations dédiées ;
- Déployer une organisation coordonnée sanitaire/médico-sociale limitant le nombre d'hospitalisations.

Action N°3 : organiser des modalités d'accompagnement et de prise en charge modulaires dans une dynamique de continuité des parcours pour les personnes en situation de handicap.

- organiser le passage d'une logique de place en une logique de parcours : optimisation de l'offre médico-sociale ;
- déploiement du dispositif RAPT : pilotage, suivi, Pôle de Compétences et de Prestations Externalisées (PCPE), Projet d'Accompagnement Global (PAG)...

Indicateurs de suivi

- ✓ taux de PPI formalisé et réévalué annuellement au sein de chaque ESMS
- ✓ nombre de dispositifs de consultations dédiées déployés
- ✓ nombre de personnes en situation de handicap prises en charge annuellement au sein des dispositifs de consultations dédiées
- ✓ part des CPOM des établissements de santé intégrant un objectif visant à favoriser l'accès aux soins des personnes en situation de handicap

Chapitre 3 : la prise en charge des maladies et handicaps rares

Une maladie rare touche un nombre restreint de personnes. La rareté est définie selon la législation européenne par une prévalence inférieure à un seuil de 5 pour 10 000 ou 1 pour 2000. 80% des maladies rares sont d'origine génétique. A ce jour 8000 maladies rares sont identifiées. 97% des malades sont sans traitement.

Les maladies rares ont été décrites dans la littérature scientifique internationale chez au moins deux patients confirmant une association non fortuite de signes cliniques.

Un nom principal est attribué, un identifiant unique le numéro ORPHA est attribué de façon aléatoire. Cet identifiant n'est jamais réutilisé et il est stable dans le temps. Avec l'évolution des connaissances scientifiques, l'inventaire est mis à jour.

Toutes les maladies rares n'ont pas des conséquences en termes de handicaps rares. Elles peuvent en effet développer des conséquences invalidantes qui doivent trouver leurs réponses dans l'offre institutionnelle médico-sociale de droit commun. A contrario, 30% des handicaps rares sont liés à une maladie rare diagnostiquée ou un syndrome rare non étiqueté.

Diagnostic

Les maladies rares, au plan épidémiologique, présentent un début précoce dans la vie, **deux fois sur trois, avant 2 ans, 2/3** sont graves, chroniques et évolutives souvent à l'origine de handicaps intellectuels moteurs ou sensoriels. Le pronostic vital est mis en jeu dans la moitié des cas, les maladies rares sont à l'origine **de 35 % des décès avant l'âge de 1 an**, 10 % entre 1 et 5 ans et 12 % entre 5 et 15 ans.

La prévalence est de **4 à 5 %** (3 millions en France), **un malade sur deux** est sans diagnostic. L'errance diagnostic est variable selon les sources mais sur sa fourchette basse estimée à 4 ans. Pourtant une prise en charge adaptée permet souvent d'améliorer la survie et la qualité de vie des personnes malades et de leur entourage.

Malgré des difficultés de recensement, des données de consultations pour maladies rares de patients résidant en Corse ont pu être collectées, ces données sont reprises dans le tableau ci-joint :

	Consultations/an	Consultations patients corses/an
Centre de référence Anomalies du développement	1626	50
Centre de référence Maladies neuro-musculaires	5554	100
Centre de référence Maladies métaboliques	1007	ND
Centre de référence Thalassémies	1108	ND
Centre de référence Maladies de l'hypophyse	3000	150
Centre de référence Hémophilie	1500	ND
Centre de référence Hernie diaphragmatique	ND	ND
Centre de référence Maladies plaquettaires	1500	ND
Tumeurs endocrines malignes	ND	ND
TOTAL	15295	450 à 500

Si on s'accorde que la Corse représente 6% de la population PACA, on pourrait s'attendre à 917 consultations en appliquant les 6% au nombre de consultations par an en PACA soit 15 295.

Dans ce contexte, une structuration de la prise en charge a été initiée puis confortée par deux plans successifs. Le Plan National des Maladies Rares (PMRR) 2005-2008 a prévu le maillage national des Centres de référence (CRMR) et de compétences (CCMR), la mise en place d'outil d'information des professionnels et des malades et l'aide à la recherche (groupement d'intérêt scientifique –GIS - Institut Maladies Rares).

Le deuxième PNMR de 2011-2016 a permis la création de la Fondation Maladies Rares , la création et labellisation des filières santé maladies rares (FSMR) et l'amplification des coopérations européennes et internationales. Un troisième plan est en cours d'élaboration.

Ainsi 23 filières maladies rares ont été labellisées pour 5 ans.

Les 2 objectifs principaux des FSMR sont de :

- favoriser la lisibilité de l'organisation mise en place pour la prise en charge des maladies rares et, ainsi, de faciliter l'orientation des patients et des professionnels ;
- décloisonner cette organisation pour coordonner l'expertise et créer une continuité d'action entre les structures et les acteurs sanitaires (sociaux, médico-sociaux,) pour un accompagnement global des personnes.

Elles constituent un réseau pour instaurer des synergies et coordonner les acteurs des maladies avec un rôle dans la formation et l'information, la coordination de la recherche y compris au niveau européen et international.

Les FSMR n'organisent pas la prise en charge individuelle des patients, qui reste du ressort des CRMR qui leur sont rattachés. La structuration minimale requise d'une FSMR est de fédérer au moins 3 CRMR afin de disposer d'une masse critique suffisante de patients, de données et d'acteurs pour susciter et conduire des travaux nationaux.

Les Centres de Référence Maladies Rares (CRMR), tête de pont de la prise en charge, sont constitués d'équipes médicales hautement spécialisées. Ils facilitent le diagnostic et définissent une stratégie de prise en charge thérapeutique, psychologique et d'accompagnement social pour les patients. Ils développent la formation et l'information des professionnels de santé, des malades et des familles. Ils définissent et diffusent les protocoles de prise en charge HAS et UNCAM. Ils coordonnent les travaux de recherche et la surveillance épidémiologique de Santé Publique France. Ils animent et coordonnent les réseaux de correspondants sanitaires et médico-sociaux.

Les Centres de Compétence Maladies Rares (CCMR) représentent le maillon de proximité. Ils participent au diagnostic et mettent en œuvre le traitement en lien avec le CRMR et les acteurs de proximité.

Une banque nationale de données cliniques et sans doute à terme biologiques et thérapeutiques sur les maladies rares (BNDMR) à partir des données recueillies dans les centres de référence et de compétence et à partir des registres de maladies a été créée.

Concernant le handicap rare, le schéma interrégional des handicaps rares a mis en place une Equipe Relais du handicap rare (ERHR) PACA /Corse. L'ERHR intervient en mobilisant l'ensemble des acteurs de santé autour des situations de handicap rare (repérage des situations, conseils auprès des professionnels, appui à la formation, l'information et la connaissance) et constitue une interface entre les ressources spécialisées (4 Centres Nationaux de ressources du Handicap Rare) et le niveau local.

L'ARS de Corse a fait le choix de procéder à la mise en place de 2 gestionnaires de cas implantés ERHR au niveau local qui permet la mise à disposition de compétences spécifiques nécessaires à l'identification et l'accompagnement des personnes en situation de handicap rare et ainsi d'éviter les ruptures de parcours.

Une convention liant l'ARS de Corse avec l'ARS PACA et le gestionnaire de l'équipe relais ouvre également des perspectives d'accès aux corses aux structures de prises en charge présentes en PACA. Cette organisation doit pouvoir être renforcée afin d'apporter sur l'île un niveau d'expertise sur les handicaps rares adapté aux besoins tout en organisant les nécessaires liens avec les centres experts du continent pour les situations les plus complexes.

Dans ce contexte national, la Corse doit se structurer afin de pouvoir consolider les liens avec les centres de compétences et de références maladies rares présents en PACA pour permettre une lisibilité de la filière et faciliter l'orientation des patients pour vaincre les errances de parcours, accompagner et soutenir les malades et leurs familles et assurer une équité de prise en charge.

Certes le nombre de patients présentant une maladie et ou handicap rares est faible ce qui de facto entraîne un faible nombre de professionnels de santé concernés par ces prises en charge au cours de leur vie professionnelle, toutefois l'évolution de la médecine personnalisée et l'innovation dans le traitement des maladies rares doivent imposer cette filière comme prioritaire pour éviter une perte de chance à ces patients et des difficultés aux familles concernées.

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

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

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

Il s'agit de permettre un repérage précoce et une prise en charge graduée en lien avec les centres de références et de compétences PACA. La formation des professionnels de santé et leur information ainsi que celle des usagers s'intégreront dans cet objectif.

Trois objectifs opérationnels découlent de ce processus selon les phases de prise en charge :

- le repérage et la confirmation du diagnostic ;
- la prise en charge ;
- la coordination entre les différents niveaux de prise en charge : proximité, les établissements de santé recours insulaires et les centres hyperspécialisés de la région PACA.

Objectif opérationnel N°1 : éviter l'errance du diagnostic.

L'errance diagnostic est variable selon les sources mais sur sa fourchette basse elle est estimée à 4 ans.

Un questionnaire en ligne a permis de recenser un certain nombre d'informations auprès des professionnels de santé (médecins généralistes répondeurs à l'enquête) sur ces maladies et leur prise en charge.

Action N°1: développer les consultations avancées pluri professionnelles si nécessaires sur les centres hospitaliers d'Ajaccio et de Bastia en capitalisant l'expérience acquise sur les consultations avancées pour les maladies neuro musculaires :

- par la signature de conventions avec l'Assistance publique des hôpitaux de Marseille,
- en organisant mieux la préparation des consultations avancées,
- en nommant un coordonnateur dont le profil devra être défini en lien avec les équipes médicales dans chaque établissement de santé public (centres hospitaliers d'Ajaccio et Bastia).

Action N° 2: nécessité de graduer les explorations entre le niveau local et les centres de compétences en lien avec les équipes des centres.

Action N°3 : consolider l'expertise de génétique sur l'île soit en s'appuyant sur des compétences locales soit par mise à disposition de temps de conseils génétiques par les centres de référence. Ce temps devra être ajusté aux besoins des patients et des familles.

Objectif opérationnel N° 2 : assurer une prise en charge graduée.

Lors des échanges avec les équipes locales et les équipes de la région PACA , trois nécessités sont apparues : identifier les ressources de proximité pour la prise en charge des patients , accompagner les formations des professionnels de proximité médicaux et paramédicaux et avoir un point focal au sein de chaque structure référente centres hospitaliers d'Ajaccio et de Bastia pouvant orienter au mieux dans la filière.

Les domaines de synergie possibles entre les deux plans maladies rares et handicap rares sont : la connaissance des situations rares et l'information des familles et des professionnels, les liaisons entre centres de référence et

d'expertises médicaux et médico-sociaux et la réponse adaptée aux besoins spécifiques de l'utilisateur et le soutien aux aidants afin d'éviter toute rupture de parcours.

Action N° 1 :

- recueillir auprès des URPS (médecins, IDE, kinésithérapeutes et orthophonistes) les difficultés et les besoins des professionnels de santé ;
- institutionnaliser des journées de formation maladies rares spécifiques au profit des professionnels de santé et des usagers en s'appuyant sur les équipes des centres de références.

Action N°2 : s'appuyer sur un point focal au sein de structures hospitalières insulaires afin d'orienter au mieux les usagers. Ce point focal pourra s'appuyer sur les temps de coordonnateur prévu à l'action 1 du précédent objectif.

Action N°3 : renforcer l'ERHR au niveau local pour que les gestionnaires de cas puissent assurer leur mission d'information, de sensibilisation et d'appui auprès des professionnels de santé et du médico-social par l'augmentation du temps d'intervention des gestionnaires de cas.

Objectif opérationnel N° 3 : faciliter la coordination par la circulation de l'information.

Action N° 1 : assurer une circulation de l'information en intégrant les thématiques maladies rares dans les composantes des Plateformes Territoriales d'Appui et lors du déploiement des Systèmes Numériques d'Appui à la Coordination.

Indicateurs de suivi :

Objectif opérationnel 1 :

- ✓ nombre de consultations.
- ✓ nombre de patients référencés dans la BNDMR

Objectif opérationnel 2 :

- ✓ nombre de formations réalisées.
- ✓ nombre de personnes suivies par les gestionnaires de cas

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

Le parcours de santé peut se définir comme « l'histoire de santé » des personnes sur un territoire résultant de facteurs déterminants que sont le mode de vie, l'éducation, l'activité professionnelle, l'environnement social ou économique, le logement.

Les objectifs de l'approche « parcours » peuvent être résumés comme suit : faire en sorte qu'une population reçoive les bons soins par les bons professionnels, dans les bonnes structures, au bon moment.

Si le parcours d'une personne est unique, à l'échelle d'une population on peut repérer et organiser des typologies de parcours cohérents et anticiper les ressources nécessaires à leur réalisation. Cet objectif d'efficience est imposé notamment par la progression du nombre de malades chroniques. Il nécessite une évolution de notre système de santé, historiquement centré sur le soin, vers une prise en charge plus globale des individus.

L'organisation des parcours repose notamment sur l'intervention coordonnée d'acteurs du système de prévention, du soin, des services et d'établissements médico-sociaux et sociaux, des collectivités territoriales, des services de l'Etat, des organismes de protection sociale, des associations de promotion de la santé et de l'utilisateur lui-même.

En Corse, cinq parcours de santé sont prioritaires :

- Le parcours bien vieillir,
- le parcours santé des enfants et des adolescents,
- le parcours santé mentale (dont addictologie),
- le parcours cancer,
- les maladies chroniques et le parcours diabète.

Chapitre 1 – Le parcours Bien Vieillir

Le vieillissement est un véritable défi pour la société qui doit réfléchir à la meilleure façon de s'adapter pour permettre à tous de profiter de ce formidable progrès qu'est l'allongement de l'espérance de vie. Depuis la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, le « bien vieillir » constitue un objectif majeur des politiques publiques sur le grand âge. Le parcours « Bien vieillir » représente un enjeu particulièrement important pour la Corse qui possède une population vieillissante et particulièrement fragilisée sur le plan économique.

Le relief montagneux et la ruralité importante de la Corse contribuent à l'isolement des personnes âgées et génèrent des difficultés d'accès aux soins. La solidarité intergénérationnelle, de famille et de voisinage est un atout réel en Corse, qui ne pourra cependant pas combler le choc démographique annoncé, lié à la fois à l'évolution défavorable de la pyramide des âges insulaire et à la baisse de la démographie médicale sur les 10 ans à venir qui touche aussi bien les médecins généralistes que spécialistes.

La construction d'un plan d'actions « Bien Vieillir » s'est appuyée sur des groupes de travail thématiques ou territoriaux, ainsi que sur les travaux engagés dans le cadre du programme PAERPA (Parcours des Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie) ou des conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie.

La stratégie nationale de santé pose comme principe la nécessaire complémentarité des secteurs de l'offre sanitaire et médico-sociale, la coordination des interventions et l'anticipation des points de rupture constituant des conditions indispensables à l'amélioration de la qualité des soins, de la montée en compétence des professionnels et de la performance du système de santé.

Ce chapitre abordera également le volet des unités de soins de longue durée (USLD).

Diagnostic

La population âgée en Corse

La Corse comprend 327 000 habitants dont 94 136 ont 60 ans et plus (28,5 % de la population contre 24,9 % pour la France entière) et parmi eux 35 458 ont 75 ans et plus (10,7 % de la population contre 9,1 % pour la France entière)⁷.

Parmi les personnes de 60 et plus, 51 164 sont des femmes (54,4 %) et 42 972 sont des hommes (45,6 %).

Parmi les personnes de 75 et plus, 20 905 sont des femmes (59 %) et 14 553 sont des hommes (41 %).

En Corse, en 2014, l'espérance de vie à la naissance est de 79,9 ans pour les hommes, plus élevé que le taux national (79,3 ans) et de 85,4 ans pour les femmes, identique au national.

L'indice de vieillissement (rapport de la population des 65 ans et plus sur celle des moins de 20 ans) est de 107 en Corse pour une moyenne nationale de contre 72,2.

La Corse sera la région de France métropolitaine qui connaîtra le plus fort vieillissement de sa population avec un accroissement de 1,9 % par an des plus de 65 ans et un accroissement de leur proportion par rapport aux jeunes.

Les plus de 65 ans seront 2 fois plus nombreux en Corse en 2050 par rapport à 2013 soit 133 500 personnes représentant 34,6 % de la population (contre 27,3 % en moyenne nationale).

Les plus de 75 ans seront 2,5 fois plus nombreux en 2050 soit 82 700 personnes représentant 21,4 % de la population (contre 16,4 % en moyenne nationale).

Il y aura 8 fois plus de centenaires en 2050 qu'en 2013.

Précarité des personnes âgées

La Corse représente la région métropolitaine la plus pauvre et la plus inégalitaire. Les personnes âgées sont particulièrement exposées à cette pauvreté monétaire (le seuil de pauvreté représente 60% du revenu médian soit 1008 euros par mois en 2016) : quand le référent du ménage a 65 ans ou plus le taux de pauvreté est le double de la moyenne nationale (18,9 % contre 9,3 %).

⁷ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1893198> (estimations INSEE au 1er janvier 2016)

10,8 % des plus de 65 ans en Corse sont au minimum vieillesse contre 3,3 % en moyenne pour la France métropolitaine.

Lieu de vie et isolement des personnes âgées

En Corse, 27 % des plus de 65 ans vivent seuls. Cette situation s'accroît avec l'âge puisqu'elle concerne 23 % des 65-79 ans et 36 % des 80 ans et plus. Cet isolement familial des personnes âgées est le plus faible des régions métropolitaines.

Les personnes âgées vivent principalement dans des logements du parc privé et sont propriétaires. Cependant, leurs logements ne sont globalement pas suffisamment adaptés aux besoins des personnes en perte d'autonomie ou présentant un risque : en milieu urbain ils sont souvent trop grands avec des charges trop importantes et sans ascenseur ; en milieu rural, il s'agit principalement de petites maisons étroites organisées sur plusieurs étages difficiles à aménager.

3,2 % des plus de 65 ans soit environ 2300 personnes vivent en établissements de santé ou établissements médico-sociaux. Ce taux monte à 7,5 % pour les 80 ans et plus⁸.

Dépendance des personnes âgées

Les personnes âgées de Corse se distinguent par des taux de dépendance particulièrement élevés : 11,2 % des 60 ans et plus sont bénéficiaires de l'aide personnalisée à l'autonomie (APA) contre 7,7 % en moyenne nationale. La proportion de personnes ayant l'APA augmente considérablement avec l'avancée en âge : les 85 ans et plus représentent plus de la moitié des allocataires.

En 2015, 232 personnes ont bénéficié d'un plan d'actions personnalisé (PAP) en Corse. C'est un dispositif de conseil, d'aide financière et matérielle versé par la CARSAT Sud-Est. En fonction du degré de fragilité évalué, un ensemble de services et de prestations est proposé afin de répondre de façon adaptée aux besoins.

Constat après le PRS1 (points forts et points faibles)

Les actions de prévention et promotion de la santé

- Les contrats locaux de santé

10 contrats locaux de santé ont été signés (Cf. titre I – chapitre 4) pour lesquels les actions retenues portent notamment sur des mesures de prévention des effets liés au vieillissement et des thèmes connexes : lutte contre l'isolement, aide aux aidants, mesures d'aide à la mobilité, de maintien de la vie sociale.

- L'éducation thérapeutique du patient

La mise en place de programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) qui concerne spécifiquement le grand âge : « Prévention des chutes et maintien du bien-être des personnes âgées » autorisé au pôle de santé de Cargèse. D'autres programmes d'ETP concernent des pathologies chroniques dont peuvent être atteintes certaines personnes âgées (cardiopathie, diabète, accident vasculaire cérébral...).

- La convention Silver Economie

La Silver économie, qui s'inscrit dans le droit fil de l'ambition portée par la loi d'adaptation de la société au vieillissement, a pour enjeu de coordonner les différents acteurs afin de développer des services et outils efficaces et pérennes en faveur des personnes âgées. Ces mécanismes doivent être adaptés pour prévenir, dépister, anticiper et accompagner la perte d'autonomie des personnes âgées, tant à domicile qu'en établissements et services médico-sociaux.

Une convention a été signée en 2016, donnant naissance au « Silver Economie Pôle Corsica » avec comme signataires et membres du comité de pilotage la secrétaire d'Etat chargée des Personnes Agées et de l'Autonomie, l'agence régionale de santé de Corse, le préfet de Corse, la Collectivité de Corse, l'agence de développement économique de la Corse, la CARSAT Sud-Est et l'Université de Corse.

Un comité de projets rassemblera tous les acteurs de l'île intéressés par la thématique : mutualité, entreprises, associations d'usagers, élus...

Le pôle doit permettre aux projets qui seront soutenus de bénéficier d'une réelle valeur ajoutée notamment en termes d'ingénierie de projet, d'accès aux financements, de visibilité et de communication.

- La mise en place de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie de Corse

⁸ Insee, RP2014 exploitation principale, géographie au 01/01/2016

La conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie de Corse est une instance de coordination des financements, créée par la loi d'adaptation de la société au vieillissement, dont les objectifs sont :

- définir une stratégie commune en matière de prévention de la perte d'autonomie et de soutien aux aidants ;
- améliorer la coordination entre les financements des différents acteurs, dans le cadre du programme coordonné ;
- assurer un accompagnement complémentaire aux personnes âgées dépendantes, en complément de l'APA.

- La prise en charge des maladies neurodégénératives

Les maladies neurodégénératives concernent 11% des 75 ans et plus. Entre 5000 et 9 000 personnes sont porteurs de la maladie d'Alzheimer en Corse.

La synthèse de l'état des lieux régional se présente ainsi :

- diagnostic : un centre mémoire de ressources et de recherche (CMRR) et de 2 consultations mémoire labellisées (CML) ;
- interventions précoces à domicile : 2 équipes spécialisées Alzheimer (ESA) adossées à des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ;
- prise en charge des crises aiguës sur troubles modérés : 2 unités cognitivo comportementales (UCC) autorisées en Corse-du-Sud à Ajaccio et en Haute-Corse à Oletta (seul dispositif installé) ;
- prise en charge des crises aiguës sur troubles sévères : 2 unités d'hébergement renforcé (UHR) médico-sociales (Sartenais et grand Bastia) ;
- offre d'accueil temporaire au sein des établissements et services médico-sociaux (accueil de jour, hébergement temporaire) ;
- offre d'hébergement permanent au sein des EHPAD : 5 PASA et présence d'unités fermées sécurisées
- coordination des acteurs et gestion des cas complexes : existence de 3 MAIA.

Les évolutions nécessaires au renforcement de cette prise en charge sont détaillées dans la partie filière d'accompagnement médico-social et feront comme indiqué l'objet d'un plan d'actions régional spécifique.

- La mise en œuvre en Haute-Corse du programme PAERPA

Le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie a fait émerger la notion de parcours de soins qui s'est manifesté à travers l'article 70 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) de 2012.

9 territoires ont été sélectionnés pour engager une expérimentation de Parcours de Santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) dans le cadre de l'article 48 de la LFSS 2013.

En 2016, la Haute-Corse a été retenue comme territoire .L'ambition est de permettre aux personnes âgées en perte d'autonomie de recevoir, par une meilleure coordination des soins, les bons soins, par les bons professionnels et au bon moment.

Cette démarche concerne les personnes âgées de plus de 75 ans et mobilise sur un territoire donné tous les intervenants du parcours de santé autour de trois objectifs essentiels :

- améliorer la qualité de vie des personnes et de leurs aidants ;
- adapter les pratiques professionnelles au parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie ;
- créer les conditions favorables à la transversalité et à la coordination des acteurs du territoire.

La mise en œuvre de cette expérimentation en Haute-Corse à partir de 2018 permettra de faciliter l'exercice des professionnels de santé et d'améliorer l'accès et la continuité de la prise en charge de la personne âgée .

Les quatre axes du programme PAERPA en Haute-Corse :

1. favoriser la coordination des professionnels du territoire ;
2. sécuriser le maintien à domicile ;
3. limiter les ruptures dans le parcours des personnes âgées en améliorant les transitions entre hôpital, EHPAD et professionnels de ville ;
4. développer les systèmes d'information et de communication.

Une réussite de ce programme en Haute-Corse devrait permettre sa généralisation à l'ensemble de la Corse

L'organisation des secteurs sanitaire et médico-social

La filière gériatrique

La filière de soins gériatriques intra-hospitalière est une organisation des soins cohérente et graduée qui doit permettre à chaque personne âgée, quel que soit son lieu de résidence, de pouvoir accéder à une prise en

charge globale médico-psycho-sociale, répondant aux besoins de proximité mais aussi au nécessaire recours à un plateau technique.

Elle doit répondre à trois grandes catégories de besoins :

- les hospitalisations non programmables, par l'association de trois acteurs que sont les services des urgences, les équipes mobiles de gériatrie et les courts séjours gériatriques ;
- les hospitalisations programmables, par l'action conjuguée ou non des courts séjours gériatriques, des lits de médecine des hôpitaux de proximité, des soins de suite et de réadaptation (SSR) éventuellement et/ou des unités de soins de longue durée (USLD) ;
- les bilans, par une prise en charge pluridisciplinaire par l'hôpital de jour ou la consultation gériatrique.

La circulaire du 28 Mars 2007 précise les modalités d'organisation de la filière, constituée d'une unité de court séjour gériatrique située dans l'établissement support de la filière, d'une équipe mobile de gériatrie intra et extrahospitalière, régulièrement présente au service des urgences, d'une unité de consultation et d'hospitalisation de jour gériatrique, d'un service de SSR adaptés à la prise en charge des personnes âgées poly-pathologiques ou à risque de dépendance (étude sur les filières de soins ANAP : référentiel 1 lit de court séjour et 3 lits de SSR pour 1000 personnes de 75 ans et plus) et d'une USLD.

Les équipements hospitaliers

Equipements installés (en nombre d'implantations) ou ayant fait l'objet d'une reconnaissance contractuelle (en nombre de lits installés/équipes/consultations)	Haute-Corse	Corse-du-Sud
Court séjour gériatrique (CSG)	35	20
Soins de suite et de réadaptation (SSR) polypathologiques	1	1
Centre mémoire de ressources et de recherche (CMRR)		1
Unité cognitivo-comportementale (UCC)	6 lits	6 lits
Consultations mémoire (CML)	1	1
Unités de soins de longue durée (USLD)	60 lits	130 lits
Hospitalisation à domicile (HAD)	3	2
Equipe mobile de gériatrie (EMG)	1	1
Equipe mobile de Soins Palliatifs	1	1
Psychiatrie	1 équipe de liaison	38 lits* + 1 équipe de liaison
Réseau gérontologique	1	2

*lits dédiés à la psychogériatrie

Durant le PRS 1, des évolutions de l'organisation et du maillage territorial ont pu être réalisés : l'augmentation de l'offre en lits de court séjour gériatrique des centres hospitaliers d'Ajaccio et de Bastia, la mise en œuvre de staffs pluridisciplinaires et des concertations hebdomadaires, au nord et sud de l'île, les autorisations nouvelles de SSR mention spécialisée « *affections de la personne âgée poly-pathologique, dépendante ou à risque de dépendance* » dans les deux établissements de recours.

La prise en charge est ainsi assurée par l'ensemble des établissements sanitaires publics et privés (avec des évolutions de séjours de +12 % entre 2014 et 2016) ; elle est complétée par une offre en SSR polyvalents à orientation gériatrique dans le secteur privé (centre de réadaptation et de convalescence la Palmola, clinique de Toga, centre de convalescence Ile de Beauté) et public (centre hospitalier intercommunal de Corte-Tattone, centres hospitaliers de Bonifacio et de Sartène). Des équipes mobiles de gériatrie (EMG) sont positionnées dans chacun des deux établissements de recours : leurs missions sont d'évaluer les besoins des personnes âgées en perte d'autonomie et d'apporter une expertise en matière gériatrique, auprès des unités de soins, des services des urgences et des établissements périphériques et d'aval (médico-social).

Le maillage territorial est complété dans le rural par des hôpitaux de proximité, établissements de premier recours qui développent une médecine à orientation gériatrique avec en aval des lits d'USLD et des lits de SSR polyvalents : autorisation et mise en œuvre de 10 lits d'USLD sur le cortenais et de 20 lits d'USLD au centre hospitalier de Calvi-Balagne

Quatre points de vigilance principaux ont été déterminés :

- les flux entrants passent majoritairement par les urgences (35% des patients) avec le phénomène subséquent des personnes âgées hébergées dans des unités somatiques spécialisées (hors court-séjour gériatrique) ; des dysfonctionnements importants de l'organisation hospitalière (activité non programmée des CSG, embolisation de l'EMG, dilution de l'expertise gériatrique, DMS longue, aval non disponible..) et une incidence sur la qualité de la prise en charge (épuiement des équipes, responsabilité médico-légale, iatrogénie hospitalière touchant près de 10 % des personnes hospitalisées...) sont constatés.
- la nécessité de structurer l'aval et d'organiser les liens hôpital/ville/Etablissements et services médico-sociaux (ESMS) : le fonctionnement des SSR – patients âgés poly-pathologiques - doit être recentré sur les cas complexes qui nécessitent un suivi médical rapproché (respect des profils pathologiques) à la fois pour assurer une prise en charge conforme au cahier des charges et conforter les moyens mis en œuvre.
L'offre HAD a été développée mais ne couvre pas l'ensemble des secteurs : ainsi la Balagne, la Plaine orientale sud et les Deux Sevi-Deux Sorru ne sont pas couverts. L'intervention des HAD au sein des EHPAD est quasi inexistante.
L'externalisation de l'EMG reste une priorité d'action pour favoriser l'accès aux soins, décloisonner les pratiques et prévenir les situations de crise. Le partage des informations entre les trois secteurs (hôpital/ville/ESMS) doit favoriser une coordination des protocoles de prise en charge, une amélioration des pratiques professionnelles, une meilleure régulation des flux.
- Le déficit en gériatres, psychiatres, neurologues qui entraîne une charge en astreinte importante, des risques de points de rupture dans le parcours et une organisation, en interne et avec les partenaires d'aval, non lisible.
- Les difficultés de prise en charge des personnes âgées désorientées, agitées ou déambulantes : le profil de ces patients nécessite une évaluation de la pertinence des hospitalisations en psycho gériatrie.

L'équipement médico-social

Cette thématique est développée dans le volet Evolution des filières d'accompagnement médico-social (cf. titre 2 – chapitre 2)

La Corse compte 28 EHPAD soit 1961 lits et places ce qui représente un taux d'équipement de 78 pour mille qui est très en-deçà des moyennes nationales. Les données 2016 en la matière attestent d'un niveau d'occupation des EHPAD équivalent à celui de 2012 et encore inférieur au seuil critique de 95%.

D'un point de vue qualitatif, le niveau de dépendance et de soins requis des personnes accueillies en EHPAD est cohérent avec les moyennes nationales. Plus de la moitié des résidents accueillies présente une maladie neurodégénérative (principalement démence Alzheimer ou apparentée).

Les priorités d'actions portent sur une structuration de l'offre d'hébergement adaptée territorialement, inclusive pour favoriser le maintien dans le lieu de vie et graduée pour assurer une prise en charge sécurisée même pour la grande dépendance.

L'offre à domicile

L'offre est couverte par les services de soins infirmiers au domicile (SSIAD), les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) et les services polyvalents d'aide, de soins et d'accompagnement à domicile (SPASAD).

Les objectifs opérationnels concernent la structuration d'une offre d'intervention précoce spécialisée et coordonnée autour des maladies neurodégénératives, afin d'assurer une prise en charge adaptée aux besoins par des professionnels formés.

L'offre en établissement non-médicalisé et en hébergement collectif et séquentiel

L'offre en établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) et en habitat collectif et séquentiel pour les personnes âgées est insuffisante et doit pouvoir être renforcée.

Les dispositifs de répit

La solution du domicile est souvent privilégiée par les personnes-âgées (84,5 % des bénéficiaires de l'APA vivent à domicile en Corse contre 58,6 % valeur nationale). L'objectif étant de permettre un maintien en milieu ordinaire, il importe donc de pouvoir structurer une prise en charge hors les murs adaptée (lorsque l'institutionnalisation peut encore être évitée ou retardée). L'organisation d'une offre globale de répit au sein

des infra-territoires est donc un objectif prioritaire : la mise en place d'un panier d'interventions spécialisées (MND) doit être organisée et calibrée en fonction des besoins de la personne et des aidants proches.

Les acteurs de la coordination

Les MAIA et CLIC assurent la continuité des parcours au service des personnes, en apportant une nouvelle méthode aux professionnels de terrains chargés de la prise en charge.

3 MAIA maillent le territoire de santé : dans le nord, mission déployée sur tout le territoire et dans le sud, les deux dispositifs couvrent le grand sud et le grand Ajaccio. Leurs organisations et fonctionnements doivent être rationalisés et renforcés.

La Corse compte 3 réseaux gérontologiques :

- RIVAGE, sur l'infra territoire nord
- AXE sur le grand Ajaccio
- SARV sur le Sartenais/Alta-Rocca /Valinco

Les réseaux gérontologiques ont pour objet de favoriser l'accès aux soins des personnes âgées et la coordination, la continuité et l'interdisciplinarité des prises en charge. Ils interviennent sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic et du suivi. Ils réalisent une expertise médico-socio-psychologique et environnementale pour constituer un plan personnalisé de santé au domicile des patients âgés ou en établissement, en lien avec le médecin traitant et l'équipe pluridisciplinaire.

Le déploiement des plateformes territoriales d'appui devrait à terme permettre d'améliorer la couverture territoriale en matière de coordination polyvalente des parcours complexes. (cf. titre I – chapitre 2)

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

Les objectifs opérationnels en faveur du Bien Vieillir sont de :

- développer la prévention en faveur du Bien Vieillir ;
- structurer une filière gériatrique coordonnée, graduée et soutenable ;
- limiter les ruptures dans le parcours des personnes âgées en améliorant les transitions entre hôpital, EHPAD et professionnels de ville ;
- sécuriser le maintien à domicile ;
- favoriser la coordination des professionnels du territoire.

Objectif opérationnel N°1 : développer la prévention en faveur du Bien Vieillir

Le Bien Vieillir est un processus qui nécessite une prise en compte la plus précoce possible. Les effets du vieillissement se font sentir progressivement, dès la trentaine, notamment par rapport aux performances physiques et intellectuelles, à l'évolution de la morphologie, à la fécondité... Le métabolisme ralentit, les performances se réduisent, les masses musculaire et osseuse sont plus difficiles à maintenir, la masse grasse se développe, dans les artères comme dans le tissu sous-cutané, l'élasticité de la peau se perd, la capacité d'apprentissage est réduite.

Cette évolution naturelle, ce vieillissement, au-delà des diversités génétiques, peut être accélérée ou freinée en fonction du mode de vie et des conditions environnementales de la personne. Par exemple les effets de l'alimentation, du tabagisme ou du sport sur le processus de vieillissement sont bien documentés. Le développement d'actions de prévention prend donc tout son sens. Ces actions de prévention doivent aller à la rencontre de ceux qui sont ou vont être concernés par la perte d'autonomie. Il peut s'agir d'activités physiques ou intellectuelles, mais également d'activités qui maintiennent le lien social et la joie de vivre.

Action N°1 : former les professionnels au repérage des fragilités et à la prise en charge particulière du patient âgé.

La mise en place au centre hospitalier de Bastia d'une unité de repérage de la fragilité et de prévention de la dépendance dans le cadre du programme PAERPA permet une évaluation gériatrique multidimensionnelle par

une équipe pluridisciplinaire (psychologues, kinésithérapeutes, diététiciens...) où les dimensions pluri factorielles (cognitive, nutrition, chute, sociale...) sont explorées. Cette évaluation se fait en collaboration étroite avec le médecin traitant, qui sera le coordonnateur de l'application des recommandations proposées dans le plan d'intervention et les professionnels de terrain. L'évaluation pourra se faire vers les territoires à l'aide de la télémédecine.

Le patient âgé a en effet des particularités qui nécessitent une certaine adaptation de la part des professionnels qui le prennent en charge. Les traitements médicamenteux n'agissent pas de la même façon et sont plus difficiles à éliminer par l'organisme du patient âgé. Sa mobilité peut être réduite, à la fois sur le plan physique mais également par la perte de la capacité à conduire un véhicule motorisé. Il est également plus souvent appauvri et isolé, notamment si le conjoint est décédé, et si la pension de retraite est peu élevée. Toutes ces particularités peuvent compliquer la prise en charge des patients âgés qui pourraient connaître des difficultés pour suivre la thérapeutique proposée.

Les professionnels de santé doivent recevoir des compléments de formation (iatrogénie, évaluation des fragilités...) afin de mieux intégrer ces particularités dans leur prise en charge, en repérant ces fragilités et en sachant les compenser.

Les aides à domicile, de par leur présence sur le lieu de vie de la personne âgée, leur proximité et la fréquence de leurs interventions, sont en première ligne pour repérer des signes de fragilité chez les personnes âgées. Leur formation permettra des alertes plus précoces vers les professionnels sociaux et les professionnels de santé afin que ces derniers puissent intervenir avant que les troubles ne s'aggravent.

Indicateur de suivi :

- ✓ nombre de professionnels formés, détaillé par métier.

Action N°2 : réaliser un bilan de santé des nouveaux retraités.

La retraite est un cap important dans la vie d'un individu. Elle marque la fin de la période d'activité professionnelle et ce cap peut engendrer des changements importants par rapport à la mobilisation des capacités intellectuelles et physiques et par rapport au maintien des liens sociaux.

Menée à titre expérimental dans le cadre de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie, elle vise à réaliser un bilan de santé des individus dans les premiers temps de ce bouleversement de leur existence.

Indicateur de suivi :

- ✓ nombre de nouveaux retraités ayant bénéficié d'un bilan de santé.

Action N°3 : développer l'Education Thérapeutique du Patient âgé.

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) permet aux patients d'être plus autonomes dans la gestion de leur santé, afin qu'ils soient acteurs de leur prise en charge pour augmenter l'efficacité des thérapeutiques et réduire les risques associés.

Les personnes âgées représentent un public cible pour suivre des programmes d'ETP car ils peuvent être touchés par des maladies chroniques, la dépression, la dénutrition ou le risque de chutes.

Indicateur de suivi :

- ✓ nombre de personnes âgées ayant bénéficié d'un programme d'ETP.

Action N°4 : développer des actions collectives de prévention sur les infra-territoires.

Pour augmenter la participation aux actions de prévention, il convient de les mettre en place sur les territoires, dans les villages, au plus près des personnes âgées.

La conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie développe ainsi de nombreux ateliers dans tous les infra-territoires de Corse : activités physiques, estime de soi, habitat, informatique, lien social, mémoire, nutrition, prévention des chutes...

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre, type et répartition des ateliers sur les infra-territoires ;
- ✓ nombre de personnes âgées y participant.

Objectif opérationnel N°2 : structurer une filière gériatrique coordonnée, graduée et soutenable.

L'objectif de la structuration de la filière gériatrique est de finaliser la mise en place d'une organisation graduée afin d'améliorer l'accès à la santé des plus fragiles dans une logique de parcours continu, de densifier le maillage territorial et de renforcer l'accès de proximité à un système de santé gradué et de qualité.

Face au double défi démographique des dix prochaines années (nombre de professionnels libéraux en baisse sensible d'ici à 2030, vieillissement de la population entraînant un développement des maladies chroniques dont les maladies neurodégénératives), 5 défis sont à relever :

- prioriser le dépistage des fragilités, afin de retarder l'apparition de la dépendance ;
- structurer la prise en charge gériatrique dans une logique de coordination territoriale ;
- assurer la mise en place d'une organisation hospitalière des soins cohérente et graduée autour de la personne âgée ;
- garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charges ;
- accélérer l'innovation numérique en santé et accompagner l'adaptation des équipes soignantes et médicales aux nouveaux métiers.

Le plan quinquennal 2018-2022 d'économies impose également la prise en compte de la dimension médico-économique dans la mise en œuvre des actions.

Le rôle des GHT est donc primordial car ils doivent réguler l'organisation, l'activité de la filière, dans un objectif à la fois de coordination des acteurs et de soutenabilité des dispositifs chargés de couvrir les besoins territoriaux.

Action N°1 : Formaliser une stratégie d'organisation de la filière gériatrique entre les établissements sanitaires de Corse

Une stratégie territoriale de prise en charge hospitalière des patients âgés doit être formalisée par une convention entre les établissements publics et privés de Corse.

Cette stratégie sera déclinée dans les projets médicaux partagés (PMP) des GHT qui doivent porter la mise en place d'une filière optimisée prenant en compte la dimension territoriale et la nécessité d'un parcours de soins continu et coordonné. L'association avec les autres offreurs de santé (établissements hors GHT, réseaux de santé...) est nécessaire dans un souci de démarche qualité et de prise en charge intégrée favorisée par une meilleure connaissance des pratiques et organisations.

L'élaboration des PMP doit être l'occasion de positionner la filière gériatrique comme un élément essentiel de la structuration de l'offre de soins, auprès des acteurs de santé (hospitaliers, privés, ambulatoires...). Un volet important doit porter sur les recrutements et mutualisations des ressources humaines (gériatres, psychiatres...) et leur motivation (qualité de vie au travail, fidélisation des professionnels...).

Indicateur de suivi :

- ✓ signature d'une convention entre les établissements publics et privés de Corse (déclinée dans les projets médicaux partagés des GHT.)

Action N°2 : Développer l'hospitalisation de jour et les consultations ambulatoires en milieu hospitalier

La filière gériatrique doit comprendre une offre d'hôpital de jour et de consultations externes dédiées pour trois raisons essentielles (outre la volonté des personnes âgées d'un maintien sur le lieu de vie) :

- la possibilité de programmer des bilans complets en une seule venue (vu la contrainte géographique et pour éviter la iatrogénie hospitalière) ;
- le besoin identifié des professionnels libéraux d'une offre de réponse de recours spécialisé dans la gradation des soins ;
- l'amélioration de la qualité de la prise en charge afin d'éviter les ré-hospitalisations et le passage par les urgences des personnes fragiles.

La mise en place d'un hôpital de jour dans chacun des deux hôpitaux siège de la filière et du GHT constituera une priorité des PMP en cours d'élaboration, en convergence avec les objectifs du plan quinquennal et les axes des plans d'action demandés par le COPERMO.

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombres de consultations ambulatoires ;
- ✓ nombre de séjours en hôpital de jour des personnes âgées ;
- ✓ taux de ré hospitalisation des personnes âgées ;
- ✓ nombre de passages aux urgences des personnes âgées ;
- ✓ durée moyenne de séjour des personnes âgées ;
- ✓ mutations internes personnes âgées.

Action N°3 : disposer d'un médecin coordonnateur de la filière gériatrique (réfèrent médical) dans les centres hospitaliers.

Le médecin coordonnateur permettra de rendre lisible l'organisation de la filière gériatrique auprès des partenaires et des usagers, de formaliser des liens et créer une relation de confiance afin de réduire notamment les passages inappropriés par les urgences.

S'il est gériatre, il apportera également un appui aux professionnels de santé libéraux, par l'intermédiaire de la plateforme territoriale d'appui (PTA) ou coordination territoriale d'appui (CTA). S'il n'est pas gériatre, il organisera cet appui, en lien avec la CTA/PTA avec un réfèrent gériatre de l'établissement ou hors établissement.

Dans chacun des deux hôpitaux siège de la filière et du GHT, sera désigné un coordonnateur, idéalement médecin spécialisé en gériatrie, qui aura pour rôle :

- de coordonner la stratégie de la filière gériatrique de l'établissement hospitalier avec la direction et les différentes unités de soins (court-séjour gériatrique, urgences, psychiatrie, neurologie, cardiologie, USLD, EMG...);
- d'être le principal interlocuteur de cette filière ; les professionnels de santé libéraux peuvent notamment solliciter l'expertise d'un gériatre, afin de sécuriser leur diagnostic et leur prise en charge des patients âgés ;
- d'élaborer une charte proposant une définition commune et partagée entre les différents services hospitaliers de la personne âgée à risque de perte d'autonomie ;
- d'assurer la communication interne (validation en commission médicale d'établissement (CME) de l'organisation de la filière et des documents y afférant) et la communication externe sur le fonctionnement de la filière ;
- de veiller à la réalisation de protocoles d'admission (sur la base notamment de la charte) et de soins pour les personnes âgées entrant dans l'établissement ;
- de veiller à l'organisation des staffs de sortie et à la qualité des interactions entre les services hospitaliers et les partenaires (PTA/CTA, SSR, HAD, professionnels de ville...).

Indicateurs de suivi :

- ✓ décision de nomination par le directeur du GHT
- ✓ taux de patients âgés répondant à la charte et bénéficiant d'un protocole d'admission, d'un protocole de soins et d'un staff de sortie
- ✓ nombre d'avis donnés par les référents gériatres aux professionnels de santé libéraux.

Objectif opérationnel N°3 : limiter les ruptures dans le parcours des personnes âgées en améliorant les transitions entre hôpital, EHPAD et professionnels de ville.

Le parcours des personnes âgées doit s'adapter aux contraintes spécifiques de la population âgée. Les changements de cadre de vie, notamment les hospitalisations ou les entrées en EHPAD nécessitent des capacités d'adaptation qui ne sont pas toujours mobilisables par les personnes âgées. Les transitions entre ces secteurs peuvent engendrer une augmentation de la dépendance ou des ruptures dans le suivi et la prise en charge. Ces ruptures peuvent occasionner des hospitalisations itératives ou des passages non pertinents par les urgences.

Des ruptures dans la parcours peuvent avoir pour origine des difficultés d'accès à l'offre sanitaire spécialisée qui est fortement concentrée sur les villes d'Ajaccio et Bastia alors que les besoins sont également identifiés en zones rurales et montagneuses. L'adaptation de l'offre sanitaire, notamment par de nouvelles organisations (plateformes d'appui, consultations ambulatoires...) et coopérations (réfèrent gériatre, staffs de sortie d'hospitalisation...), ainsi que la propagation d'outils et méthodes (télémédecine, fiche de liaison...) doit permettre de rapprocher l'offre et la demande sanitaires.

Ces actions doivent mieux s'intégrer dans les territoires, se rapprocher des personnes âgées pour apporter les solutions et anticiper la demande des personnes âgées qui ne sont plus en mesure de s'orienter dans le système de santé.

Action N°1 : élargir le périmètre d'intervention des Equipes Mobiles de Gériatrie (EMG) pour qu'elles puissent intervenir en extrahospitalier.

Dans l'optique de rapprocher les compétences des territoires pour répondre aux besoins des patients âgés et des professionnels, les EMG doivent avoir les moyens d'intervenir en milieu extrahospitalier et se recentrer sur

leurs missions : évaluation gériatrique médico-psycho-sociale et avis gériatrique à visée diagnostique et/ou thérapeutique, participation à l'élaboration des projets de soins et de vie des patients, orientation dans la filière de soins gériatriques incluant les hôpitaux de proximité, organisation des entrées et sorties d'hospitalisation, en partenariat avec les réseaux gériatriques, les CLIC, services sociaux et acteurs du domicile (professionnels de santé libéraux, aides à domicile...).

Indicateur de suivi :

- ✓ nombre et pourcentage d'interventions des EMG en extrahospitalier.

Action N°2 : sécuriser les entrées et sorties d'hospitalisation par la mise en place de staffs pluridisciplinaires, chartes, protocoles (d'admission et de soins) et fiches (d'adressage et de liaison).

La sortie d'hospitalisation est une période à risque pour la personne âgée. Les staffs pluridisciplinaires, dans lesquels s'impliquent les équipes hospitalières et les réseaux gériatriques, doivent s'assurer que la personne âgée dispose de tous les moyens lors de son retour à domicile pour poursuivre sa thérapeutique et son suivi (prévenir les risques iatrogènes, de dénutrition ou d'isolement...).

Un dispositif d'aide au retour à domicile après hospitalisation (ARDH) inter régimes est mis en œuvre depuis le début de l'année 2017, en Corse à destination des personnes âgées.

Les protocoles de soins, fiches d'adressage et de liaison doivent se généraliser afin de sécuriser les coopérations entre professionnels de ville et l'hôpital.

Indicateurs de suivi :

- ✓ pourcentage de patients âgés ayant bénéficié d'un staff de sortie pluridisciplinaire (hospitaliers et réseau gériatrique)
- ✓ pourcentage de patients âgés ayant bénéficié d'un protocole de soins
- ✓ pourcentage de patients âgés ayant bénéficié d'une fiche d'adressage
- ✓ pourcentage de patients âgés ayant une fiche de liaison lors de leur entrée et leur sortie d'hospitalisation.
- ✓ pourcentage de patients ayant bénéficié d'une ARDH

Action N°3 : expérimenter de nouveaux modes de prise en charge afin de réduire les hospitalisations évitables et les passages par les urgences (article 51 de la LFSS pour 2018).

Pour décloisonner les secteurs et favoriser une meilleure coordination dans un contexte de pénurie des acteurs, les expérimentations peuvent consister à :

- développer des consultations avancées dans les EHPAD et maisons de santé pluri-professionnelles en psycho-gériatrie et troubles du comportement (efficacité au niveau des dépenses de transport, régulation de l'amont, amélioration de la prise en charge et maintien dans le milieu de vie) ;
- structurer des organisations de travail entre EHPAD et services hospitaliers pour favoriser l'intervention de personnel infirmier formé en gériatrie ou permettre le recours à une expertise gériatrique, pour éviter les hospitalisations en urgence.

Indicateur de suivi :

- ✓ nombre d'expérimentations menées et concluantes.

Action N°4 : développer la télémédecine.

La télémédecine permet à la personne âgée de bénéficier d'une consultation (téléconsultation) ou d'une expertise (télé expertise) à distance, alors que les compétences spécialisées peuvent être éloignées et la mobilité de la personne âgée difficile.

Les consultations de télémédecine qui pourraient se faire dans les EHPAD ou maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) permettraient d'éviter des déplacements sur une longue distance ou une hospitalisation.

Indicateur de suivi :

- ✓ nombre de consultations de télémédecine réalisés dans les EHPAD ou MSP.

Objectif opérationnel N°4 : sécuriser le maintien à domicile.

Les personnes âgées en Corse sont nombreuses à vivre à leur domicile alors même qu'elles sont touchées par de graves problèmes de santé et une perte d'autonomie avancée. La fragilité socio-économique est aggravée et l'isolement géographique ou social accentue les difficultés. Le rôle des aidants, notamment des aidants familiaux, devient dès lors essentiel. Ceux-ci doivent bénéficier d'une offre de répit adapté afin de pouvoir jouer leur rôle avec qualité et sécurité. L'offre de soins et d'aides à domicile, même si elle reste peu diversifiée, permet de répondre aux besoins exprimés par la population. Toutefois, la détection des personnes âgées en situation de fragilité apparaît comme un point essentiel.

Action N°1 : réduire la iatrogénie médicamenteuse par la conciliation médicamenteuse et les bilans de médication.

La iatrogénie médicamenteuse peut entraîner des chutes, des troubles cardiaques ou neurologiques ou d'autres effets indésirables pouvant aboutir à une hospitalisation de la personne âgée. Tous les professionnels de santé, médicaux et paramédicaux, libéraux et hospitaliers, ainsi que les réseaux gérontologiques et les aidants à domicile, ont un rôle à jouer dans le repérage des risques iatrogènes médicamenteux.

La conciliation médicamenteuse est une démarche intra-hospitalière qui permet de prévenir et d'intercepter les redondances et oublis médicamenteux au moment de l'entrée et/ou de la sortie du patient de l'hôpital. Elle fait partie des engagements des établissements de santé figurant dans le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES) depuis le 1er janvier 2018. Coordonnée par le pharmacien hospitalier, la conciliation médicamenteuse repose sur la transmission et le partage d'informations complètes et exactes relatives aux traitements médicamenteux entre les médecins hospitaliers, le corps infirmier, les membres de l'équipe de soins, le patient (et/ou sa famille) et tous les professionnels de ville ayant suivi le patient tout au long de son parcours. Le dossier pharmaceutique est un outil précieux pour communiquer les traitements médicamenteux de ville à la pharmacie à usage intérieur.

Les bilans de médication consistent à faire le point sur la prise de médicaments par un entretien spécifique avec le patient, parfois accompagné de son aidant, pour repérer des conduites médicamenteuses à risque, pour le conseiller sur l'horaire adéquat de prise et les aliments à favoriser ou éviter. Ces bilans de médication visent donc l'observance. Ils sont menés par les pharmaciens libéraux en lien avec les autres professionnels et particulièrement avec le(s) médecin(s) prescripteur(s) et le médecin traitant. Ils peuvent se réaliser en officine ou au domicile du patient permettant également l'exploration de la pharmacie personnelle du patient et d'appréhender plus concrètement les conditions de prise des médicaments.

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre de patients âgés hospitalisés bénéficiant d'une conciliation médicamenteuse ;
- ✓ nombre de bilans de médication réalisés au bénéfice des patients âgés.

Action N°2 : Répondre aux situations de dénutrition

La dénutrition touche un grand nombre de personnes âgées. La baisse des capacités physiques et intellectuelles, la perte du goût, l'isolement en sont les causes.

La sortie d'hospitalisation est une période à risque, notamment quand l'hospitalisation s'est prolongée. Les professionnels libéraux, les aides à domicile, les réseaux gérontologiques sont en première ligne pour repérer et compenser ces situations.

Une évaluation gériatrique standardisée (EGS) partielle réalisée par des diététiciens permettrait d'évaluer le risque de malnutrition ou de dénutrition des personnes âgées en établissement ou au domicile et de proposer les mesures correctives en lien avec le médecin traitant et les autres professionnels.

Indicateur de suivi :

- ✓ nombre de personnes âgées bénéficiant d'un bilan nutritionnel.

Action N°3 : étendre le dépistage des fragilités au domicile des personnes âgées en risque de perte d'autonomie.

Le dépistage des fragilités est réalisé à l'aide de grilles d'évaluation qui permettent d'identifier les risques les plus fréquents : cognitifs, chutes, dénutrition, isolement social, épuisement de l'aidant.

Les réseaux gérontologiques et les infirmières libérales réalisent ces évaluations. Leurs coopérations doivent être renforcées afin de mailler toute la Corse.

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre d'évaluations réalisées au domicile des personnes âgées
- ✓ répartition de ces évaluations sur le territoire insulaire.

Action N°4 : favoriser l'émergence de dispositifs numériques et digitaux au service de la personne âgée (Silver économie).

Les dispositifs numériques et digitaux permettent d'améliorer le confort de vie, la prise en charge ou le suivi des personnes âgées, d'augmenter leur sécurité et de favoriser leur autonomie. Pour être généralisables, ces aides techniques doivent être apportées le plus précocement possible et être bien adaptées aux besoins. La connaissance des outils existants et leur utilité sont un préalable indispensable.

Indicateur de suivi :

- ✓ nombre de personnes âgées acquérant des dispositifs numériques et digitaux.

Objectif opérationnel n°5 : favoriser la coordination des professionnels du territoire.

La coordination des professionnels du territoire est le préalable indispensable pour prendre en charge de manière globale un patient dans le cadre d'un parcours. Cette coordination sera permise par de nouvelles organisations et l'utilisation de systèmes d'information et de communication sécurisés.

Action N°1 : disposer de compétences gérontologiques aux Plateformes Territoriales d'Appui (PTA).

Les PTA regroupent diverses compétences afin d'apporter une réponse globale aux difficultés des professionnels de santé dans la prise en charge de leurs patients. Elles permettent l'information, l'orientation, l'appui à la gestion des cas complexes, la mobilisation des expertises et le suivi des plans personnalisés de santé (PPS).

Une coordination territoriale d'appui (CTA) est opérationnelle en Haute-Corse depuis mars 2018. C'est une plateforme d'appui spécialisée sur les personnes âgées et développée dans le cadre du programme PAERPA. Elle intègrera la PTA lors de la création de celle-ci.

Le déploiement du PAERPA en Corse-du-Sud s'inscrira dans le cadre de la mise en service des PTA auxquelles il faudra apporter des compétences gérontologiques, à l'image de la CTA.

Action N°2 : intégrer les professionnels du parcours Bien Vieillir dans les développements des systèmes d'information et de communication. La coopération entre les professionnels intervenant dans la prise en charge d'une personne âgée nécessite un échange d'information sécurisé. Cet échange sécurisé est permis par le développement des dossiers médicaux partagés (DMP) et de la messagerie sécurisée en santé (MSS).

Les partenaires pourront mieux orienter leurs patients dans le système de santé avec un répertoire opérationnel des ressources (ROR) complet et dynamique. La mise en œuvre du ROR, complété d'un module orientation est une priorité du PRS 2

Indicateur de suivi :

- ✓ nombre de DMP ouverts en Corse pour les personnes âgées.

Action N°3 : renforcer les partenariats, notamment si nécessaire par le conventionnement.

Il apparaît nécessaire de cadrer par des protocoles certaines organisations entre partenaires, afin de les optimiser et les sécuriser, dans l'intérêt des personnes âgées prises en charge par de nombreux acteurs. Trouver des référents dans chaque établissement, notamment les EHPAD, et développer des conventions de partenariat sur des actions concrètes et partagées.

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre de conventions créées ou mises à jour relatives à des interventions en faveur des personnes âgées ;
- ✓ nombre d'actions réalisées.

Action N°4 : réaliser des plans personnalisés de santé (PPS).

Les professionnels de santé libéraux qui s'occupent d'un même patient peuvent se constituer une coordination clinique de proximité (CCP). Cette CCP peut décider, sous l'égide du médecin traitant, de formaliser un PPS, dans un objectif de coordination et de qualité de la prise en charge, pour fixer quelques objectifs à court ou moyen terme, réalistes et pertinents, pour améliorer la prise en charge de la personne âgée. Il peut s'agir par exemple de programmer une consultation spécialisée, de prévoir une entrée en institution ou d'organiser l'acquisition d'un déambulateur...

Indicateur de suivi :

- ✓ nombre de PPS réalisés.

Volet Unités de Soins de longue Durée (USLD)

Les USLD accueillent et prennent en charge des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une poly-pathologie soit active, soit au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation, et pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie. Ces situations cliniques requièrent un suivi médical rapproché, des actes itératifs, une permanence médicale et infirmière, l'accès à un plateau technique minimum.

La circulaire du 10 mai 2007, relative au référentiel d'organisation des soins précise que l'USLD doit avoir :

- une capacité minimale de 30 lits regroupés physiquement et fonctionnellement,
- une présence infirmière et aide-soignante 24/24,
- un encadrement médical sous forme de garde et astreinte,
- un accès sur site ou par convention à un plateau technique adapté aux besoins des patients (radiologie, biologie, pharmacie, ECG, explorations fonctionnelles, soins dentaires),
- des locaux et équipements adaptés aux patients présentant une dépendance physique ou psychique,
- des salons d'accueil pour les familles et patients.

Les USLD constituent un maillon indispensable de la filière gériatrique, au regard des évolutions démographiques annoncées et du développement prévisible des maladies chroniques.

Les USLD ont fait l'objet en 2010, d'une opération de "partition" des capacités entre les unités sanitaires et les unités médico-sociales (EHPAD) sur la base de coupes PATHOS (permettant de qualifier le profil des populations accueillies).

Cette partition s'est traduite par :

- à une diminution de 56% de l'offre USLD (-45 % en Corse) et une progression du nombre de lits EHPAD en regard.
- à la nécessité de recentrer l'activité d'USLD sur sa mission sanitaire : soins aux personnes requérant un suivi médical rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum.

Diagnostic

La couverture territoriale sera appréhendée à partir des périmètres géographiques des anciens départements de Haute Corse et de Corse du Sud, correspondant à l'organisation actuelle de la réponse aux besoins de soins. L'équipement régional est de 190 lits dont 130 lits en Corse-du-Sud et 60 en Haute Corse répartis entre 6 implantations. Le taux d'équipement cible étant de 6 lits pour 1000 habitants de plus de 75 ans, la Corse reste sous-équipée en valeur absolue avec cependant une forte disparité dans la répartition des lits existants entre le nord et le sud.

L'activité des USLD est caractérisée par :

- par des taux d'occupation importants (96 % en moyenne),
- une baisse importante des pathos moyens pondérés (PMP) entre 2006 et 2012 (date de la dernière évaluation validée), avec une prise en compte maintenue de l'évaluation 2006 dans le modèle économique appliqué, dans l'attente de nouvelles orientations sur le positionnement des USLD (rapport IGAS 2016 : amélioration du dispositif existant, recentrage vers une population gériatrique..) ; une réflexion nationale a été annoncée sur le fonctionnement et financement des USLD ;
- des PMP qui s'échelonnent de 156 à 474 en 2012 (la moyenne nationale est à 389) ; le Gir moyens pondérés (GMP) en 2012 est compris entre 861 et 915 pour une moyenne nationale de 853 ;
- une offre qui s'inscrit dans une complémentarité avec l'offre médico-sociale, dans un contexte régional de sous occupation des EHPAD et la nécessité d'une diversification des prises en charge médico-sociales et d'une adaptation des structures d'hébergement et de soins ;

- des installations physiques problématiques, qui se traduisent, dans certains établissements, par des conditions de fonctionnement et d'hébergement dégradées (sur des sites excentrés ou des surfaces insuffisantes).

Les objectifs du PRS I portaient sur une amélioration de la couverture territoriale avec notamment la mise en œuvre d'une autorisation de lits dans le Centre Corse. Il était aussi prévu de mener une réflexion sur une extension de lits sur le grand Bastia, au regard des prévisions démographiques sur l'évolution prévue des + de 75 ans d'ici à 2020.

Les actions recensées étaient : définition d'un protocole d'admission centrée sur des personnes nécessitant des soins médico-techniques importants, intervention de l'EMG dans ces unités, développer la prise en charge en psycho-gériatrie en lien avec l'équipe de liaison ; coordonner les USLD avec les structures en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer et démences apparentées, sous la supervision du CMRR.

Les axes de travail pour le PRS 2 :

- conforter les unités dans le parcours de soins, notamment en assurant un recrutement de personnes âgées requérant des soins médico-techniques importants ou des soins d'accompagnement induits par un état crépusculaire,
- assurer un encadrement formé et qualifié,
- étudier le modèle médico-économique de ces unités, en lien avec la Collectivité de Corse, dans un contexte économique de convergence tarifaire,
- travailler avec la Collectivité de Corse, dans le cadre des conventions tripartites, sur les conditions d'hébergement de ces unités.

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

Les unités de soins de longue durée doivent contribuer à faciliter l'accès à la santé des plus fragiles dans une logique de parcours continu, dans le cadre d'une offre de qualité, innovante et sécurisée.

Objectif opérationnel N°1 : améliorer la qualité de la prise en charge des personnes âgées poly pathologiques ou présentant une pathologie chronique au long cours

L'objectif doit permettre d'assurer un accès aux soins pertinent et équitablement réparti, dans un souci de réponse aux besoins d'une population identifiée comme relevant de ce type de prise en charge

Action N°1 : lancer une concertation régionale sur un modèle d'évolution de l'offre en USLD (en lien avec les EHPAD), dans une logique de parcours continu et dans le cadre d'une approche prudentielle et anticipatrice (dans l'attente de directives nationales).

Le rééquilibrage territorial en faveur de la Haute-Corse et l'amélioration des conditions d'accueil seront pris en compte dans cette réflexion. La prise en charge de maladies spécifiques et/ou orphelines (chorée de Huntington..) devra également faire l'objet d'une attention particulière.

Action N°2 : évaluer le public accueilli (sur la base du référentiel PATHOS) et les mesures mises en place visant le respect des critères d'accueil dans les USLD en faveur des patients nécessitant des soins médico-techniques importants (renforcer le nombre de SMTI+ M2)

Indicateur de suivi :

- ✓ actions prévues,
- ✓ nombre de patients SMTI+M2 par USLD, PMP par USLD

Objectif opérationnel N°2 : Améliorer le parcours de soins des patients accueillis dans les USLD

Cet objectif doit rappeler le niveau d'exigence nécessaire dans les conditions d'accueil et de prises en charge des patients dans des unités sanitaires, dans un souci d'assurer un accès aux soins sécurisé et de qualité ;

Action N°1 : améliorer la prise en charge des maladies géronto-psychiatriques par un recours à de l'expertise spécialisée,

Action N°2 : renforcer le dispositif d'accompagnement de fin de vie

Action N°3 mener une politique de formation des soignants (prise en charge de la douleur, fin de vie, escarres...)

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre d'interventions (équipes mobiles),
- ✓ types de formation et personnels concernés,
- ✓ nombre de consultations

Objectifs quantifiés (Implantations)

Activité de soins	Nombre d'implantations existantes PRS1	Suppression	Création	Nombre d'implantations cibles PRS-2
Soins de longue durée	6	0	0	6

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

Diagnostic

Plusieurs constats sous-tendent l'élaboration du projet :

- de nombreuses données existent sur la santé de l'enfant et du jeune, en lien avec les études menées. Toutefois, ces données ne sont que partiellement partagées.
- le poids des déterminants sociaux et environnementaux dès le début de la vie doit s'examiner attentivement dans le contexte sociodémographique ;
- afin d'assurer le plus précocement possible les interventions en matière de dépistage, de repérage et d'évaluation, la coordination des professionnels de la santé auprès des familles est à conforter ;
- le poids des chrono-distances, reflet de la géographie du territoire, et la démographie des professionnels de santé sont des facteurs qui peuvent favoriser des difficultés d'accès aux soins voire aboutir à du renoncement aux soins ;
- la reconnaissance par les professionnels de santé et les aidants familiaux des spécificités dans l'expression des symptômes à l'adolescence et des modalités d'intervention auprès des adolescents doit permettre une meilleure adéquation de l'offre.

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

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

Objectif opérationnel N°1 : mettre en réseau l'ensemble des partenaires pour améliorer le repérage précoce et les fonctions de veille.

Il s'agit d'accroître l'efficacité de la coordination des politiques publiques en lien avec l'accompagnement de la structure familiale et des enfants et des jeunes en situation de vulnérabilité. Il faut permettre aux professionnels de mieux identifier les signes de mal-être ou de souffrance des jeunes, de mieux orienter vers les professionnels compétents, de faciliter les interventions précoces, de diversifier et d'améliorer les prises en charge.

Action N°1 : mise en place d'un observatoire de la santé des enfants et des jeunes, piloté par l'ARS et porté par un ensemble d'intervenants auprès de ce public dont notamment la CdC, l'Education Nationale, la DRJSCS, Santé Publique France et l'ORS.

Les fonctions sont regroupées en 3 catégories :

- sentinelle pour construire une veille partagée,
- analyse sur demande spécifique,
- suivi sur la mise en œuvre des domaines d'actions en santé des enfants et des jeunes du PRS.

Action N°2 : actualisation des conventions pluri-partenariales.

Indicateur de suivi :

- ✓ mise en place de l'observatoire

Objectif opérationnel N°2 : améliorer l'accès des professionnels de santé et socio-éducatifs à l'information et aux formations.

Le déploiement d'une culture commune permettra, par formation réciproque, d'appréhender les problématiques de chacun pour tendre vers des solutions conjointes plus efficaces. Une meilleure identification des ressources en matière d'ingénierie de formation, d'information et d'intervention en éducation pour la santé contribuera à l'évolution des modalités d'intervention.

Action N°1 : valoriser l'offre de formation.

Action N° 2 : favoriser la participation des professionnels de santé à des formations continues conjointes, au travers, par exemple, des séminaires de formation au parcours éducatif de santé.

Indicateur de suivi :

- ✓ nombre de formations réalisées

Objectif opérationnel N°3 : optimiser le signalement d'insalubrité dans les logements hébergeant des enfants.

Cet objectif vise à diminuer l'impact des inégalités de santé liées aux déterminants socio-environnementaux. Les impacts sanitaires des conditions d'habitat sont marqués avant l'âge de 5 ans et de nature variée : maladies respiratoires (asthme), intoxications oxycarbonées, saturnisme infantile, etc. Un pôle départemental de lutte contre l'habitat indigne (PDLHI), prévu par le plan départemental pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées (PDALHPD) 2015-2021 est un appui à l'atteinte de cet objectif.

Le travail en commun des acteurs de la lutte contre l'habitat indigne et insalubre, doit permettre de sensibiliser les acteurs sur le terrain à une vigilance accrue pour les logements hébergeant des enfants.

Action N°1 : créer un parcours de signalement accéléré « habitat/enfant ».

Objectif opérationnel N°4 : améliorer la couverture vaccinale.

Action N°1 : poursuivre les actions d'information et d'accompagnement auprès des professionnels de santé et des parents notamment dans le cadre de l'extension de l'obligation vaccinale pour les nourrissons (ex. : semaine européenne de la vaccination, intervenir dès la formation des étudiants du secteur médical/paramédical).

Objectif opérationnel N°5 : bénéficier d'une prévention et d'une prise en charge bucco-dentaire précoce.

Les troubles bucco-dentaires constituent une problématique physiologique qui peut entraîner à l'âge adulte des pathologies chroniques (troubles digestifs, céphalées, maux de dos), donc également un surcoût en terme de dépenses de santé. Ces aspects peuvent également engendrer des troubles psychologiques (« paraître » : regard des autres, problèmes lors des entretiens d'embauche pour les jeunes, acceptation sociale, etc.)

Action N°1 : décliner en Corse le plan national de prévention bucco-dentaire.

Indicateurs de suivi :

- ✓ taux de couverture vaccinale des 24 mois et à 18 ans
- ✓ nombre d'actions en prévention buccodentaire

Objectif opérationnel N°6 : protéger les jeunes en « souffrance ».

La souffrance des jeunes peut prendre différentes formes, parfois silencieuse et être la résultante de multiples facteurs. Grandir ne signifie pas toujours prendre de la force, car l'appui de la structure familiale peut se faire de moins en moins proche, les besoins financiers de plus en plus importants, l'obligation de réussite pressante. De ce fait, les prises en charge peuvent connaître des ruptures au passage de l'enfance à l'adolescence.

Action N°1 : préserver la santé physique et mentale des **jeunes sous main de justice** «éviter la double peine» en favorisant l'accès à l'information des professionnels et à la coordination des intervenants.

Action N°2: mettre en place des séquences d'information auprès des professionnels, des familles pour lutter contre la stigmatisation des **jeunes « hors normes »**.

Un enfant ou jeune adulte atteint d'obésité, ayant un handicap ou une maladie chronique visible (ex. : lecteur de glycémie sur le bras pour les diabétiques de type 1), au-delà du combat mené contre la maladie, souffre parfois davantage du regard extérieur, voire n'a pas de relations sociales. Cet aspect ne doit pas être négligé afin de ne pas aggraver l'état de santé et de bien-être du jeune.

Les jeunes en souffrance psychique

Action N°3 : développer un maillage des professionnels du premier recours à partir des dispositifs existants : points d'accueil écoute jeunes et des maisons des adolescents (MDA), en accord avec leur nouveau cahier des charges respectif.

Action N°4 : améliorer la fluidité des prises en charge du repérage à l'accompagnement médico-psycho-social. En lien avec le volet parcours psychiatrie et santé mentale, les modalités de coopération seront facilitées entre les intervenants du premier recours socio-éducatifs, les équipes de soins primaires et les structures d'accueil polyvalentes (type MDA) d'une part et avec le maillage des Centres Médico-Psychologiques (CMP) d'autre part.

Les jeunes (dé)connectés

Une majorité de jeune vit au quotidien avec au moins un écran (smartphones, jeux vidéo, réseaux sociaux, télévision). L'usage débute de plus en plus jeune et la consommation quotidienne est de plus en plus importante. Ceci engendre un manque de sommeil et de la fatigue, pouvant influencer sur la réussite scolaire et professionnelle. De plus, les réseaux sociaux peuvent constituer un lieu virtuel néfaste pour certains jeunes, victimes de harcèlement massif.

Action N°5 : prévention du « lynchage en ligne » menant à une grande souffrance psychique : formation d'interlocuteurs ressources au sein des établissements scolaires et des dispositifs de premier recours.

Action N°6 : communication dans les établissements scolaires sur les risques liés aux écrans.

Objectif opérationnel N°7 : prendre en main sa santé.

Le parcours santé des enfants et des jeunes bénéficie d'un a priori positif : la majorité des enfants/jeunes sont en bonne santé (postulat). Toute la problématique est d'arriver à préserver cette bonne santé. Chez les enfants et adolescents, les habitudes de vie étant en construction et les compétences en cours d'acquisition, c'est une population particulièrement réceptive aux apprentissages et à la prévention.

Objectif opérationnel 7.1 : conforter les programmes de développement des compétences psychosociales (CPS) chez les enfants.

Action N°1 : étendre la prise en compte des CPS à l'ensemble de la Corse

Objectif opérationnel N°7.2 : préserver la santé en évitant les conduites à risques.

L'objectif s'inscrit dans l'information et la communication sur les risques d'addiction et leurs effets temporels. Toutefois, quelle que soit la thématique traitée (alcool, sexualité, conduite sur route, musique amplifiée, etc.), l'ensemble des acteurs s'accorde à souligner le manque d'efficacité des messages véhiculés. Une solution pourrait être de développer une nouvelle stratégie de communication, à la fois en terme de supports (ex. : réseaux sociaux) et de vecteurs des messages (ex. impliquer des jeunes).

Action N°1 : réduire les conduites à risque de consommation de substances psychoactives en favorisant l'accès aux consultations avancées des Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) et aux consultations jeunes consommateurs (CJC).

Action N°2 : développer une communication adaptée auprès des adolescents et des jeunes.

- investir dans la promotion en santé sexuelle dans une approche globale et positive en lien avec la stratégie nationale de santé sexuelle
- améliorer le parcours de santé en matière d'IST, dont le VIH et les hépatites virales : à chaque étape de la prévention, au dépistage, et à la prise en charge ;
- faciliter l'accès à l'offre de réduction des risques pour les usagers de drogues.
- améliorer la santé reproductive en lien avec la filière périnatalité. (Cf. titre II – chapitre 1 – partie 1.6 – La périnatalité).

Action N°3 : assurer l'accès à une contraception adaptée pour éviter les grossesses non désirées.

Action N°4 : assurer l'accès à l'IVG.

Actions N°5 : poursuivre les actions de sensibilisation des jeunes dans le domaine l'accidentologie routière, dans le cadre des plans départementaux d'actions de sécurité routière.

Action N°6 : améliorer la formation en santé sexuelle auprès des professionnels de santé, du secteur médico-social et socio-éducatif.

Action N°7 : prévention du bruit :

- auprès des parents dès la naissance au sein des crèches et des écoles : le bruit est source de déconcentration, d'énerverment, de fatigue et, pour les professionnels de l'éducation, source de stress.
- Par la sensibilisation lors des concerts/festivals et distribution de kits « réduction acoustique » (bouchon d'oreille, casque pour les enfants). Une écoute prolongée et forte peut engendrer des problèmes sanitaires potentiellement graves.

En lien avec les orientations du programme national nutrition santé 2017 – 2021

Enfants : prévention de l'obésité infantile

Actions N°8 : information et sensibilisation auprès des parents et des structures d'accueil de la petite enfance.

Action N°9 : promotion de l'allaitement maternel.

Jeunes : prévention des troubles des conduites alimentaires

Face à un accroissement de la pression de la communication commerciale pour les marques alimentaires de mauvaise qualité nutritionnelle et la pression de l'environnement social quant aux habitudes alimentaires, il convient de renforcer les interventions conçues selon les principes du marketing social et les actions de communication menées dans le cadre d'interventions à composantes multiples.

Action N°10 : poursuivre les actions de communication visant à orienter les choix des consommateurs vers des aliments et des comportements favorables à la santé

Action N°11 : augmenter la pratique d'activité physique

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre de programmes en milieu scolaire pour développer les compétences psychosociales
- ✓ nombre d'actions ciblées sur la réduction d'exposition au bruit
- ✓ taux d'IVG chez les moins de 25 ans
- ✓ taux d'obésité à 6 ans
- ✓ pourcentage de fumeurs quotidiens de tabac à 17 ans.

Objectif opérationnel N°8 : conforter l'accompagnement des enfants et des jeunes en lien notamment avec la filière périnatale, l'onco-pédiatrie, la filière pédiatrique et le volet handicaps rares et maladies rares du PRS.

Prévenir et prendre en charge rapidement, dans les structures adéquates, en respectant les particularités incombant au jeune âge des patients nécessite aussi de prendre en compte les besoins des parents.

Le parcours de santé des enfants et des jeunes ne peut se passer d'un volet périnatalité fort, qui englobe à la fois la protection de la femme enceinte, du bébé en devenir et de l'ensemble de la structure familiale. De plus à différente période de vie des fragilités peuvent s'exprimer :

- en particulier lors de transferts sur le continent, en cas de nécessité de prise en charge en maternité de niveau 3 ;
- plus globalement, pour l'ensemble des personnes résidant en Corse, quel que soit leur lieu de prise en charge, en termes d'information et d'apports sur le diagnostic, d'annonce (maladie, handicap, décès...), de prise en charge, de parentalité et de solutions d'hébergement en cas d'hospitalisation nécessaire du nourrisson ou de l'enfant ;
- à l'adolescence dans une phase de revendication d'autonomie.

Action N°1 : faciliter la reconnaissance des associations d'aide à la parentalité.

Action N°2 : améliorer l'accompagnement auprès des familles à l'occasion des prises en charge par la diffusion d'une information relative aux droits et aides disponibles.

- en Corse pour les traitements effectués sur le continent,
- à domicile pour les traitements effectués en établissement,
- à l'école, au travail, etc. après une longue interruption.

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre d'actions auprès des familles
- ✓ évolution des taux de fuite en hospitalisation sur le continent pour les moins de 18 ans

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

La santé mentale intègre dans sa dimension préventive l’ensemble des démarches œuvrant à la promotion d’environnements favorables à la santé mentale. Elle vise à apporter une réponse à la détresse psychologique, à assurer la prévention et la prise en charge des personnes présentant des troubles psychiques ainsi que leur accompagnement social et médico-social. Elle s’attaque aux préjugés, à la stigmatisation qui entourent toujours les troubles psychiques et sont un frein à l’accès aux soins et à l’insertion des personnes concernées.

Le rang occupé par la morbidité psychiatrique parmi l’ensemble des maladies chroniques au plan régional et l’impact social que représente la maladie psychiatrique font de la santé mentale un enjeu majeur de santé publique et d’inclusion sociale.

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a notamment défini la politique de la santé mentale en France et son organisation territoriale. Volontairement transversale elle s’inscrit dans un ensemble de dispositifs, de plans, de cadres réglementaires à différents niveaux de maturité de déploiement : mise en place de communautés psychiatriques de territoire, stratégie quinquennale de l’offre médico-sociale-volet « handicap psychique » 2017-2021, développement des parcours éducatifs en santé au sein des établissements scolaires, du « projet pour l’enfant » loi du 14 mars 2016, du développement de l’offre d’habitat alternatif/inclusif, de la démarche « emploi accompagné », du 4^{ème} plan autisme.

La création en octobre 2016 du Conseil National de Santé Mentale (CNSM), multisectoriel et interministériel, articulé à l’Observatoire national du suicide, aux comités de pilotage de la psychiatrie et du handicap psychique ainsi qu’au comité de suivi du plan autisme, vient conforter la stratégie nationale de la santé mentale dans cette dimension transversale.

Au plan territorial et infra territorial, les objectifs poursuivis par les projets territoriaux de santé mentale (PTSM), viennent concrétiser cette politique en définissant une coopération et une coordination territoriale pour mettre en place une offre diversifiée de soins et un accompagnement social et médico-social.

Compte tenu de la coexistence fréquente de co-morbidités liées à l’usage de substances psychoactives notamment, aux objectifs du parcours santé mentale sont adossés ceux relatifs à la prévention, la prise en charge et l’accompagnement des personnes présentant des conduites addictives.

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

Prévention

Les actions de prévention se caractérisent par une coordination insuffisante par leur nature souvent ponctuelle et partiellement reliées à la parentalité et aux consommations de substances psychoactives.

Bien que portées par des intervenants spécialisés, en particulier les centres de soins d’accompagnement de prévention et de soins en addictologie Association Nationale de Prise en charge et de prévention en Alcool et Addiction (ANPAA), Association Départementale de Promotion de la Santé (ADPS) Centre Loretto, et par les généralistes, elles peinent à amplifier leur impact en proximité.

Le travail sur le développement des compétences psychosociales initié en Corse du Sud n’a pu se généraliser sur l’ensemble du territoire.

Repérage précoce, dépistage

Malgré l’effort de formation réalisé et la réactivité des soignants, la prévention et le repérage de la crise suicidaire n’a pu faire l’objet d’un programme dédié.

Le dépistage des troubles neuro développementaux souffre d’une inégalité d’accès territorial. Le territoire de Corse-du-Sud ne dispose pas d’une organisation en équipe pluridisciplinaire pour apporter une expertise complémentaire des troubles DYS.

Equipements

Dans le cadre de l’organisation des prises en charge et des modalités d’accompagnement, l’objectif d’humanisation du secteur hospitalier psychiatrique du centre hospitalier de Bastia ne s’est pas réalisé. La modernisation des pavillons a été partiellement effectuée au centre hospitalier de Castelluccio. La restructuration de l’offre ambulatoire a été partiellement conduite.

Coopération et coordination

La coopération des intervenants identifiée comme enjeu dans le PRS1 devait faciliter le parcours des jeunes et des adultes. Les centres médico-psychologiques (CMP), les centres d'accueil médico-social précoce (CAMSP), les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), les intervenants de l'aide sociale à l'enfance (ASE) et de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), les maisons des adolescents voient leurs professionnels régulièrement en interaction. Pour les adultes, qu'ils soient ou pas en situation de handicap psychique, les coopérations autour de la personne âgée, de l'accompagnement vers le logement, du suivi ambulatoire à domicile, mobilisent de nombreux intervenants et dispositifs médico-psychosociaux. Pour autant, la juxtaposition des dispositifs aux statuts différents est encore trop prégnante dans les territoires.

Le repérage de situations de complexité croissante dans un contexte marqué par une précarité sociale s'aggravant dans la cité, justifie en effet de porter un effort sur ces coordinations.

L'articulation, tant au domicile qu'en établissement auprès des personnes âgées, en perte d'autonomie, n'a pu être pleinement investie.

Les difficultés à recueillir et à échanger des données concernant le champ d'intervention en santé mentale n'ont pu être totalement levées. L'observatoire régional des maladies mentales et d'addicto-vigilances n'a pas été finalisé. Les innovations technologiques intégrant les systèmes d'information et plus particulièrement la télé-expertise et la télé-consultation n'ont pu être portées.

Les stratégies visant à informer, à construire une image positive de la santé mentale sont de plus en plus portées par les professionnels et les aidants.

La semaine d'information en santé mentale est reconduite annuellement depuis 2013. Les groupes d'entraide mutuelle se sont constitués sur Bastia, Ajaccio et Porto-Vecchio tout récemment. En matière d'accompagnement vers l'autonomie l'éducation thérapeutique se déploie. L'activité de l'association union nationale des familles et d'aidants de parents malades psychiques (UNAFAM) s'est développée sur les principaux sites d'hospitalisation et se mobilise activement sur le levier formation.

L'évolution de l'offre de santé est marquée par l'ouverture de l'Unité de Soins Intensifs en Psychiatrie (USIP) pour les personnes présentant des troubles graves du comportement.

Un bureau d'aide psychologique universitaire (BAPU) a été créé également auprès du pôle universitaire de Corte. L'offre ambulatoire a conduit sa modernisation en Balagne à travers le CMP de l'île Rousse.

En Corse-du-Sud, des projets de modernisation ont été engagés à Porto-Vecchio.

Dans un contexte immobilier contraint, les professionnels des établissements de santé de Bastia et de Castelluccio ont assuré une activité de liaison en Corse-du-Sud avec l'équipe l'unité mobile psychiatrie précarité et l'équipe de liaison accueil urgences (ALU).

Les équipes de secteur ont consolidé les prises en charge médico-psychologiques à la maison d'arrêt d'Ajaccio, au centre de détention de Borgo et au centre de détention de Casabianda.

La clinique San Ornello a répondu aux demandes d'hospitalisation pour des patients issus du centre de détention de Borgo. L'évolution du recrutement met à présent régulièrement l'établissement en situation de tension.

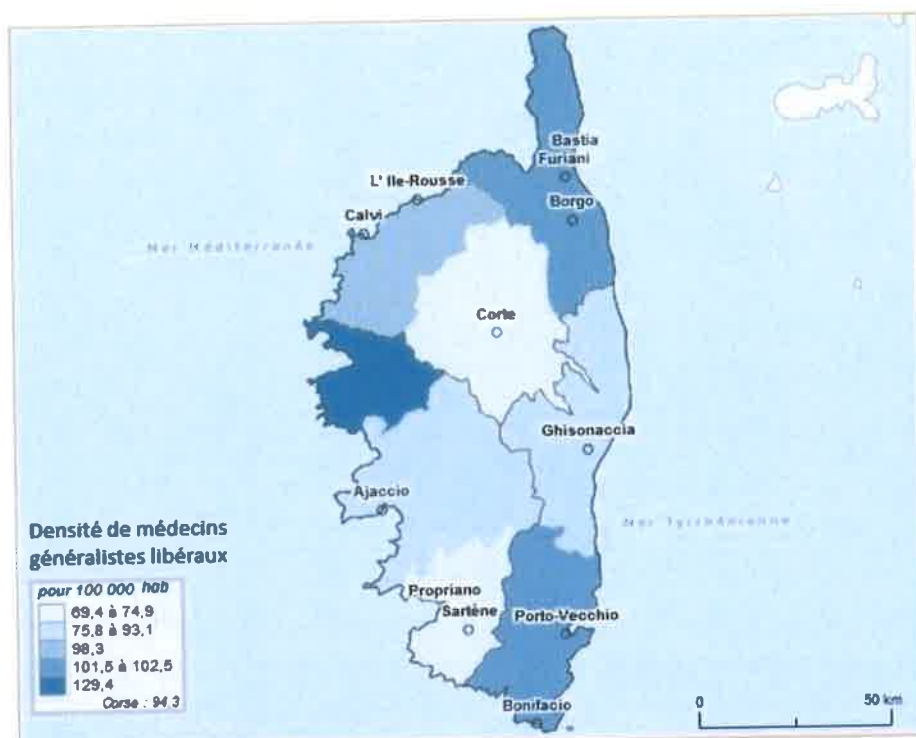
En matière de formation, les équipes des centres hospitaliers de Bastia et de Castelluccio se sont investies de manière remarquable sur des séquences de formation et des journées de regroupement dont certaines d'un recrutement international.

Le centre hospitalier de Castelluccio a réussi à développer les conditions permettant le recrutement d'internes de psychiatrie.

En matière d'offre de santé en addictologie, le renforcement de l'offre en soins de suite, en équipe de liaison, en matière d'activité ambulatoire a été engagé.

Diagnostic

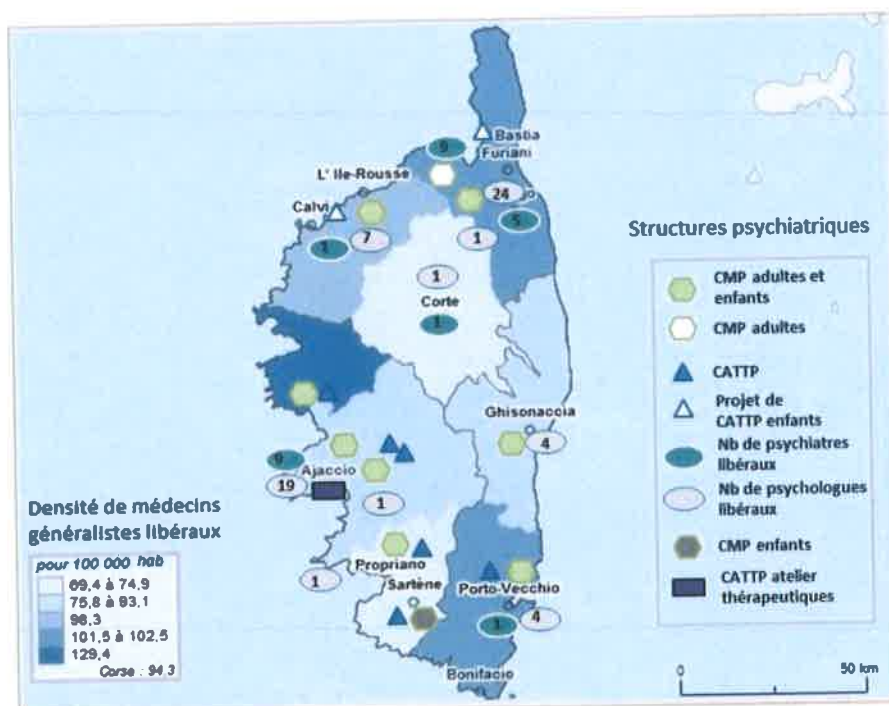
3.1. L'offre en équipements hospitaliers



© ARS Corse - IGN GéoFla - Bassins de vie unifiés

Source : DRSM Paca-Corse, 2016

3.2. L'offre de soins ambulatoires



© ARS Corse - IGN GéoFla - Bassins de vie unifiés

Source : DRSM Paca-Corse, 2016

3.3. L'activité des établissements autorisés en psychiatrie

➤ Centre hospitalier de Bastia

Prise en charge temps complet :

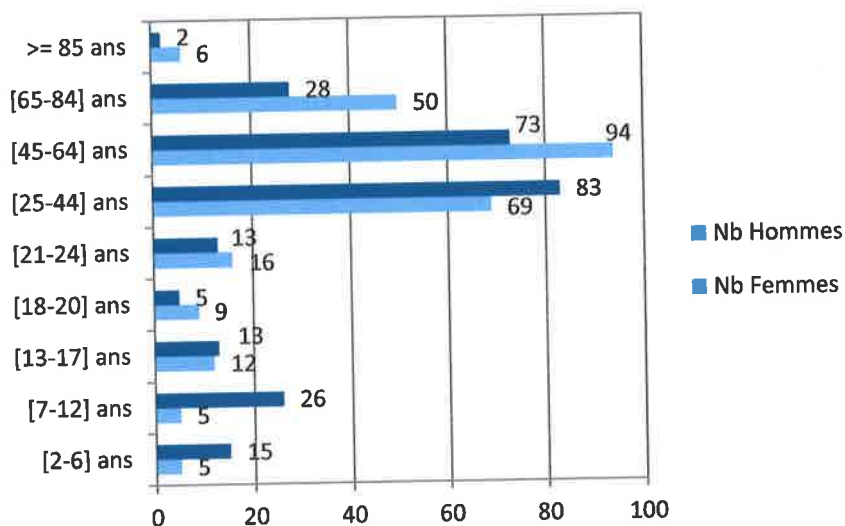
- Nombre de patients : **470**
- Durée moyenne d'hospitalisation : **25,33**

Nombre de patients pris en charge temps partiel : **54**

Catégorie diagnostic	Nb séjours	Nb journées	Nb patients
Troubles mentaux organiques, dont troubles symptomatiques	8	253	41
Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives	73	1109	145
Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants	148	4446	238
Troubles de l'humeur [affectifs]	259	4901	834
Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	35	356	367
Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques	5	49	8
Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte	80	1378	196
Retard mental	2	15	13
Troubles du développement psychologique	71	3145	256
Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence	12	373	111
Total	685	16025	2209

Source : CH de Bastia, données PMSI, 2017

Nb de patients hospitalisés par sexe et âge : CH de Bastia 2017



Pathologie au long cours :

Nombre de journées au long cours rapporté au nombre total de journées temps Plein et temps partiel : 27%

Nombre total de journées : 4334 ; nombre total de patients : 45

27 patients cumulent 2221 journées

➤ **Centre hospitalier de Castelluccio**

Prise en charge temps complet :

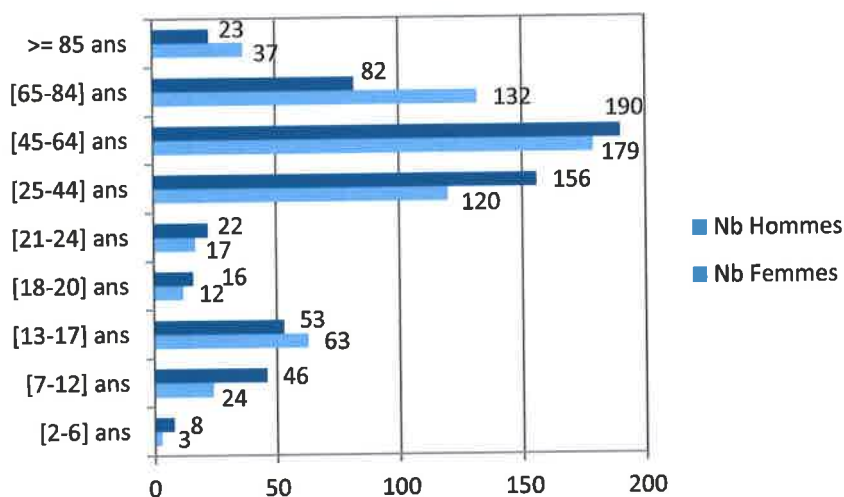
- Nombre de patients : **876**
- Durée moyenne d'hospitalisation : **61,28**

Nombre de patients pris en charge temps partiel : **397**

Catégorie diagnostic	Nb séjours	Nb journées	Nb patients
Troubles mentaux organiques, dont troubles symptomatiques	85	4644	113
Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives	193	5123	359
Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants	291	17311	561
Troubles de l'humeur [affectifs]	333	10899	1192
Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	208	5286	1539
Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques			
Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte	147	6157	298
Retard mental	32	3967	48
Troubles du développement psychologique	41	2837	41
Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence	89	3130	395
Total	1419	59354	4546

Source : CHD de Castelluccio, données PMSI, 2016

Nb de patients hospitalisés par sexe et âge : CH de Castelluccio 2016



Pathologie au long cours :

Nombre de journée au long cours rapporté au nombre total de journée temps plein et temps partiel : 53%

Nombre total de journées : 33130 ; nombre total de patients : 411

70 patients cumulent 13203 journées.

➤ **Clinique San Ornello**

Prise en charge temps complet :

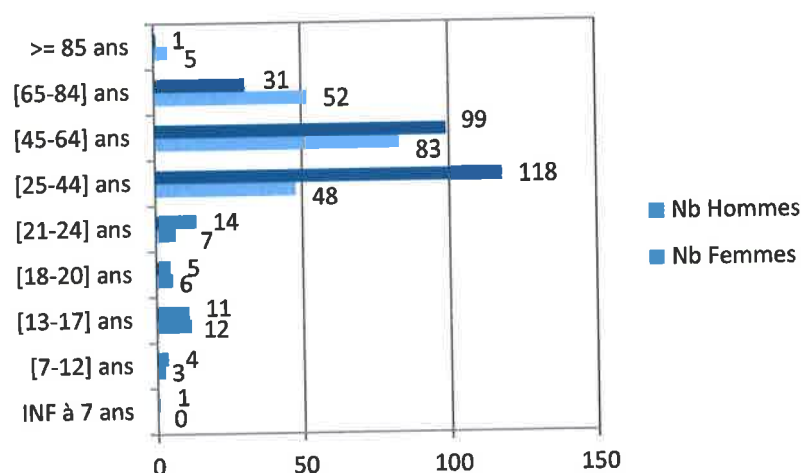
- Nombre de patients : **500**
- Durée moyenne d'hospitalisation : **71,61**

Nombre de patients pris en charge temps partiel : **0**

Catégorie diagnostic	Nb séjours	Nb journées	Nb patients
Troubles mentaux organiques, dont troubles symptomatiques	2	597	2
Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives	145	8669	126
Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants	165	14134	149
Troubles de l'humeur [affectifs]	195	9573	172
Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	44	977	43
Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques	4	345	2
Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte	79	3857	65
Retard mental	10	712	8
Troubles du développement psychologique	17	847	13
Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence	18	995	15
Total	679	40706	595

Source : Clinique San Ornello, données PMSI, 2016

Nb de patients hospitalisés par sexe et âge : Clinique San Ornello 2016



Pathologie au long cours

Nombre de journées au long cours rapporté au nombre total de journées temps plein et temps partiel : 36%

Nombre total de journées : 40706 ; nombre total de patients : 595

18 patients cumulent 5562 journées

➤ **Clinique du Cap**

Prise en charge temps complet :

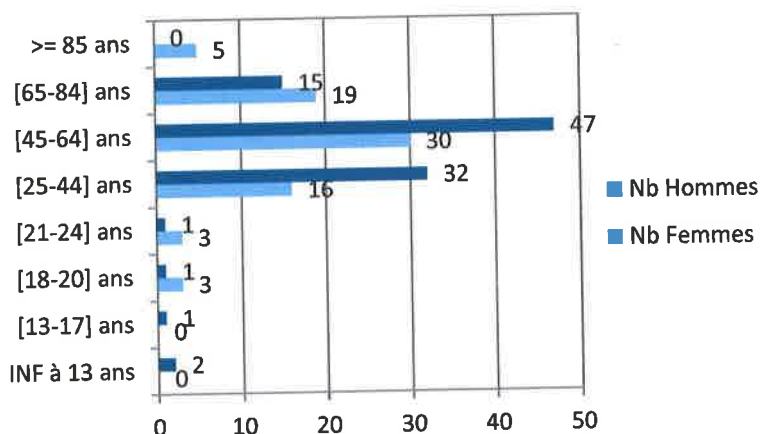
- Nombre de patients : **175**
- Durée moyenne d'hospitalisation : **92,37**

Nombre de patients pris en charge temps partiel : **0**

Catégorie diagnostic	Nb séjours	Nb journées	Nb patients
Troubles mentaux organiques, dont troubles symptomatiques	5	1030	3
Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives	113	4954	48
Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants	57	3903	25
Troubles de l'humeur [affectifs]	185	6341	82
Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	54	1888	17
Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques	167	4132	57
Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte	8	498	5
Retard mental	589	22746	237
Total	1178	45 492	474

Source : Clinique du CAP, données ePMSI, 2016

Nb de patients hospitalisés par sexe et âge : Clinique du Cap 2016



Pathologie au long cours :

Nombre de journées au long cours rapporté au nombre total de journées temps plein et temps partiel : 50%

Nombre total de journées : 8132 ; nombre total de patients : 26

3 patients cumulent 1097 journées

La villa San Ornello

La Villa San Ornello dispose de 37 places d'accueil de jour. 284 patients ont été pris en charge en 2016 en hospitalisation à temps partiel, représentant 12 261 journées de présence et 847 demi-journées. 18 patients avaient plus de 65 ans (6.3% des patients).

Des prises en charge de longue durée y sont réalisées. Sur les 130 suivis de ce type 61 concernent des patients souffrant de troubles schizophréniques divers, représentant 5254 journées (57% des journées de ce type de séjour). 17 patients (13%), souffrent de pathologies liées aux addictions, représentant 1150 journées (11.6% des journées).

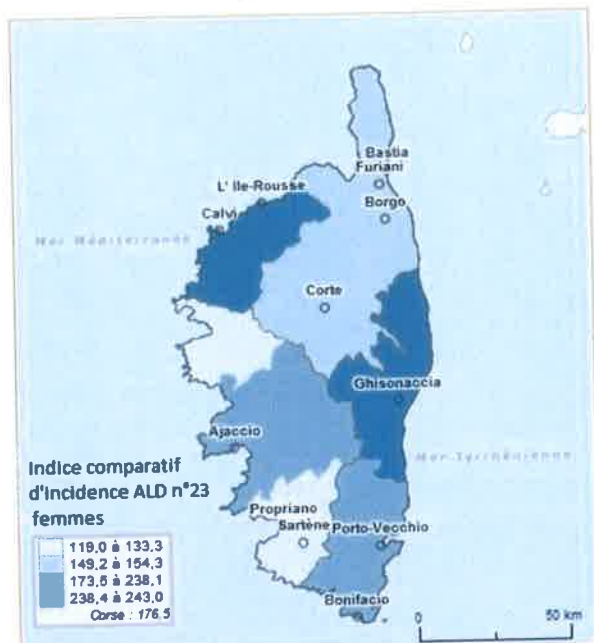
90% des patients effectuent des entretiens avec la psychologue du centre. Comme pour la clinique San Ornello, des prises en charge groupales sont également effectuées et animées par la psychologue (groupe de parole + réhabilitation cognitive + affirmation de soi).

3.4. La consommation de soins

➤ Indice comparatif des affections longue durée affection psychiatrique (ALD n°23)⁹

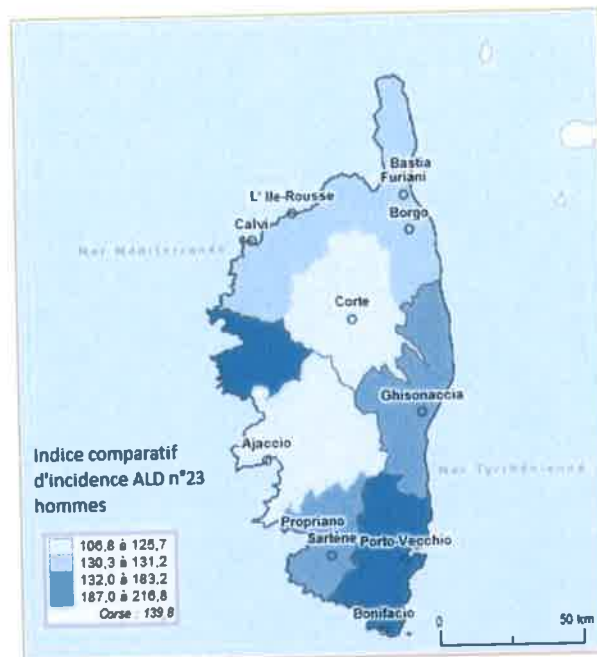
Une affection longue durée est une maladie qui nécessite un suivi et des soins prolongés (plus de 6 mois) et des traitements coûteux.

ALD n°23 psychiatrie - Femmes



© ARS Corse - IGN GéoFla - Bassins de vie unifiés
Source : Cnamts, RSI, MSA, 2013-2014

ALD n°23 psychiatrie - Hommes



© ARS Corse - IGN GéoFla - Bassins de vie unifiés
Source : Cnamts, RSI, MSA, 2013-2014

L'indice comparatif d'incidence (ICI) est égale au rapport en base 100 du nombre d'admissions en ALD dans une population, à celui qui serait obtenu si les taux d'incidence par sexe et âge étaient identiques à ceux de la France pour la période sélectionnée, *i.e.* entre 2013 et 2014.

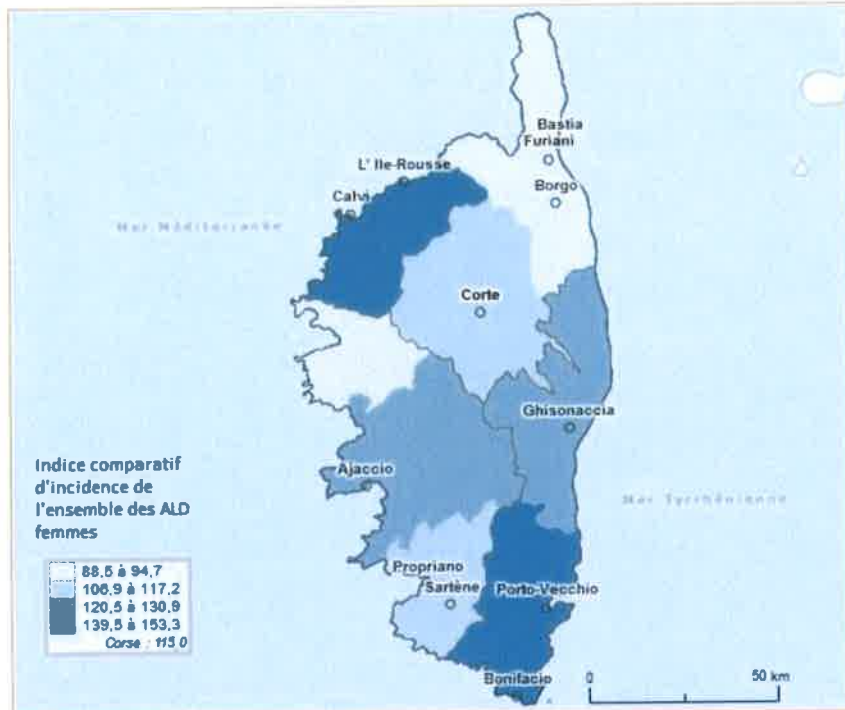
L'ICI relatif à l'ALD psychiatrie, varie de l'ordre de 139,8 pour les hommes à 176,5 pour les femmes, avec pour base 100 le territoire Français.

Les variations spatiales de cet indice sont différentes d'un bassin de vie à l'autre, selon le sexe de la population considérée.

Comparativement à l'ICI mesuré pour l'ensemble des ALD (voir ci-dessous), la psychiatrie femme (resp. homme) présente un caractère persistant en Balagne et Plaine Orientale (resp. dans les aires de Vico et du Grand sud).

⁹ Source : Sirsé Corse- Cnamts, RSI et MSA

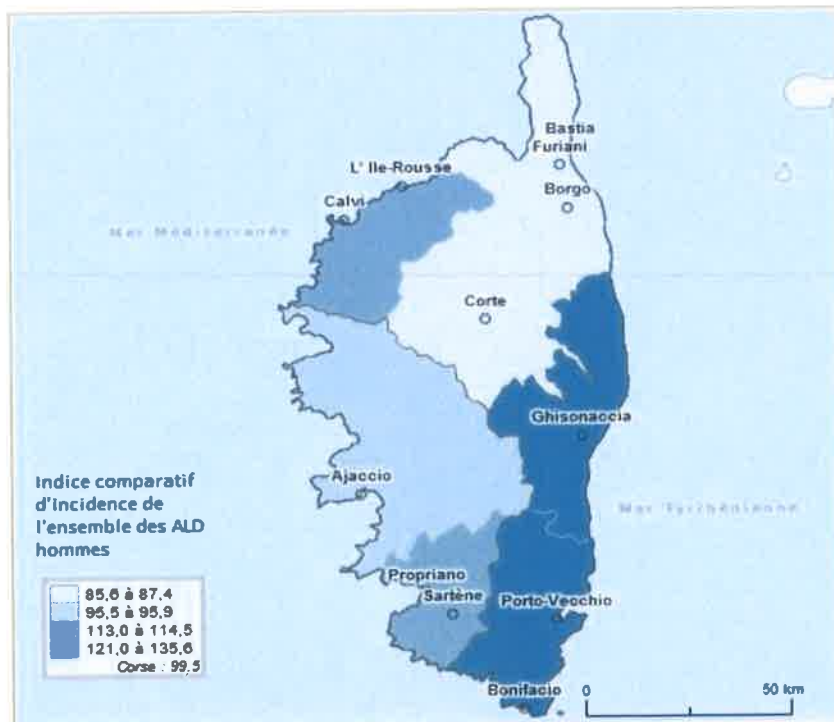
Indice comparatif d'incidence de l'ensemble des ALD - Femmes



©ARS Corse - IGN GéoFla - Bassins de vie unifiés

Source : Cnamts, RSI, MSA, 2013-2014

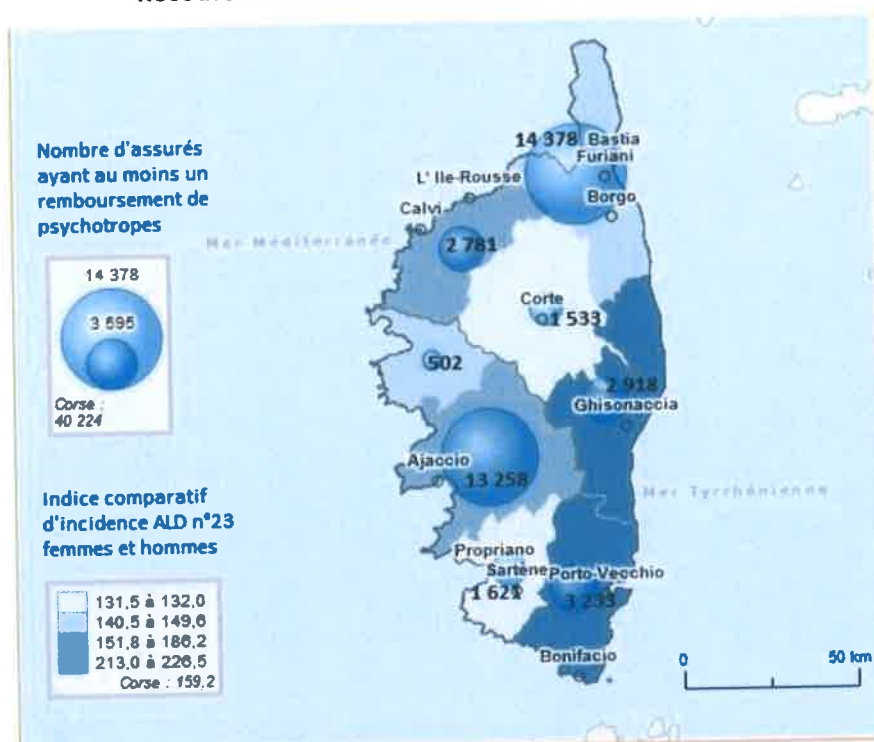
Indice comparatif d'incidence de l'ensemble des ALD - Hommes



©ARS Corse - IGN GéoFla - Bassins de vie unifiés

Source : Cnamts, RSI, MSA, 2013-2014

Recours aux médicaments psychotropes



© ARS Corse - IGN GéoFla - Bassins de vie unifiés

Sources : Cnamts, RSI, MSA, 2013-2014 ; DRSM Paca-Corse, 2015

La carte ci-dessus présente un comparatif de l'ICI des ALD psychiatriques hommes et femmes, à la consommation de psychotropes estimée par le nombre d'assurés du régime général ayant eu au moins un remboursement au cours de l'année 2015 (antipsychotiques, anxiolytiques, hypnotiques et sédatifs hors barbituriques, antidépresseurs, psychostimulants, dépendance alcoolique et dépendance opioïde). Les bassins de vie de Bastia et d'Ajaccio, sont les deux gros consommateurs de psychotropes.

3.5. Décès par suicide

Dans le 2^{ème} rapport de l'observatoire national du suicide, il est recensé en 2012 34 décès par suicide de personnes résidant en Corse (source : INVS-CépiDc). Ces décès concernent 25 hommes et 9 femmes soit un ratio de 2,8 hommes pour une femme ce qui est plus bas que le sex-ratio national qui est de 3.

Nombre de suicides et taux de mortalité bruts et standardisés selon le département de résidence et le sexe en Corse, en 2012.

	Hommes	Femmes	Ensemble
PACA			
Nombre de décès par suicide	25	9	34
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	16,1	5,5	10,7
Taux standardisés pour 100 000 habitants)*	15,3	5,2	10
Corse-du-Sud			
Nombre de décès par suicide	13	4	17
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	18,4	5,3	11,6
Taux standardisés pour 100 000 habitants)*	17,5	4,7	11
Haute-Corse			
Nombre de décès par suicide	12	5	17
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	14,1	5,7	9,9
Taux standardisés pour 100 000 habitants)*	13,5	5,5	9,3
France entière			
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)	24,9	7	15,1

* Standardisation sur la structure par âge de la population française en 2012. / Source : CépiDc, analyse INVS

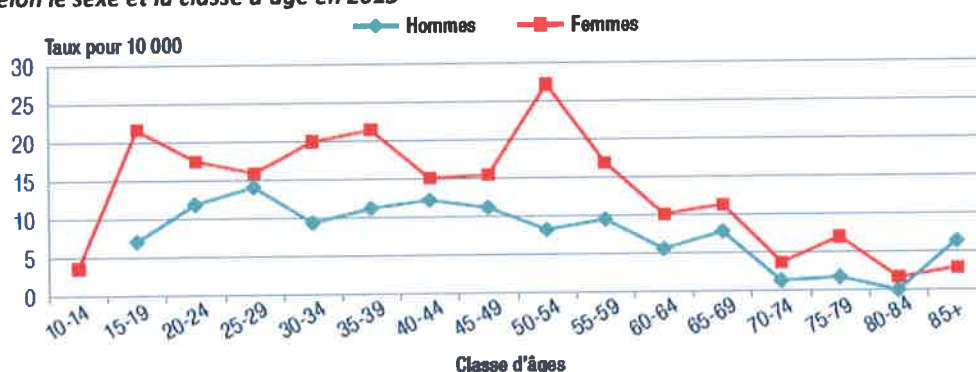
Tentatives de suicide

En 2013, 294 personnes (104 hommes et 190 femmes) résidant en Corse ont eu recours à de l'hospitalisation suite à une tentative de suicide dans des services de médecine et de chirurgie. **Les réadmissions pour récurrence de tentative de suicide dans l'année concernent près de 10% des patients (8,7% des hommes et 10,5% des femmes).**

Globalement, les taux féminins d'hospitalisation sont systématiquement supérieurs aux taux masculins sauf dans les âges les plus élevés (après 85 ans) avec un taux d'hospitalisation qui est 1,8 fois supérieur chez la femme que chez l'homme.

Ainsi, chez les adolescentes de 10 à 14 ans, le taux d'hospitalisation est de 3,6 pour 10 000 femmes et il passe à 22 pour 10 000 femmes chez les adolescentes de 15 à 19 ans. Le pic a lieu dans la classe d'âge des 50-54 ans où le taux atteint 27 pour 10 000.

Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide en médecine et chirurgie chez les personnes résidant en Corse selon le sexe et la classe d'âge en 2013



Nombre de suicides et taux d'hospitalisation bruts et standardisés (pour 10 000 habitants) pour tentative de suicide selon le département de résidence et le sexe en Corse, en 2013

Source : ATIH, Analyses InVS

	Hommes	Femmes	Ensemble
Corse			
Nombre d'hospitalisations	113	210	323
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	8	14,1	11,2
Taux standardisés pour 10 000 habitants)*	8,1	14,7	11,6
Corse- du-Sud			
Nombre d'hospitalisations	56	105	161
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	8,8	15,2	12,1
Taux standardisés pour 10 000 habitants)*	9,1	15,8	12,5
Haute-Corse			
Nombre d'hospitalisations	57	105	162
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	7,4	13,2	10,4
Taux standardisés pour 10 000 habitants)*	7,3	13,7	10,5
France entière			
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)	12,4	18,9	15,7

Comparés aux taux de l'ensemble du territoire français, le taux corse d'hospitalisation pour tentative de suicide est de 26% inférieur au taux national (-35% chez les hommes et -22% chez les femmes).

3.6. Modes de prise en charge de la population en milieu pénitentiaire

(cf. titre 2 – chapitre 1 – partie 1-17)

Données d'activité psychiatrique 2016 / 2015

Source OSSD

	MA AJACCIO	CP BORGIO	CD CASABIANDA
File active	NR/33	340/299	171/146
Nombre de consultations de psychiatre	NR/152	585/379	95/166
Nombre de consultations de psychologue	NR/230	668/521	2079/1507
Nombre d'actes infirmier	NR/232	35673/29694	8469/8112

3.7 L'offre médico-sociale

Les structures pour les adultes et enfants en situation de handicap et l'offre médico-sociale pour personnes âgées sont développées dans le volet médico-social du PRS 2.

Le renforcement des structures de prise en charge précoce de type CAMSP et CMPP a contribué à l'offre médico-sociale en direction des enfants présentant des troubles du caractère et du comportement.

Parallèlement, 45 nouvelles places ont été autorisées pour la prise en charge de ces troubles à la fois en milieu ordinaire et en institution ; la création d'un dispositif ITEP sur la Haute Corse a été engagée et finalisée à la fois pour répondre au besoin prégnant quant à ce type de structure mais également pour l'organisation de modalités de prises en charge souples et adaptables.

Concernant le polyhandicap, le renforcement de l'offre a majoritairement concerné l'offre institutionnelle en direction des adultes les plus lourdement handicapés (FAM, MAS). 16 places de MAS ont ainsi été autorisées et 40 places de FAM. Sur le secteur des enfants, un SESSAD spécifique de 10 places a également été autorisé sur la Haute Corse.

Auprès des adultes présentant un handicap psychique, l'amélioration de la coopération avec le secteur médico-social et particulièrement avec les SAMSAH constitue un enjeu important. Pour l'accompagnement de la personne âgée en situation ou non de perte d'autonomie, l'offre sociale et médico-sociale plus particulièrement examinée dans le parcours bien vieillir (cf. titre 3 chapitre 1), appelle à des coopérations s'inscrivant dans l'organisation graduée de l'offre de psychogériatrie.

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

Objectif opérationnel N°1 : agir tôt.

Action N°1 : améliorer le repérage précoce des troubles psychiques.

Améliorer le repérage précoce des troubles neuro développementaux chez l'enfant.

Soutenir l'effort de formation auprès des intervenants de premier niveau : personnel éducatif et médico-social de l'éducation nationale, médecin généraliste, pédiatre, psychologue libéral, infirmier libéral, sage-femme, personnel soignant de la protection maternelle et infantile.

Informers les familles, associations représentant les usagers, professionnels de santé de l'offre spécialisée en matière de :

- troubles du caractère et du comportement,
- précocité intellectuelle,
- troubles déficitaires de l'attention,
- troubles neuro développementaux.

Améliorer la coordination des intervenants en CMP, CMPP et CAMSP pour réduire les délais d'intervention et conforter la filière de prise en charge par l'établissement de conventions de coopération entre les structures de prise en charge ambulatoire.

Harmoniser l'offre de ressource en matière de diagnostic des troubles neuro développementaux pour l'ensemble du territoire.

Etudier la faisabilité à l'échelle régionale d'un centre de ressources vis-à-vis des troubles du caractère et du comportement.

Indicateur de suivi :

- ✓ nombre et âge des enfants repérés

Action N°2 : contribuer à la prévention du risque suicidaire à toutes les périodes de la vie.

- Améliorer le repérage et la prise en charge de la crise suicidaire chez la personne âgée,
- Favoriser le développement de dispositifs de maintien du contact avec les suicidants,
- Soutenir l'effort de formation auprès des intervenants du premier recours,
- Accompagner l'effort de formation au repérage et à la prise en charge.

Indicateur de suivi :

- ✓ nombre et type de situations prises en charge, nombre et type de professionnels formés

Objectif opérationnel N°2 : prendre soin et conforter la capacité d'ajustement de l'intensité des soins aux besoins

Action N°1 : améliorer l'accessibilité à une offre de soins graduée et de qualité sur l'ensemble du territoire

Soutenir la démarche de constitution d'une communauté psychiatrique de territoire entre les centres hospitaliers de Bastia et de Castelluccio.

Encourager la modernisation des établissements de prise en charge en santé mentale :

- Moderniser les équipements en hospitalisation temps complet ou temps partiel des centres hospitaliers de Bastia et de Castelluccio pour faciliter l'accueil et la prise en charge en psychogériatrie pour améliorer la filière d'accueil et de crise.
- Adapter et moderniser les conditions d'hospitalisation des patients en hospitalisation sous contrainte ; tout particulièrement à la clinique San Ornello (fréquemment saturée ces dernières années s'agissant de la prise en charge des détenus du centre pénitentiaire de Borgo) et en étudiant les modalités d'une plus grande sécurisation de cette prise en charge.

Développer l'accès aux psychothérapies (thérapies cognitives et comportementales, familiales notamment) à partir de lieux accessibles à la population (CMP, maisons de santé pluridisciplinaires).

S'engager dans une innovation technique en matière de Stimulation Magnétique Trans crânienne.

Rendre accessible le recours à l'interprétariat et à la langue des signes.

Moderniser l'offre de psychiatrie infanto-juvénile :

- Améliorer les conditions de prise en charge en hébergement et d'accueil dans les locaux de l'Alba en psychiatrie infanto-juvénile au centre hospitalier de Castelluccio.
- Conforter les alternatives à l'hospitalisation.
- Faciliter les relais de prise en charge hospitalière en développant une offre de 2 places en famille d'accueil sur le territoire d'Ajaccio et le sud du département de Corse-du-Sud ainsi qu'une offre sur le territoire de Bastia.

- Adapter l'organisation des CMP aux évolutions sociodémographiques.
- Restructurer le CMP en psychiatrie infanto juvénile de Corte.
- Conforter le CMP de Bastia et le CATTP.
- Développer une offre CATTP dédiée aux adolescents à Bastia.
- Identifier la filière régionale de prise en charge des troubles des conduites alimentaires à l'adolescence.

Indicateurs de suivi :

- ✓ signature de la convention constitutive de la communauté psychiatrique de territoire,
- ✓ type d'opérations de modernisation,
- ✓ activités (nombre et âge des suivis CMP CATTP).

Action N°2 : prévenir et mieux prendre en charge les situations de crises et d'urgence.

Les conditions d'hospitalisation dans les suites de l'admission au service d'accueil et d'urgences du centre hospitalier de Bastia ne permettent pas un accompagnement satisfaisant pour les professionnels et les usagers. L'articulation entre l'offre sectorielle et l'offre hospitalière de San Ornello n'est pas adaptée aux prises en charge des situations de crise. Les adolescents restent au centre hospitalier de Bastia et sont hébergés soit en pédiatrie, en UHCD et dans le secteur adulte.

Des difficultés d'accès en hospitalisation pour les patients hospitalo-requérants du territoire du sud de la Corse ne se déroulent pas dans de bonnes conditions.

La coopération des partenaires de ce territoire en intégrant les établissements de santé, le CMP, les transporteurs sanitaires doit être rénovée en s'appuyant notamment sur les innovations technologiques.

Les situations de crise à domicile par leur caractère parfois inaugural, souvent rapidement évolutif, trouvent les parents et aidants démunis. Pour répondre aux besoins exprimés par les parents et ceux soulevés par les professionnels de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) et de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ) à travers les familles d'accueil et les foyers, l'accessibilité à l'offre spécialisée de santé doit être améliorée.

La tendance à l'accroissement du recours à l'hospitalisation à la demande d'un tiers pour les personnes âgées souligne les difficultés en amont de l'accompagnement des soignants et des aidants. Par ailleurs les conditions satisfaisante une évaluation et une préparation du retour à domicile dans de bonnes conditions. Ces deux constats soulignent la nécessité d'apporter un soutien en psycho gériatrie au plus près des lieux de vie.

La complexité des situations de personnes en situation d'exclusion sociale nécessite une mobilisation pluridisciplinaire dans des conditions d'urgence médicale voire sociale. L'organisation actuelle souvent mise en tension demande comme le souligne les travaux du PRAPS une meilleure anticipation ainsi qu'un accompagnement durable.

- Assurer les conditions d'un accueil adapté au service des urgences ou en service d'accueil médical non programmé.
 - Evaluer en lien avec les intervenants en santé mentale les conditions d'accueil et de gestion des situations de crise au centre hospitalier de Bastia, à la clinique San Ornello, aux centres hospitaliers d'Ajaccio, de Castelluccio et à la polyclinique du Sud de la Corse.
- Adapter en inter sectoriel les modalités organisationnelles pour accroître les capacités d'intervention concertée et coordonnée au domicile ou au sein des établissements médicosociaux sur l'ensemble du territoire.
 - Faciliter la mobilisation des compétences de psychiatrie en lien avec les maisons de santé pluri professionnels, les équipes de soins primaires.
 - Conforter la fonction de liaison des équipes de secteur en lien avec la permanence d'accueil et de soins des établissements de Bastia, Ajaccio et Porto Vecchio auprès des publics en situation de précarité sociale.
 - Favoriser la coopération des intervenants des secteurs de la PJJ, de l'ASE et de la pédopsychiatrie pour la gestion des situations de crise.
 - Proposition d'un protocole d'intervention.
- Conforter l'offre de prise en charge spécialisée pour les personnes victimes de psycho-traumatismes (femmes victimes de violences, migrants, enfants exposés à des violences...)
 - Accompagner la CUMP régionale dans ses missions de formation.

- Investir dans les innovations organisationnelles et techniques.
 - Mettre en œuvre les modalités de télémédecine (téléconsultation et télé expertise) pour les prises en charge notamment dans le territoire du sud du département de corse du sud, et pour les activités ambulatoires du CMP du Valinco, en Balagne, dans le centre Corse et la plaine orientale.

Indicateurs de suivi :

- ✓ évaluations réalisées
- ✓ nombre et type d'innovations organisationnelles et techniques mises en œuvre
- ✓ nombre d'actes médicaux, d'entretiens psychologiques et de soins infirmiers en psychiatrie de liaison

Objectif opérationnel N°3 : soutenir la personne et l'aidant dans la cité

Action N°1 : assurer les soins et les accompagnements coordonnés dans un cadre ambulatoire (domicile ou établissement).

Il convient de développer les prises en charge en réhabilitation psychosociale.

L'accompagnement coordonné et adapté aux besoins de la personne souffrant de troubles psychiques et des aidants contribue à maintenir une dynamique d'insertion sociale et professionnelle dans le lieu de vie de leur choix :

- expérimenter un programme de retour à domicile en lien avec le premier recours,
- en lien avec la MDPH, garantir une offre de soins et de services coordonnés ainsi qu'une aide aux aidants au domicile dans les premières semaines post hospitalisation,
- promouvoir l'activité des SAMSAH et des SAVS,
- adapter l'offre sanitaire et médico-sociale avec ou sans hébergement au public handicapé psychique vieillissant et mettre en œuvre une étude relative aux besoins,
- faciliter les réunions de concertation pluri professionnelle en périnatalité (Sage-femme libérale, PMI, CAMSP, service d'obstétrique et de psychiatrie),
- promouvoir les services adaptés et diversifiés destinés à faciliter l'accès à la scolarisation concernant les adolescents en rupture scolaire et sociale ayant une co-morbidité psychiatrique.

Indicateurs de suivi :

- ✓ identification des besoins en matière d'offre médicosociale pour le handicap psychique
- ✓ nombre et type de coopérations en lien avec les intervenants du premier recours

Action N°2 : faciliter l'accès aux logements et à l'emploi des personnes porteuses de troubles psychiques :

- développer les dispositifs d'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique dans l'emploi, notamment par le déploiement de dispositifs d'emploi accompagné qui vise à l'insertion et au maintien en emploi en milieu ordinaire de travail, par la combinaison d'un accompagnement à visée d'insertion professionnelle et médico-sociale,
- veiller à l'adaptation de l'accueil en ESAT des personnes en situation de handicap psychique ne pouvant être accompagnées dans l'emploi en milieu ordinaire,
- développer une offre de logements inclusifs, renforcer l'offre de logements adaptés aux personnes présentant des troubles psychiques (résidence accueil, familles gouvernantes...),
- rechercher une coopération étroite avec le dispositif des SAMSAH, des SAVS et des SPASAD en cohérence avec le PRAPS,
- améliorer l'accès à une offre d'hébergement : conforter l'expérimentation « A CASA PRIMA ».

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre de personnes ayant bénéficié des dispositifs de logement inclusif
- ✓ nombre et type de coopérations en lien avec les intervenants des dispositifs relatifs à l'emploi et la formation

Action N°3 : favoriser les dynamiques de proximité qui mobilisent le pouvoir d’agir :

- développer des actions de sensibilisation et d’information :
 - participer à la Semaine d’Information sur la Santé Mentale (SISM),
 - contribuer à travers des actions de la formation et des services d’insertion professionnelle,
 - développer le soutien aux aidants par l’accueil des familles, le soutien téléphonique, les groupes de paroles, la formation des aidants ;
- favoriser l’autonomisation des patients :
 - faire connaître et former à la Pair-aidance,
 - soutenir les GEM de Bastia, d’Ajaccio et de Porto Vecchio,
 - soutenir une offre de formation auprès des représentants des usagers ;
- soutenir les espaces de concertation :
 - établir un programme de travail visant le développement des espaces de concertation et de coordination à partir des CLSM ;
- développer l’offre de formation :
 - conforter les stratégies de formation et de la pratique régulière des analyses de pratiques des intervenants de santé mentale,
 - favoriser les formations interdisciplinaires (sanitaire, médico-social, social),
 - promouvoir le développement de la recherche clinique au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie.

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre et type de formations
- ✓ nombre d’actions d’information.

Objectifs quantifiés (Implantations)

Activité de soins	Nombre d’implantations existantes PRS1	Suppression	Création	Nombre d’implantations cibles PRS 2
-------------------	--	-------------	----------	-------------------------------------

PSYCHIATRIE ADULTE

Hospitalisation complète	4	0	0	4
Hospitalisation de jour	5	0	0	5
Hospitalisation de nuit	1	0	0	1
Placement familial thérapeutique	0	0	1	1
Appartement thérapeutique	0	0	1	1

PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE

Hospitalisation complète	2	0	0	2
Hospitalisation de jour	3	0	0	3
Hospitalisation de nuit	1	0	0	1
Placement familial thérapeutique	0	0	1 à 3	1 à 3
Appartement thérapeutique	0	0	0	0

Focus sur l'addictologie

Le triptyque habituel : prévention-repérage précoce, prise en charge médico-psycho-socio-éducative et réhabilitation structure l'organisation de l'offre de santé.

Cette dernière s'appuie sur un maillage composé de professionnels de santé du premier recours en ambulatoire, de centres de soins spécialisés du secteur médico-social pour la Corse (uniquement en ambulatoire) et des équipements hospitaliers MCO et psychiatriques. Pour ces derniers, trois niveaux de prise en charge hospitalière sont identifiés:

Niveau I = consultations + Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA)

Niveau II = Niveau I + Unité d'Hospitalisation pour sevrages complexes + SSR

Niveau III : Niveau II + Activité de recherche en addictologie.

Des facteurs de vulnérabilité sont identifiés :

- une offre peu lisible,
- une coopération peu développée avec l'offre de soins libérale.

Des enjeux sont d'ores et déjà identifiés :

- la promotion des interventions préventives au sein des communautés et adaptées à chaque classe d'âge,
- le maillage du premier recours pour accroître l'accessibilité à l'offre,
- l'offre hospitalière davantage lisible.

Diagnostic :

Le maillage territorial régional 2016

- La Prévention et l'Accompagnement assurés par les trois Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) et le Centre d'Aide d'Accompagnement et de Réduction des Risques pour les Usagers de Drogues (CAARRUD).
- Les soins ambulatoires : le maillage territorial de la Corse repose sur l'intervention :
 - de trois CSAPA
 - CSAPA ANPPAA : régional
 - CSAPA LORETTO : Corse du Sud
 - CSAPA ADPS : Haute Corse ;
 - du CAARRUD régional ;
 - des trois centres hospitaliers : Ajaccio, Castelluccio et Bastia.
 - de la Collectivité de Corse : Consultations Tabac et Consultations en addictologie pour les femmes enceintes.

Les CSAPA et le CAARRUD interviennent également au sein des trois centres pénitentiaires de Corse.

➤ La Filière hospitalière

- centre hospitalier de Castelluccio à Ajaccio : prise en charge de niveau II : patients avec fortes comorbidités psychiatriques

Cette filière de niveau II est complétée par la prise en charge en moyen séjour au SSR Finosello à Ajaccio.

➤ Centre hospitalier d'Ajaccio : Consultations d'addictologie pour :

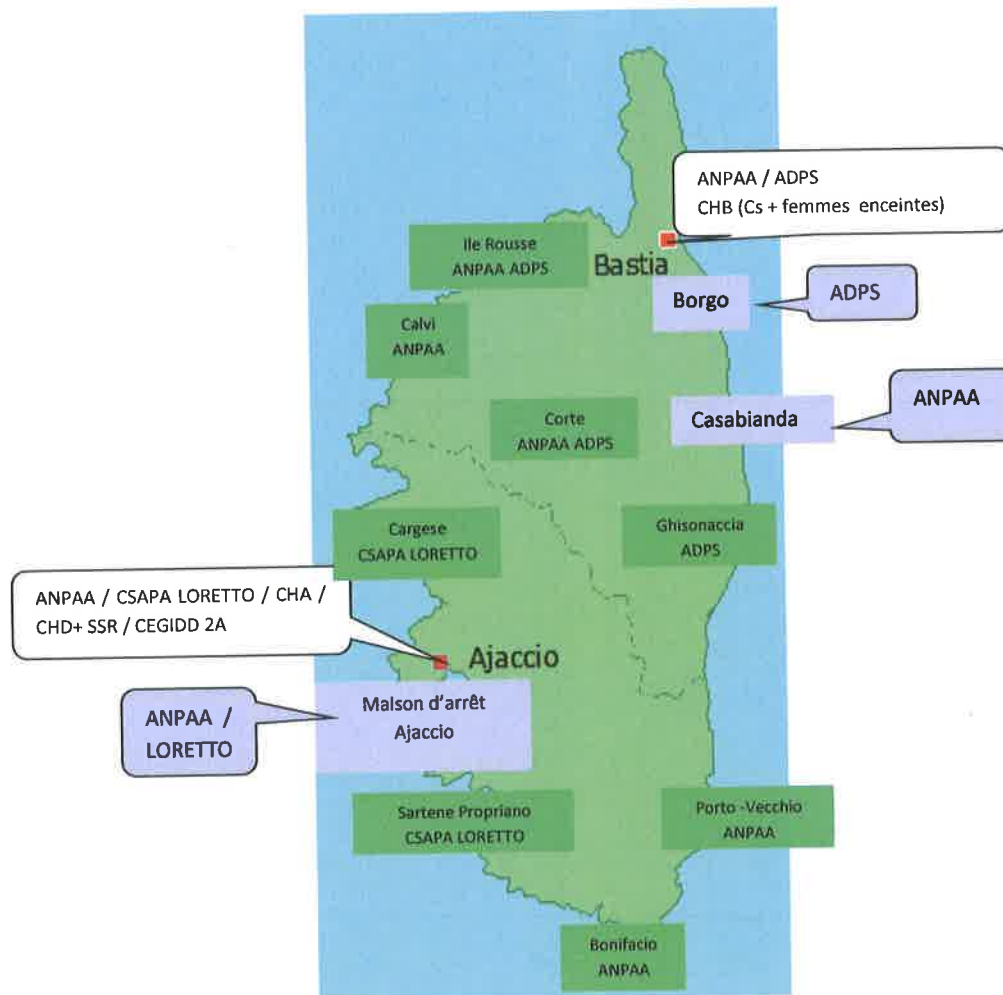
- des patients externes,
- des patients hospitalisés à la demande des services de gastro entérologie, de médecine interne et neuro vasculaire,
- des personnels de l'établissement.

- Clinique San Ornello :
 - o 85 patients pris en charge en 2017,
 - o Propositions d'ateliers thérapeutiques (2 ateliers hebdomadaires), d'entretiens individuels avec une psychologue, et d'entretiens infirmiers.

- La Villa San Ornello :
 - o 59 patients pris en charge 2017,
 - o Propositions de prise en charge reposant sur les techniques cognitivo-comportementales, d'ateliers chronologiques et d'entretiens individuels motivationnels.

- Clinique du Cap :
 - o 58 patients pris en charge en 2017,
 - o Propositions d'ateliers thérapeutiques hebdomadaires, d'entretiens infirmiers et coordination des soins en lien avec le centre de jour la Villa San Ornello.

- CRF Finosello :
 - o Consultations et sevrages résidentiels complexes : patients adressés par les médecins libéraux. En fonction des comorbidités associées il leur est proposé un sevrage ambulatoire ou un sevrage résidentiel au CRF.



Objectif opérationnel N°1 : poursuivre, consolider et compléter le déploiement d'une offre diversifiée, graduée et cohérente.

- Centre hospitalier de Castelluccio :
 - Maintenir le niveau II : patients avec fortes comorbidités psychiatriques
 - Développer :
 - ✓ l'activité de l'ELSA,
 - ✓ les ateliers thérapeutiques,
 - ✓ des partenariats avec les professionnels de santé libéraux pour l'accompagnement à l'occasion du retour à domicile, le repérage précoce.
 - Améliorer :
 - ✓ la coordination des intervenants spécialisés de l'ANPAA et du centre LORETTO pour assurer le suivi à domicile de patients en situation de vulnérabilité,
 - ✓ la réponse aux besoins des patients habitant dans les zones rurales,
 - ✓ personnaliser la prise en charge des patients.
 - Optimiser la réinsertion sociale
 - Réaliser un travail exploratoire sur les modalités de prise en charge des patients non hospitalisés et en état de crise
 - Etudier la faisabilité de suivi à domicile des sevrages ambulatoires

- Centre hospitalier d'Ajaccio :

Identifier une unité de sevrages résidentiels complexes ce qui permettrait de prendre en charge des patients qui présentent des comorbidités somatiques et ne désirent pas être hospitalisés en milieu psychiatrique au centre hospitalier de Castelluccio.

- Utiliser l'expertise du CRF Finosello spécialisé en addictologie :
 - Etudier la possibilité de réalisation des sevrages complexes dans le cadre d'une procédure d'expérimentation, quand il existe des comorbidités somatiques.
 - Prévention de la « rechute » par des techniques cognitivo- comportementales et de rééducation psychothérapeutique, balnéothérapie, physique et médicamenteuse.

- Clinique San Ornello et Clinique du Cap
 - Favoriser la structuration de la filière addictologique par l'adaptation de l'offre de soins et notamment par d'éventuelles transformations d'établissement dans le cadre d'une réflexion concertée avec les établissements concernés.

- Développer l'offre en addictologie en Haute Corse :
 - Création d'un niveau II en Haute Corse : Consultation spécialisée + ELSA + unité de sevrage résidentiel pour les patients avec comorbidités somatiques et pour les patients avec comorbidités psychiatriques
 - Développer :
 - ✓ l'activité de l'ELSA,
 - ✓ les ateliers thérapeutiques,
 - ✓ des partenariats avec les professionnels de santé libéraux pour l'accompagnement à l'occasion du retour à domicile, le repérage précoce.
 - Améliorer :
 - ✓ la coordination des intervenants spécialisés du CSAPA et ANPAA et pour assurer le suivi à domicile de patients en situation de vulnérabilité,
 - ✓ la réponse aux besoins des patients habitant dans les zones rurales.
 - Personnaliser la prise en charge des patients.
 - Optimiser la réinsertion sociale

- Réaliser un travail exploratoire sur les modalités de prise en charge des patients non hospitalisés et en état de crise
- Etudier la faisabilité de suivi à domicile des sevrages ambulatoires

Objectif opérationnel N°2 : renforcer les consultations de proximité auprès des publics en situation de précarité, en périnatalité et dans le dispositif des consultations jeunes consommateurs

Objectif opérationnel N°3 : améliorer la coordination des intervenants en addictologie

Etudier la faisabilité d'une plateforme régionale d'appui aux professionnels de santé et aux acteurs du domaine des addictions comportementales ou non.

Objectif opérationnel N°4 : favoriser le développement de l'offre de formation

Objectif opérationnel N°5 : développer une offre de prévention cohérente sur l'ensemble du territoire

Prévenir les conséquences des pratiques addictives en milieu du travail : Développer les compétences des professionnels et des usagers.

- Au repérage précoce et en intervention brève
- Au repérage précoce des comportements addictifs ne relevant pas de consommation à risque

Identifier les points de contacts et les dispositifs d'actions sociales pouvant servir de support aux actions de prévention.

Faciliter l'accès à l'information auprès des parents et des professionnels socio-sanitaires.

Faciliter l'accès aux bases de données.

Indicateurs de suivi :

- ✓ création de l'offre niveau 2 en Haute Corse,
- ✓ file active des consultations de proximité

Chapitre 4 – Le parcours Cancer

Le parcours de santé peut se définir pour les acteurs de santé comme l'ensemble des étapes et le cheminement parcouru par un sujet dans un système sanitaire et social organisé, dans un temps et un espace donné. Il concerne l'ensemble des déterminants de santé, articulant la prévention, les soins, le médico-social et le social.

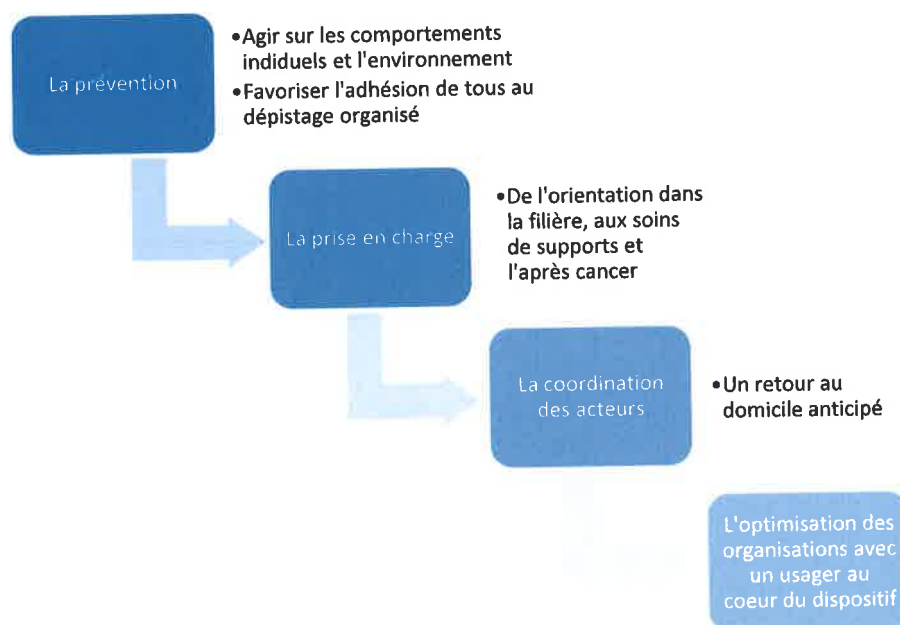
Pour l'utilisateur, le parcours de santé doit assurer l'information sur la maladie et sur les options thérapeutiques, l'établissement d'un plan de soins et l'aide à son suivi, le droit à un second avis, le soutien et l'accompagnement du patient comme de son entourage.

C'est selon ces deux approches et dans le contexte du 3^{ème} plan cancer pour la période de 2014 à 2019 que s'inscrit le parcours en cancérologie d'un usager de Corse.

Ce parcours doit avoir l'ambition de :

- **Investir** dans la prévention et la recherche pour réduire le nombre de nouveaux cas de cancer ; préparer les progrès à venir dans une démarche de proximité en offrant une prise en charge de qualité sur l'île ;
- **Guérir** plus de personnes malades en favorisant des diagnostics précoces et en garantissant l'accès de tous à une médecine de qualité et aux innovations ;
- **Préserver** la continuité et la qualité de vie en proposant une prise en charge globale de la personne pendant et après la maladie, tenant compte de l'ensemble de ses besoins ;
- Avoir la volonté d'**optimiser** le pilotage et les organisations de la lutte contre les cancers pour une meilleure efficacité en y associant pleinement les personnes malades et les usagers du système de santé.

Les étapes de ce parcours sont reprises dans le processus suivant, des données clés permettront de mieux comprendre les enjeux dans certaines étapes.



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

Objectif stratégique n° 2 du COS : faire de l'usager un acteur éclairé et actif du système de santé

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

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

➤ **La prévention**

Le cancer est la première cause de mortalité en Corse (2011-2013 source ORS), 10% des cancers sont héréditaires et 40 % des cancers (source INCa) résultent de l'exposition à des facteurs de risques éventuels (alcool, tabac, alimentation, risques infectieux, UV ...). En Corse on assiste à une sur-incidence des cancers pulmonaires chez la femme (source INVS).

Agir sur les facteurs de risques individuels permettrait de lutter contre la mortalité prématurée par cancer de l'appareil respiratoire ou par maladie liée à l'alcoolisme. De même promouvoir une meilleure prise en charge par les systèmes de soins permettrait de lutter contre la mortalité prématurée par cancer du sein ou de l'utérus chez la femme en Corse (source ORS).

Depuis 2004, de 41 à 66 cancers du sein par an ont été diagnostiqués par le dépistage organisé, 10 % grâce à la seconde lecture (source ARCODECA).

Il s'agit de donner à chacun les moyens de réduire son risque de cancer en devenant un acteur investi de sa santé.

Objectif opérationnel N°1 : lutter contre les facteurs de risques individuels.

La lutte contre les facteurs de risque s'entend au plus tôt et tout au long de la vie. Les facteurs de risque sont liés aux habitudes de vie y compris la sédentarité, les habitudes alimentaires, la consommation de tabac et d'alcool.

Action N°1 : alcool et tabac :

- déployer le programme national de réduction du tabagisme, protéger les jeunes de l'entrée dans le tabac ainsi que les femmes de 15 à 45 ans, y compris dans le milieu professionnel, afin de conjuguer l'aide au sevrage et l'application de la réglementation. L'implication des politiques locales et du milieu associatif fait partie des leviers insulaires spécifiques ;
- aider les fumeurs et les consommateurs d'alcool à arrêter par l'extension de consultations de sevrage (CSAPA, consultations cancer), par l'engagement des spécialistes d'organes à orienter les patients à des moments où leur implication est majeure (chirurgie, cancer).

Action N°2 : nutrition et activité physique :

- poursuivre les initiatives locales notamment dès les premières années en faisant porter l'effort sur les stratégies de réhabilitation qui prennent en compte le rapport au corps et la capacité à mieux réguler les émotions ;
- favoriser la mise en œuvre d'une pratique d'activité physique mixte comportant des exercices mixtes (développement des capacités cardio respiratoires et renforcement musculaire) avec une quantité hebdomadaire : 30 minutes par jour/5 jours par semaine ;
- mettre en place une information précoce sur la pratique de l'activité physique diffusée dès le début du parcours (consultation d'annonce) afin de sensibiliser les patients sur la possibilité d'initier une pratique sécurisée et sur les bénéfices attendus.

Action N°3 : vaccination :

- relayer les messages scientifiques auprès de la population (semaine de vaccination), harmoniser les pratiques sur les départements en profitant de la mise en place du DOCCU pour travailler avec les professionnels de santé et favoriser les dépistages des virus des hépatites B et C en lien avec les CeGIDD.

Objectif opérationnel N°2 : agir sur notre environnement domestique et professionnel.

Agir c'est collecter des informations pour mettre en œuvre un plan d'actions en collaboration avec d'autres partenaires.

En Corse, trois risques sont identifiés : le radon, l'amiante et les pesticides. Les actions à mettre en œuvre sont en lien avec le PRSE 3. Sur le volet professionnel, la mise en place d'un Groupe Action en Santé (GAST) en 2017 constitue le pilier du dispositif d'alerte en santé/travail.

Radon

La surveillance du radon dans les établissements recevant du public est une mission régaliennne de l'agence. Deux nouvelles actions sont prévues :

Action N°1 : des campagnes de mesures dans les habitats (kits DGS) et une sensibilisation du public et des élus pour agir simplement ;

Action N°2 : par une campagne de sensibilisation autour du risque plus important de cancer du poumon avec l'effet « cocktail » radon et tabac sachant que le nombre de décès attribuable à l'exposition domestique au radon serait 3 fois plus élevé chez les fumeurs.

Amiante

Les zones à risque (amiante environnemental) sont bien identifiées en Corse. Le service Santé Environnement de l'ARS a longtemps été impliqué sur ce sujet pour forger des connaissances sur le risque et envisager les moyens de le prévenir. Ces aspects sont techniquement intégrés dans les chantiers et documents d'aménagement.

En l'absence de prescription dans le code de la santé publique, la protection des riverains est principalement assurée par l'application du code du travail par les entreprises chargées de chantiers en zone amiantifère.

Les nouvelles actions à mettre en œuvre seront en lien avec un nouveau plan interministériel amiante actuellement en cours d'élaboration.

Prévention du risque air extérieur / pesticides

Un travail sur les pesticides (Qualitair Corse/ARS) a été engagé, en lien avec la région Paca (AirPaca et l'observatoire des résidus des pesticides), afin de collecter les données sur la présence de pesticides dans une micro-région agricole de la plaine orientale.

Il s'agit d'une première démarche visant à long terme au déploiement d'un observatoire régional des pesticides pour collecter suffisamment de données permettant ensuite d'évaluer les impacts sur la santé, en exposition professionnelle et domestique. Cette action est en lien les plans Ecophyto, PRSQA, PRST 3, PRSE 3.

Le dispositif d'alerte en santé travail

Instauré en 2017 en Corse, le GAST est chargé d'organiser la réponse aux signalements d'événements sanitaires inhabituels en milieu professionnel.

Il est composé entre autres, des représentants de l'inspection médicale du travail (DIRECCTE), la consultation de pathologie professionnelle (CPP), le département santé travail, Santé publique France (SpF) et sa cellule d'intervention en région (Cire sud Paca-Corse).

Le GAST s'articule avec les plateformes régionales de veille et d'alertes sanitaires (ARS). Les signalements concernent toutes les pathologies dont les cancers.

Objectif opérationnel N°3 : favoriser l'adhésion des usagers, professionnels de santé, associations et élus au dépistage organisé (DO), afin d'atteindre à la fin du PRS 2 un taux de participation de 51 % pour le sein, 45% pour le colo-rectal et 50 % pour le col utérin.

La situation du dépistage.

Deux dépistages organisés sont portés par la structure régionale qui anime l'ensemble du territoire, le dépistage organisé du sein et colo-rectal. La population cible 50 à 74 ans est de 102 504 personnes (52 754 femmes et 49 750 hommes), le taux de participation en 2016 est de 37% pour le DO-sein (variations 48.3% Canton Calvi à 18.4 % Sevi Sorru Cinarca) et de 15 % pour le DO-colo rectal (variations 23.4 % Bavella à 11.3 % Sartonais-Valinco).

En 2016, le dépistage du risque aggravé du cancer du sein/ovaire ou du colo-rectal /endomètre, en Corse, a fait l'objet de 359 consultations sur 5 points (Bastia, Ajaccio, Corte, Calvi, Bonifacio).

La répartition des files actives de ces consultations est la suivante :

- nouvelle famille 35%
- apparentés 19%
- résultats et suivi 46%

Un troisième dépistage organisé sera déployé pendant le temps du PRS 2. Il concerne le dépistage organisé du cancer du col utérin (DOCCU). Il doit permettre à chaque femme de 25 à 65 ans l'accès à un dépistage régulier du cancer du col utérin via un programme national avec deux objectifs :

- un taux de couverture de 50 à 80 % ;
- un dépistage plus facilement accessible aux populations vulnérables ou éloignées du système de santé.

Les actions pour atteindre l'objectif N°3 et accompagner la transformation d'un dépistage individuel vers un dépistage organisé sont :

Action N°1 : adapter le dépistage au risque de chacun en communiquant vers les différentes populations : population hors champ, population dans le dépistage organisé, population à risque intermédiaire et aggravé.

La communication auprès de l'ensemble des acteurs en santé et des usagers est nécessaire afin d'unifier et d'amplifier les messages et de placer le médecin traitant au centre du dispositif notamment par la mise en place de prévention pour les femmes âgées de 25 ans à 50 ans.

Il convient de sensibiliser les usagers sur leurs facteurs de risques comportementaux et sur les avantages et limites du dépistage pour aider chacun dans sa prise de décision.

Action N°2 : impliquer l'ensemble des acteurs :

- en poursuivant les expérimentations en cours (IDE) ou à venir avec les pharmaciens voire les laboratoires de biologie médicale ;
- en informant les médecins traitants des campagnes afin de relayer au mieux les messages nationaux et en facilitant l'accès aux kits de dépistage notamment pour les professionnels de santé les plus impliqués ;
- en s'appuyant sur le tissu associatif très présent.

Action N°3 : aller vers les populations les plus éloignées en amplifiant les initiatives pour les communes rurales, en faisant évoluer les courriers d'invitation et en adaptant les messages et actions aux populations qui, par leur culture ou leur situation sociale, n'adhèrent pas aux dépistages.

Action N°4 : affiner les analyses infra territoriales pour concentrer les efforts sur les territoires en recul sur le taux de participation, convaincre les médecins généralistes et spécialistes de l'utilité des dépistages et faire évoluer les dépistages Individuels vers des dépistages organisés.

Action N°5 : déployer le dépistage organisé du cancer du col utérin en :

- intégrant le message aux politiques de prévention ;
- initiant et consolidant le réseau des professionnels de santé y compris anatomo pathologistes ;
- mettant en place le système informationnel ;
- diffusant les recommandations s'appuyant sur le réseau inter régional en cancérologie PACA Corse et en lien avec l'ensemble des URPS.

Action N°6 : promouvoir le dépistage des cancers cutanés par des appels à projets dans une région à forte exposition aux UV.

Indicateurs de suivi :

- ✓ taux de participation par canton aux trois dépistages organisés.
- ✓ suivi des actes de mammographies (DO, dépistage individuel et diagnostiques) dès mise à disposition de l'acte à la CCAM.
- ✓ taux standardisé de recours à la coloscopie.

➤ **La prise en charge : de l'orientation dans la filière, aux soins aigus, soins de supports et l'après cancer.**

Au cours des différents plans Cancer, la prise en charge pour les patients de Corse s'est organisée :

- au sein des établissements publics ou privés autorisés à l'activité de soins traitement des cancers pour la pratique chirurgicale, la chimiothérapie et la radiothérapie. Sept établissements de santé en Corse sont concernés ;
- au sein des établissements de santé de la région PACA (CHR et CLCC) et, dans une moindre mesure, de la région Ile de France avec des liens formalisés avec certaines structures type CLCC (exemple du GCS RTIP2C en Corse du Sud IPC – centre hospitalier de Castelluccio ou des conventions entre l'IPC et le centre hospitalier de Bastia) ;
- en lien avec les deux Centres de Coordination en Cancérologie et les deux réseaux intervenant sur la Corse et la région PACA : le réseau Onco Paca-Corse et le réseau ReHOP (réseau hématologie et oncologie pédiatrique) ainsi que les unités de coordination en gériatrie de la région PACA (Est et Ouest) ;
- au sein des structures non présentes en Corse compte tenu de leurs hyper spécialités telles que les plateformes de biologie moléculaire, les plateaux de radiothérapies (curiethérapie, gamma knife , proton thérapie).

Dans cette organisation, la-Corse doit relever plusieurs défis ;

- sa file active de patients rendant difficile l'atteinte des seuils notamment en radiothérapie, file active réduite par les fuites vers la région PACA qu'elles soient liées à la pathologie du patient ou à son libre choix ;
- la fragilité des ressources humaines reposant parfois sur un ou deux professionnels de santé ;
- une lisibilité imparfaite de la filière et la difficulté des patients lors du retour après une prise en charge en PACA dans des structures absentes en Corse (CHR et CLCC).

Ces éléments concourent à fragiliser la filière par la non atteinte des seuils, limitant ainsi l'attractivité des structures pour les professionnels de santé et impactant les possibilités d'investir dans la modernisation des plateaux techniques compte tenu de la fragilité financière des structures sur cette activité aggravant ainsi les fuites. L'ambition du Plan cancer 3 « guérir plus de patients » fait écho au délai de prise en charge et met en exergue la nécessité de rendre plus efficiente notre filière en Corse.

Malgré ces difficultés, la Corse doit intégrer les évolutions des prises en charge qui vont modifier nos organisations afin de relever les défis de l'intégration et du décloisonnement : intégration de la recherche aux soins et intégration des prises en charge au plus près des lieux de vie.

Ces évolutions sont plurielles : le développement de l'ambulatoire et de la Réhabilitation Améliorée Après la Chirurgie (RAAC) réduisant la durée du séjour hospitalier, la réduction du nombre de séances de radiothérapie (radiothérapie fractionnée), le renforcement des chimiothérapies à domicile, le développement de la biologie moléculaire au stade du diagnostic et du traitement grâce aux thérapies ciblées ainsi que le développement de la radiologie diagnostic et de la médecine nucléaire (PETSCAN), de la radiologie interventionnelle et de la radiothérapie par des équipements de haute technicité (protonthérapie).

L'intégration de la recherche aux soins est un nouvel enjeu pour la Corse compte tenu de l'absence de structure dédiée et de l'importance de l'innovation dans la prise en charge en cancérologie.

Enfin la prise en charge du patient en cancérologie doit être globale et personnalisée, elle doit faciliter l'adhésion à son traitement. Ainsi les soins de support devront se développer au plus près de la prise en charge des patients compte tenu de l'externalisation des traitements hospitaliers et de la gradation de ces prises en charge. Les filières intégrées onco-gériatrie et onco-pédiatrie se déploieront au regard des besoins de la Corse, région avec le plus fort taux de vieillissement pour l'onco-gériatrie, à l'inverse pour l'onco-pédiatrie une file active peu importante mais une prise en charge en aval des structures référentes PACA à conforter.

L'objectif est de garantir à chaque patient un diagnostic précoce et une prise en charge dans une filière de qualité, personnalisée, conforme aux évolutions technologiques et thérapeutiques qui assure l'accès à l'innovation et aux soins de support et qui s'appuie sur l'expertise de l'inter région pour la réalisation des soins de recours.

Objectif opérationnel N°4 : fédérer les opérateurs insulaires pour assurer une filière régionale lisible, fiable, pérenne, adossée à l'inter régional, garantissant la prise en charge par une équipe pluri professionnelle tout au long de la maladie et quel que soit le lieu de prise en charge.

Action N°1 : la création de l'Institut Régional Corse de Cancérologie (IR2C) dont la mission sera de répondre à trois objectifs :



Cet institut doit :

- pour le patient et les professionnels de santé de 1^{er} recours : organiser le parcours sous une bannière unique, un numéro de téléphone dédié, avec un système d'information partagé et des pratiques harmonisées pour des prises en charge respectant la globalité de la personne dans des délais optimaux ;
- pour les opérateurs autorisés à la pratique de la cancérologie en Corse : garantir une structure fonctionnelle respectant la spécificité et la pérennité de chacun. L'institut permettra la co-utilisation des plateaux techniques, la mutualisation de certaines activités (RCP - EPP – RMM - plan de formation- accès à la simulation haute-fidélité par équipes) et facilitera la mise à disposition des ressources transversales (IDEC, ARC, IDE de pratiques avancées). Il permettra d'assurer la modernisation des plateaux techniques y compris pour les équipements de radiothérapie et favorisera la diffusion de l'information et les formations insulaires en partenariat avec les acteurs de la coordination (3C, réseaux de cancérologie et UCOG pour les soins) et avec la structure de gestion pour la prévention des cancers ;
- pour les opérateurs non autorisés mais participant à la prise en charge (ESNA, HAD, SSR, PTI, registre des cancers) : être une structure d'appui garante de la continuité des soins facilitant les prises en charge hors des murs hospitaliers ;
- pour les opérateurs du bord à bord : être un partenaire partageant ses protocoles de prises en charge institutionnels, évaluant ses pratiques et s'investissant dans les programmes de recherche avec l'appui des structures dédiées type GIRCI et cancéropole.

La structuration de l'IR2C.

Sa gouvernance doit assurer une représentation équilibrée avec une coordination médicale permettant d'œuvrer dans le cadre d'un projet stratégique et médical partagé.

Le fonctionnement doit respecter les autorisations des établissements de santé et le statut des personnels. Les mises à disposition seront favorisées en privilégiant l'utilisation des nouvelles technologies de santé afin d'éviter les déplacements des personnels paramédicaux pour les ressources transversales. Concernant les professionnels de santé médicaux, il doit permettre un exercice attractif dans le cadre d'un projet professionnel mobilisateur.

L'assise juridique permettant de mettre en œuvre les fondamentaux de cet IR2C devra être élaborée au cours du PRS 2 afin de s'assurer de l'adéquation du montage juridique au dispositif et à son fonctionnement pour une atteinte de ses objectifs.

La communication en Corse et hors Corse par l'IR2C assurera une lisibilité de tous sur le parcours cancérologie en région.

Objectif opérationnel N°5 : donner aux structures autorisées les moyens de coordonner le parcours de soin des malades de moins en moins hospitalisés.

Le virage ambulatoire et la réhabilitation améliorée après la chirurgie :

- **Action N°1** : accompagner les établissements de santé dans la mise en œuvre de leur potentiel de substitution ambulatoire en partenariat avec l'assurance maladie et soutenir par des Appels à Projets (AAP) les établissements de santé très investis dans des prises en charge plus courtes et plus denses nécessitant une forte coordination avec les acteurs de premier recours ;
- **Action N°2** : favoriser la mise en œuvre de la réhabilitation améliorée en aidant les établissements novateurs dans ce domaine au sein de leur établissement et en lien avec le premier recours par des appels à projets en Corse et par la diffusion de la culture de programme recherche sur le volet organisationnel et performance du système de soins (Programme de Recherche Médico Economique / PRME, Programme de recherche sur la performance du système de soins / PREPS).

Pour rappel : la réhabilitation améliorée (ou fast-track surgery ou Enhanced Recovery) est un ensemble de mesures prises avant, pendant et après l'acte chirurgical, destinées à réduire l'agression chirurgicale.

Elle repose sur trois principes capitaux :

- le fondement scientifique de toutes les mesures appliquées ;
- le développement de l'esprit d'équipe parmi les soignants (chacun dans son domaine) ;
- la participation du patient qui devient un acteur privilégié de ses soins.

Elle a un double objectif :

- durée : convalescence courte ;
- qualité : moins de complications, meilleur confort et qualité de vie à domicile.

Les principes :

- le patient devient acteur de ses soins (se lève le jour même de l'intervention) ;
- la sortie est préparée avant l'entrée ;
- un travail en trinôme pluri professionnel : IDE ou masseur kinésithérapeute, anesthésiste, chirurgien.

La chimiothérapie orale

La chimiothérapie orale a connu un essor ces dernières années. Les molécules concernées sont souvent des traitements innovants ayant démontré initialement un gain d'efficacité chez des patients en échec thérapeutique mais dont le bénéfice est souvent prouvé dès le diagnostic en première ligne de traitement. La prescription de ces nouvelles molécules nécessite de nouvelles organisations mobilisant des temps soignants importants lors de la primo prescription et des professionnels de santé libéraux. Ces différents temps sont repris dans le processus ci-dessous issu des travaux de l'INCa :



Les différentes étapes font appel à de nombreux intervenants :

- oncologues et spécialistes d'organes
- pharmaciens PUI et d'officine
- médecins traitants
- IDE libérales et IDE de coordination

Trois temps forts se dégagent :

- La primo prescription mise en œuvre par une équipe pluri professionnelle doit permettre de rendre moins chronophage l'intervention de chacun. Elle permet de donner les informations aux patients sur la nécessité de l'observance, les effets secondaires et les modalités de suivi en ville et à l'hôpital. Cette primo prescription fait l'objet d'un financement spécifique à travers une MIG primo prescription chimiothérapie orale (MIG PPCO).
- Le contenu de la surveillance au domicile : il doit s'assurer de la compliance, la tolérance, la gestion des effets secondaires et la gestion des ré-hospitalisations si besoin.
- La consultation de suivi oncologique doit évaluer la réponse au traitement et sa tolérance.

Le développement de la chimiothérapie orale nécessite le transfert de savoir de l'hôpital vers la ville. La confrontation de l'articulation des connaissances hyperspécialisées de l'hôpital et celles polyvalentes du premier recours est compliquée. La définition du niveau de connaissance à transmettre peut être alors difficile.

Ainsi plusieurs actions doivent concourir à faciliter la mise en œuvre des traitements de chimiothérapie orale :

- **Action N°3** : la formation des acteurs (pharmaciens, IDE, médecins) relayée par le réseau insulaire en lien avec les URPS en privilégiant les formations par e-Learning ;
- **Action N°4** : l'information, par une mise à disposition sur le site internet du réseau inter régional Onco Paca Corse des fiches médicaments pouvant être visualisées grâce aux smartphones apportant ainsi la connaissance sur le lieu d'exercice ;
- **Actions N°5** : assurer la circulation de la formation et accompagner l'utilisation de la e-santé, notamment dans le cadre de programme de recherche lorsqu'ils impactent les organisations afin de sécuriser les prises en charge.

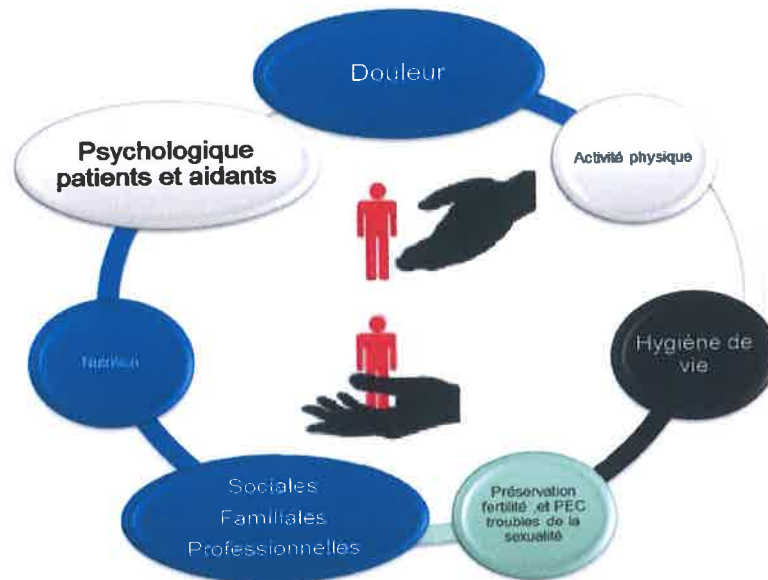
Les hébergements de proximité (hôtels non médicalisés) :

Une expérimentation concernant des hébergements non médicalisés est en cours. Ces structures qui répondent à un cahier des charges national permettent aux patients éloignés des centres spécialisés de pouvoir bénéficier des prises en charge ambulatoire. Selon l'évaluation médico économique de l'expérimentation en cours, une généralisation de ces dispositifs pourrait voir le jour.

Les soins oncologiques de supports (SOS) :

Ils se définissent comme l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie y compris dans l'après cancer et quel que soit le lieu de prise en charge du patient.

L'évolution du panier de soins est issue d'une expertise de l'INCa d'octobre 2016 présentée sous forme de diagramme :



Les soins de support doivent intégrer les techniques d'analgésie : hypoanalgésie et analgésie intrathécale par pompe implantable pour les cancers pelviens à extension loco régionale.

L'instruction du 23 février 2017 a donné un cadre aux actions à mettre en œuvre en région.

Action N°6 : assurer la lisibilité de l'offre par un Répertoire Régional des Soins Oncologiques de Support (mise en ligne fin 2017) dont la veille sera assurée par le réseau inter régional Onco Paca Corse. Il intégrera l'ensemble des prestations en adéquation avec l'évolution du panier de SOS réalisées en Corse-par les établissements de santé et par les associations ayant pour objet la cancérologie.

Action N°7 : adapter le maillage territorial pour assurer une continuité dans la prise en charge :

- via les projets médicaux partagés des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) au plus près des lieux de vie notamment pour la douleur et la prise en charge psychologique ;
- via les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) et les exercices coordonnés type Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP) portées par les acteurs de 1^{er} recours ;

Action N°8 : organiser la gradation de l'offre de soins

- du 1^{er} recours via les CPTS ou au sein des établissements de santé autorisés jusqu'aux centres d'expertise : structures labélisées pour la prise en charge de la douleur chronique (SDC), la prise en charge psychologique et ou psychiatrique, les Equipes Mobiles de Soins Palliatifs (EMSP) ;
- par l'expertise dans la gestion des cas complexes des Plateformes Territoriales d'Appui en articulation avec la composante cancérologie.

Action N°9: porter une attention particulière aux adolescents et jeunes adultes.

L'évolution de la prise en charge peut être schématisée ainsi :



Objectif opérationnel N°6 : développer les filières intégrées en s'appuyant sur les états des lieux réalisés à la fin du PRS1.

L'onco gériatrie :

La Corse présente le plus fort taux de vieillissement France entière. En 2012, 32,4% des nouveaux cas ont plus de 75 ans avec plus de 10 % chez les plus de 85 ans, pour les hémopathies : un cas incident sur 2 a plus de 60 ans. On estime qu'en 2050 un cancer sur deux surviendra chez les plus de 75 ans.

La prise en charge de ces populations doit permettre des décisions conjointes entre les gériatres et les oncologues afin d'éviter le risque de sous ou de sur traitement des patients présentant des fragilités apparentes ou potentielles. Nos organisations s'articulent dans chaque département autour des structures autorisées dans lesquelles exercent les oncologues médicaux (structures autorisées aux traitements des cancers par chimiothérapie) et des deux centres hospitaliers pour les gériatres (court séjour, équipes mobiles de gériatrie, consultations externes). Les liens avec les unités de coordinations d'onco-gériatrie de la région PACA (UCOG) doivent être structurés pour permettre aux équipes locales de bénéficier d'expertise en participant aux Réunions de Concertation Pluri-professionnelles de recours gériatrique afin de discuter des cas complexes et de bénéficier des formations mises en œuvre par les UCOG. Le réseau Onco Paca Corse sera un facilitateur dans ce domaine.

Action N°1 : assurer une évaluation de tout patient de 75 ans et plus par l'outil oncodage et sensibiliser les spécialistes d'organes à l'utilisation de l'outil ;

Action N°2 : orienter tout patient ayant un score inférieur ou égal à 14 vers le gériatre (consultation, HDJ, équipe mobile) pour une décision collégiale ;

Action N°3 : présentation des cas complexes en RCP recours UCOG ;

Action N°4 : renforcer l'interface avec les UCOG par la participation des équipes locales aux formations et au comité de pilotage (les nouvelles technologies faciliteront les échanges en limitant les déplacements) ;

Action N°5 : s'impliquer dans la diffusion de la culture onco-gériatrique par l'engagement des établissements concernés en signant la charte d'onco-gériatrie, en informant les médecins traitants et les usagers ;

Actions N°6 : favoriser l'inclusion de ces populations dans les essais cliniques d'onco gériatrie.

L'onco pédiatrie :

Un état des lieux a été réalisé en 2016. Au niveau national, ces travaux vont contribuer à l'élaboration de nouveaux textes sur l'onco-pédiatrie. Au niveau régional, ils ont permis d'établir un plan d'actions au regard de l'existant dans nos organisations.

Pour cette spécialité, la prise en charge des patients insulaires est assurée par les centres de référence de la région PACA. Les deux services de pédiatrie de Corse prennent en charge les complications potentielles des traitements en interface avec ces structures. Cette interface bien structurée pour le centre hospitalier d'Ajaccio doit s'organiser pour le centre hospitalier de Bastia. Le réseau d'hématologie et d'oncologie pédiatrique est un acteur de cette coordination inter régionale en assurant les formations des équipes médicales et paramédicales au sein des services hospitaliers de pédiatrie au plus proche du lieu de vie et en interface avec le premier recours, lors d'un besoin repéré, pour une prise en charge au domicile. Les consultations avancées des équipes PACA complètent ce dispositif. En septembre 2017, une journée organisée par l'Université de Corse sur les cancers pédiatriques a permis aux familles d'enfants ayant présenté un cancer de sensibiliser les élus et les responsables de la santé en Corse aux difficultés rencontrées lors des traitements de cancer. Ces retours d'expériences ont enrichi cet état des lieux.

Action N°7 : favoriser l'interface avec les centres référents via le réseau RHéOP

- en poursuivant et accentuant les missions du réseau dans l'accompagnement des familles et des professionnels de santé insulaires publics et privés ;
- en s'appuyant sur les consultations avancées via le RHéOP pour une première étape de la structuration nécessaire à l'aval de la prise en charge des patients, notamment dans la gestion des complications de chimiothérapie pour le centre hospitalier de Bastia ;
- en intégrant dans la réflexion les prises en charge hors région PACA.

Action N°8 : faciliter l'échange entre les équipes en s'appuyant sur le dossier partagé incluant le PPS mis en œuvre par le RHéOP et intégrer la pédiatrie dans le dossier communiquant déployé en Corse.

Action N°9 : porter une attention particulière notamment sur le soutien psychologique :

- aux patients et familles pour un accompagnement tout au long de la maladie, par la mise en place d'un groupe de travail avec les partenaires institutionnels, afin d'identifier des actions à déployer ;
- aux équipes locales de pédiatrie afin de les aider dans leur pratique auprès des patients et de leur famille.

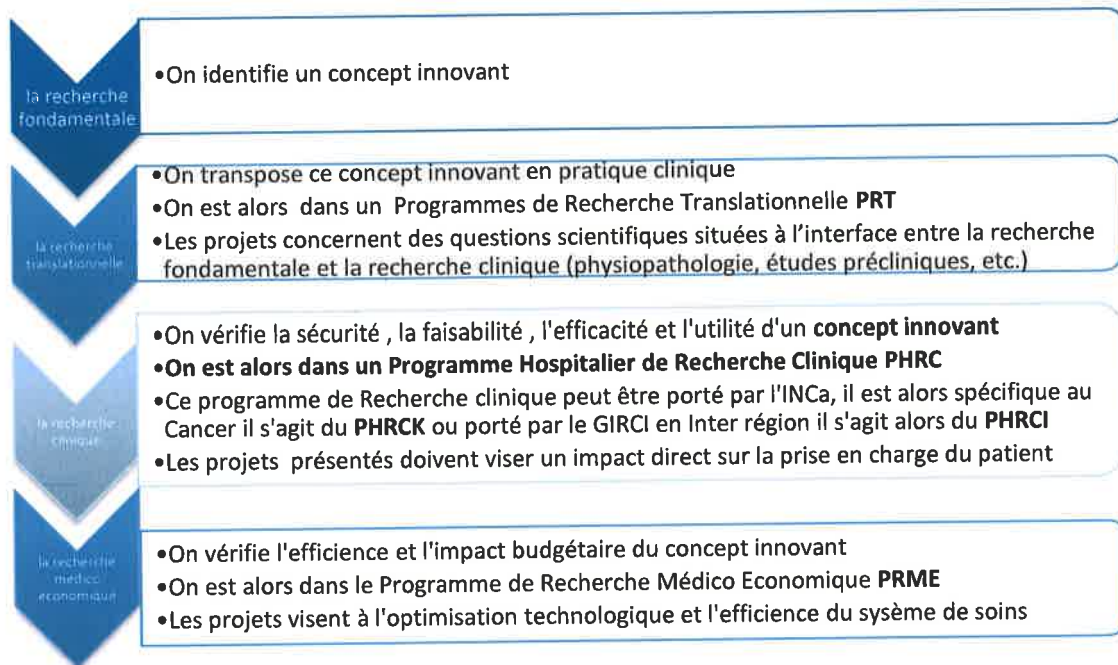
Action N°10 : accompagner les démarches vers les populations adolescents et jeunes adultes.

Objectif opérationnel N°7 : déployer en Corse la recherche et l'innovation.

Le plan cancer 3 fixe dans son objectif 5 : « Accélérer l'émergence de l'innovation au bénéfice des patients », notamment en augmentant le nombre de patients inclus dans les essais thérapeutiques d'ici à 2019 (Action 5.2). En 2015, le financement d'un temps d'Assistant de Recherche Clinique (ARC) a permis de déployer des programmes de recherche. Ainsi en 2016, 8 essais interventionnels ont été disponibles en Corse et ont permis d'inclure 8 patients et 9 observatoires d'inclure 122 patients.

La Corse doit poursuivre le déploiement de cette activité au cours du PRS 2.

Les notions indispensables reprises dans le schéma ci-dessous permettent d'éclairer ce que l'on nomme le continuum de la recherche appliquée en santé et l'objet de chaque programme.



Deux autres programmes complètent le dispositif sur le volet optimisation organisationnelle et efficacité du système de soins :

Le PREPS a pour objectif de sélectionner des projets de recherche relatifs à l'organisation de l'offre de soins afin de valider de nouvelles formes de prise en charge des patients, d'améliorer la qualité des pratiques et d'optimiser les parcours de soins (Health Services Research).

Il s'agit d'un moyen de validation des innovations organisationnelles ou de l'impact organisationnel des innovations technologiques via l'évaluation de l'accessibilité, de la soutenabilité financière, de l'acceptabilité et de l'impact budgétaire.

Le PHRIP (Programme de Recherche Infirmier et paramédicale) outil de développement et de consolidation de la recherche paramédicale en France a pour objectif de financer des projets de recherche comportant une investigation systématique visant à apporter des éléments probants pour l'amélioration des soins réalisés par les auxiliaires médicaux dans le champ clinique et organisationnel, voire médico-économique.

Les porteurs de projet peuvent être des auxiliaires médicaux, mais aussi des équipes pluridisciplinaires.

Au niveau national on compte un certain nombre de structures d'appui à la recherche ; parmi ces structures on retiendra les GIRCI (Groupement Interrégional de Recherche Clinique et Innovation) au nombre de 7 et les DRCI (Direction Recherche Clinique et Innovation) au nombre de 49. Ces structures peuvent exercer les missions suivantes : la coordination territoriale, la conception des protocoles et la gestion de l'analyse des bases de données, l'investigation et l'appui à l'investigation, la coordination, l'organisation et la surveillance de la recherche et les ressources biologiques humaines. Une plateforme collaborative (ATIH) permet aux acteurs (professionnels, directions d'établissement, ARS, ministère) de partager un diagnostic sur les ressources allouées et consacrées à chaque mission et sur l'activité réalisée au titre de chaque mission.

C'est dans ce contexte que la Corse devra structurer la recherche en prenant appui sur l'expertise du Groupement Interrégional de Recherche Clinique et Innovation (prochainement GCS Méditerranée) dont les missions sont pour les établissements de l'inter-région :

- le soutien à la participation des Centres Hospitaliers non Universitaires et de la Médecine de ville aux activités de recherche ;
- l'aide à l'accroissement du nombre de postes de professionnels mutualisés et à la mise en place d'essais cliniques multicentriques associant un ou plusieurs établissements de santé ;
- l'appui au suivi des projets mis en œuvre dans l'inter-région ;
- le pilotage des équipes mobiles de recherche clinique en cancérologie et d'appels à projets dédiés à la cancérologie ;
- l'organisation de la formation continue des professionnels de la recherche.

Action N°1 : structurer la recherche en Corse en prenant appui sur le GIRCI méditerranée, en lien avec la Collectivité de Corse et l'Université de Corse pour effectuer les missions à l'origine des financements.

Concernant plus spécifiquement les essais thérapeutiques, ils peuvent être de deux ordres, interventionnels ou observationnels. Les professionnels de santé peuvent être promoteurs ou investigateurs au sein des établissements de santé. De ce fait, il est important que les professionnels aient connaissance des essais ouverts en Corse pour permettre aux patients d'en bénéficier. Le réseau inter-régional Onco Paca Corse a mis à disposition sur son site internet un répertoire de l'ensemble des essais académiques (institutionnels) ou industriels avec pour objectif d'afficher les projets d'essais et les essais ouverts en Corse et de favoriser les collaborations sur la recherche clinique et la communication entre établissements de santé. Le réseau en assure l'actualisation.

Action N°2 : faire bénéficier aux patients de Corse des essais ouverts en privilégiant les inclusions lors des RCP et en évitant les déplacements sur le continent lorsque cela est possible.

Indicateurs de suivi :

- ✓ suivi de chaque activité à seuil annuellement par département de résidence et par organe intégrant les modalités de prise en charge, les fuites, les délais de prise en charge par localisation cancéreuse s'appuyant pour l'analyse sur les résultats des travaux à venir de l'HAS et de l'INCa sur ce thème
- ✓ extraction de l'activité SOS via les programmes personnalisés de soins (PPS) et programmes personnalisés de l'après-cancer (PPAC) (nombre, lieu de PEC, type de PEC)
- ✓ rapport d'activité des réseaux et suivi de l'activité recherche via l'outil PIRAMIG
- ✓ nombre de patients inclus annuellement dans des essais interventionnels et dans des essais observationnels.

➤ **La coordination des acteurs / le continuum dans la prise en charge.**

La diminution de la durée des séjours au sein des structures de soins, l'externalisation de certains traitements décloisonnent les prises en charge et nécessitent une coordination des acteurs afin d'éviter les ruptures de parcours et d'assurer de la robustesse aux nouveaux modes d'organisations.

La communication des informations et les possibilités d'échanges par les nouvelles technologies permettront d'éviter un sentiment de report de tâches par les acteurs de premier recours et d'abandon pour les patients et leur famille.

Le processus en annexe page 223 reprend les différentes étapes de la prise en charge et les outils de coordinations existants.

Les différents plans Cancer prévoient le regroupement de l'ensemble des outils : fiche RCP, programme personnalisé de soins, programme personnalisé après cancer dans le dossier communiquant en cancérologie avec un format prédéfini par l'INCA pour la partie métier et par l'ASIP pour la partie informatique.

L'objectif opérationnel N°8 : faciliter la diffusion de l'information aux acteurs de la prise en charge dans des délais optimaux.

Action N°1 : déployer un outil commun Paca et Corse e-RCP qui permettra aux professionnels de santé de préparer, présenter et valider en ligne les fiches RCP avec un accès pour l'ensemble des professionnels en charge du patient, accélérant ainsi le transfert d'information ;

Action N°2 : assurer l'intégration du PPS et du PPAC dans un web interface répondant aux besoins de chaque spécialité et permettant une circulation de l'information aussi bien pour les professionnels de santé hospitaliers et du premier recours que pour les patients ;

Action N°3 : permettre au médecin traitant de participer aux RCP lorsqu'il le souhaite.

Indicateur de suivi :

- ✓ statistiques issues des outils (nombre de patient pris en charge en région, nombre de RCP par organe, nombre de professionnels de santé participant aux RCP, suivi des filières intégrées, suivi de l'activité SOS, nombre de PPS et de PPAC). Requêtes à conceptualiser et à automatiser.

➤ **L'optimisation des organisations avec un usager au cœur du dispositif.**

Le plan cancer 3 a la volonté d'optimiser le pilotage et les organisations de la lutte contre les cancers pour une meilleure efficacité en y associant pleinement les personnes malades et les usagers du système de santé.

L'organisation en Corse évite les redondances des missions en matière de prévention. La création de l'IR2C contribuera au niveau des soins à potentialiser les forces pour les ressources humaines et à renforcer les équipements. En coordonnant les actions, cet institut sera un gage de sécurité, de qualité et donc d'efficacité. La signature d'une charte par l'ensemble des acteurs symbolisera l'engagement de chacun sur ces valeurs.

Objectif opérationnel N°9 : veiller à la place du malade dans les décisions et à l'implication des usagers dans les instances.

Action N°1 : nomination des représentants des usagers issus des associations ayant pour objet la lutte contre le cancer au sein des commissions des usagers (CDU) et les conseils de surveillance (CS) des établissements **autorisés cancers** et au sein de la CRSA.

Action N°2 : sensibiliser les établissements autorisés à installer des Espace Rencontres et Information. Ces ERI pourront intégrer l'IR2C.

Action N°3 : apporter une formation spécifique aux représentants des usagers, en sensibilisant les associations et les établissements de santé.

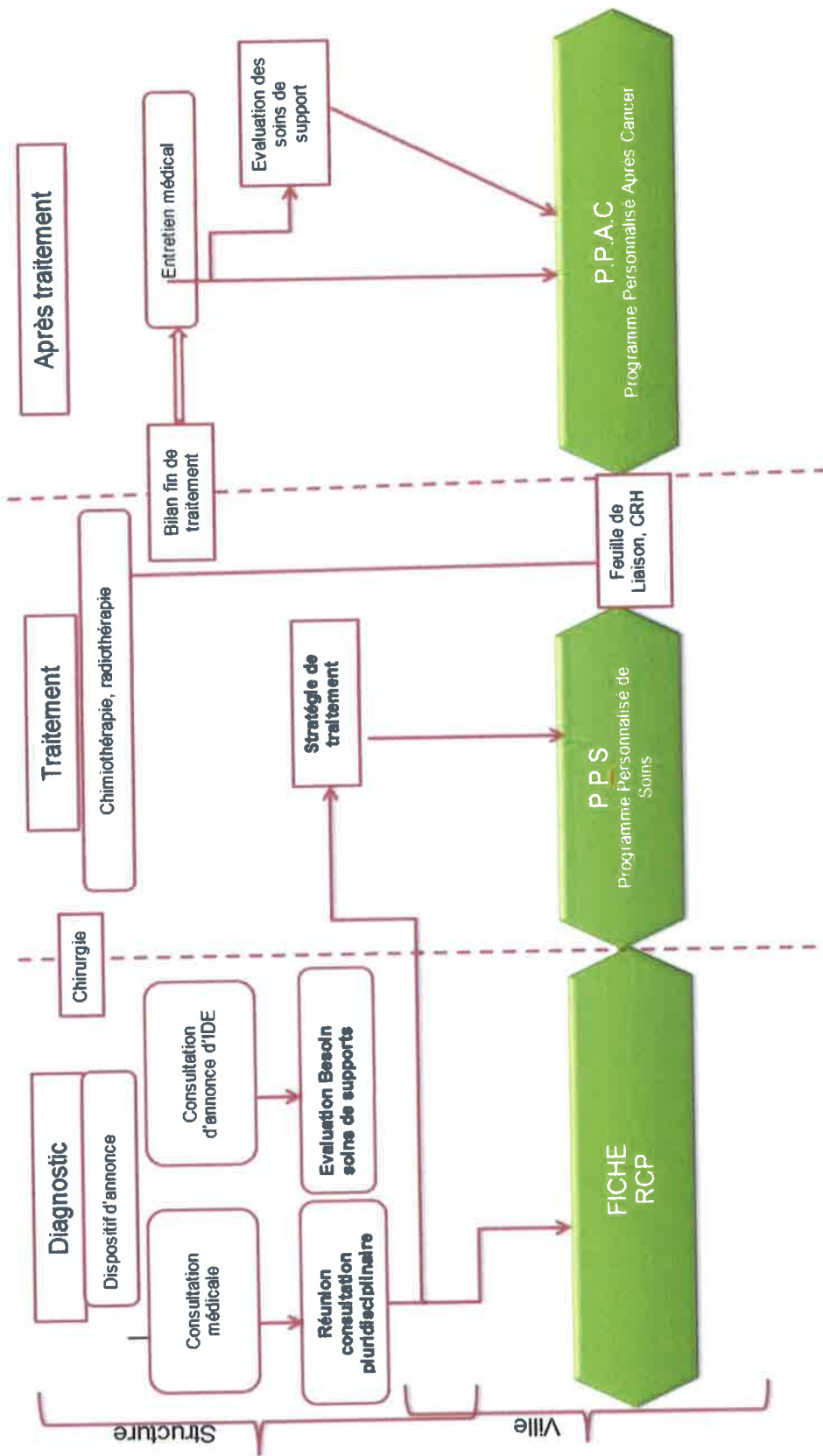
Indicateurs de suivi :

- ✓ composition des CDU et des CS
- ✓ nombre d'implantations des ERI

Objectifs quantifiés (Implantations)

Activité de soins : traitement du cancer pour les pratiques thérapeutiques	Nombre d'implantations existantes PRS 1	Suppression	Création	Nombre d'implantations cibles PRS 2
Chirurgie des cancers, subdivisée en spécialités conformément à l'arrêté fixant les seuils d'activité minimale annuelle applicables à l'activité de soins du traitement du cancer :				
Chirurgie digestive	5	0 à 1	0	5 à 4 *
Chirurgie urologique	3	0	0	3
Chirurgie gynécologique	2	0	0	2
Chirurgie mammaire (tumeurs du sein)	2	0	0	2
Chirurgie ORL et maxillo-faciale	2	0	0	2
Chirurgie thoracique	1	0	1	2
Chimiothérapie	3	0	0	3
Radiothérapie externe	2	0	0	2

*en fonction de l'évolution des plateaux techniques



Chapitre 5 – Les maladies chroniques et le parcours diabète

Les maladies chroniques

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), « les maladies chroniques sont des affections de longue durée. Responsables de 63% des décès, les maladies chroniques (cardiopathies, accidents vasculaires cérébraux, cancer, affections respiratoires chroniques, diabète...) sont la toute première cause de mortalité dans le monde. Sur les 36 millions de personnes décédées de maladies chroniques en 2008, 29% avaient moins de 60 ans et la moitié étaient des femmes ».

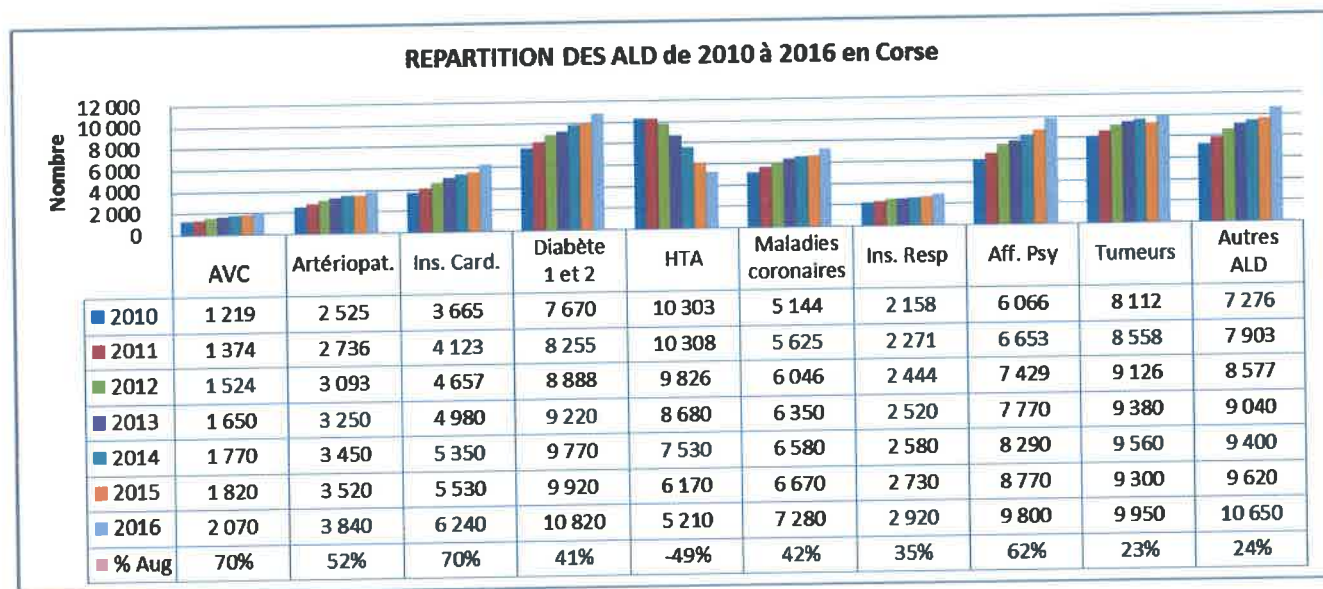
L'impact de ces maladies est d'autant plus lourd qu'elles surviennent tôt dans la vie, elles vont bouleverser l'existence du patient et celle de son entourage mais également son intégration dans la société (travail, droit à l'oubli...).

Le patient va donc devoir s'adapter au rythme de sa maladie et retarder ou éviter autant que possible son évolution.

- **Etat des lieux des maladies chroniques en Corse :**

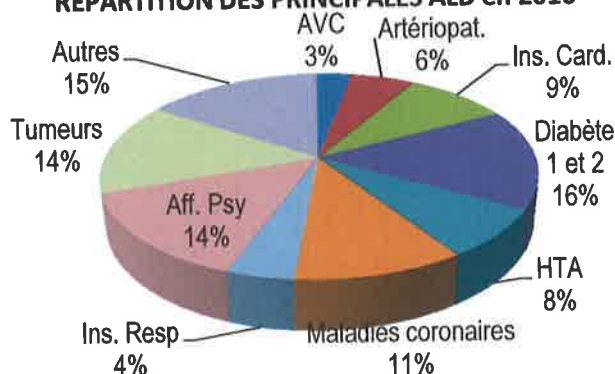
Au 31 décembre 2016, en Corse, 68 780 personnes (source ameli.fr) du régime général bénéficient de l'exonération du ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée (ALD), soit 1 patient sur 5 (moins d'une personne sur six en France continentale).

Les pathologies les plus remarquables sont répertoriées dans le tableau ci après :



Les ALD correspondant aux maladies cardiovasculaires (ALD 1, 3, 5, 12, 13) représentent plus d'1/3 des ALD en 2016. L'ALD diabète, avec plus de 10 000 cas, représente la plus importante des pathologies sur le territoire.

REPARTITION DES PRINCIPALES ALD en 2016



En taux standardisé, la Corse montre des taux bien supérieurs à la moyenne française sur certaines pathologies en particulier : cardiovasculaires, les affections psychiatriques et les insuffisances respiratoires.

L'obésité, priorité régionale du PRS1, est évaluée à partir de l'enquête ObEpi 2012. Le taux d'obésité sévère avec un indice de masse corporelle (IMC) compris entre 35 et 39,9 concerne 3,1% de la population, l'obésité massive avec un IMC supérieur ou égal à 40 concerne 1,2% de la population adulte. L'extrapolation en région sur ces bases ne peut être proposée sans risque de biais (en partie dû à la différence des échantillons comparés : France = 66.6 Mhab / Corse = 0.315 Mhab, soit un échantillon de population de la Corse représentant 0.5 % de la population française).

Le taux de recours standardisé pour 1000 habitants pour la chirurgie bariatrique donne un éclairage sur la prise en charge du patient obèse, il est passé de 0,46 en 2011 (inférieur au taux national) à 1,22 en 2015 contre 0,73 au national. Depuis 2014 plus de 400 indications par an de chirurgie bariatrique ont été identifiées, et réalisées en Corse ou sur le continent. Cette chirurgie concerne les patients dont l'IMC est ≥ 40 (cf. titre 2- volet chirurgie).

Les points de rupture identifiés dans le parcours du malade chronique

Les points de rupture repérés sont communs à l'ensemble des pathologies. Ils ont été recueillis sur la base d'entretien avec les représentants des associations d'utilisateurs.

Ils portent sur :

- la coordination des professionnels de santé
- la difficulté d'accès à une offre spécialisée
- les facteurs psycho-sociaux des patients interférant notamment avec l'observance des traitements
- l'impact financier intégrant les restes à charge liés aux traitements médicaux et non médicamenteux, les contraintes des déplacements et de l'hébergement et les pertes de revenus.
- les habitudes des prescripteurs et des patients ainsi que la compréhension du protocole thérapeutique
- l'influence des messages relayés par les réseaux sociaux et l'entourage
- la méconnaissance des services et dispositifs administratifs permettant d'accéder aux droits à la santé
- l'absence de programmes d'éducation thérapeutique sur certaines pathologies et suivant les territoires (cancers, addictions, cardio...)
- la méconnaissance de l'existence des programmes d'éducation thérapeutique développés en Corse,
- le manque d'associations de patients dans certaines pathologies ou de représentation de celles-ci sur certains territoires.

Parmi l'ensemble des maladies chroniques le diabète fait l'objet d'une programmation prioritaire.

Le Diabète

Le diabète est une maladie chronique, métabolique, caractérisée par une hyperglycémie chronique résultant d'une déficience de sécrétion d'insuline et/ou d'anomalie de l'action de l'insuline. Il existe deux types de diabète :

- le diabète de type 1 dit « insulino-dépendant », débutant en général dans l'enfance ou l'adolescence, il représente 5 à 10% des cas en France,
- le diabète de type 2 dit « non insulino-dépendant » attribué à une mauvaise alimentation et associé à la sédentarité et à l'obésité, ainsi qu'au vieillissement de la population.

Diagnostic :

Un diabète est avéré lorsqu'à deux reprises le taux de sucre dans le sang est supérieur ou égal à 1,26 g/L selon l'Organisation Mondiale de la Santé.

Le diabète de type 2 représente la forme la plus répandue de diabète, il constitue un problème majeur de santé publique car il représente :

- la première cause d'insuffisance rénale dans tous les pays occidentaux,
- d'un quart à un tiers des causes d'infarctus du myocarde chez l'homme et chez la femme,
- la première cause d'artériopathie des membres inférieurs,
- une des grandes causes d'accidents vasculaires cérébraux,
- enfin parmi les rétinopathies secondaires au diabète (restant la première cause de cécité acquise), la majorité concernent des diabétiques de type 2.

Le diabète gestationnel accroît le risque de complications périnatales pour la mère et l'enfant, en particulier s'il est sévère nécessitant une insulinothérapie.

Etat des lieux du diabète en Corse :

D'après ameli.fr, le 31 décembre 2016, en Corse, le nombre patients relevant de l'ALD 8 correspondant au diabète est de : 10 820, ce nombre est en augmentation de 40% depuis 2010.

Les professionnels de santé constatent le rajeunissement de l'âge d'entrée dans le diabète de type 2, avec des adolescents de plus en plus en surpoids, voire obèses. Une répartition territoriale inégale du nombre de diabétiques de type 1 et 2 entre le département de Haute Corse et celui de Corse-du-Sud est constatée pour les moins de 29 ans.

A l'appui des données de l'agence Santé Publique France un gradient social se dessine en matière de prévalence du diabète de type 2 notamment.

Même si les effectifs semblent plus faibles en Corse (BEH 37/38 du n°12 novembre 2013), mais également par rapport au nombre de patients en ALD pour diabète pour lequel en 2016, le taux standardisé pour 100 000 habitants est plutôt en dessous de la moyenne nationale avec : 3890 patients pour la Corse versus 4207 pour la France entière.

- Il ne faut pas sous-estimer le nombre de diabétiques non encore diagnostiqués, non traités ou non déclarés dans l'ALD 8.
- Le risque lié aux complications permet de rappeler la gravité du diabète. Ces complications, qui sont évitables, restent fréquentes et viennent alourdir les inégalités sociales et territoriales liées à la survenue du diabète.

Les points de rupture :

- le déficit d'endocrinologues sur la région et en particulier en Haute Corse. Déficit entraînant difficulté de suivi des patients ayant une pompe à insuline,
- les restes à charge pour les consultations diététiques, psychologiques et podologues avant le grade 2,
- l'absence de programme d'accompagnement à domicile pour les enfants diabétiques et leurs parents,
- la prise en charge des enfants nécessitant des départs sur le continent, impliquant des frais supplémentaires, pour :
 - ✓ la pose de la pompe à insuline
 - ✓ l'insulinothérapie fonctionnelle

- L'accès au dépistage précoce et à l'éducation thérapeutique du patient sont insuffisants
- La sous-estimation voire le déni de la gravité de la pathologie par le patient
- Les publics en situation de précarité sociale ou d'isolement

L'offre de prise en charge :

➤ L'offre associative :

- ✓ L'Association les Diabétiques de Corse- AFD20, reconnue d'intérêt général, est une association de patients, dirigée par des patients. Elle lutte contre l'augmentation constante de la maladie et contribue à l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes ou à risque de diabète, elle fait de la prévention, de l'information et de l'accompagnement.
- ✓ Le Réseau Corse Maladies Chroniques (RCMC), association loi 1901, est impliqué dans la coordination autour du malade chronique. Il développe dans les territoires 4 programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) : diabète, obésité, maladies cardio-vasculaires, insuffisance rénale chronique non terminale. Depuis octobre 2017, il a obtenu des autorisations pour développer un programme à destination des enfants diabétiques de type 1 et un programme à destination des enfants en surpoids ou obèses. Il propose des formations à destination, d'une part, des professionnels de santé impliqués dans les équipes éducatives pour dispenser ou coordonner des programmes et, d'autre part, des élèves de l'IFSI de Bastia sur la sensibilisation à l'éducation thérapeutique du patient. Il est également impliqué dans l'information autour de l'ETP et du diabète auprès des professionnels de santé comme du public.
- ✓ Le dispositif d'ETP Asalée (action de santé libérale en équipe), déjà très présent sur le continent, est en train de se déployer sur le secteur de Moriani / Folelli. Ce dispositif reposera sur la coopération entre 4 médecins généralistes et une infirmière formée par Asalée. Parmi les pathologies suivies l'infirmière contribue au dépistage et au suivi du diabète de type 2.

➤ L'offre institutionnelle

- ✓ Le programme Sophia, service personnalisé piloté par l'assurance maladie, est un programme d'accompagnement des personnes diabétiques qui intervient en relais des professionnels de santé. Il contribue au bon suivi des examens recommandés dans la prise en charge du diabète. Par exemple sur la période janvier – août 2016, près de 62% des adhérents ont réalisé un examen du fond de l'œil contre 51,6 % pour les diabétiques non adhérents et plus d'un adhérent sur trois (34%) a eu recours à un bilan rénal contre seulement un diabétique sur quatre chez les non adhérents (26%).
- ✓ L'accompagnement des enfants scolarisés par l'Education Nationale. Les enfants diabétiques sont suivis par le personnel médical et paramédical tout au long de leur scolarité. A demande des parents et, en lien avec le médecin qui suit l'enfant, les enfants bénéficient de la mise en place d'un projet d'accueil individualisé (PAI). En Haute Corse 100 PAI diabète ont été mis en œuvre. Le PAI offre également la possibilité d'aménager le temps de la scolarité. A l'université : Les étudiants sont autonomes et peuvent bénéficier de conseils et, de suivi par le service de prévention de l'université sur la base d'une fiche de suivi.
A l'université : Les étudiants sont autonomes et peuvent bénéficier de conseils et, de suivi par le service de prévention de l'université sur la base d'une fiche de suivi.

➤ L'offre sanitaire de 1^{er} recours

Les diabétiques sont pris en charge généralement par le dispositif du 1^{er} recours.

Le médecin traitant joue un rôle central dans l'orientation et le suivi du patient tout au long de son parcours de soins.

L'endocrinologue propose et suit le parcours du patient en orientant également vers des consultations chez les ophtalmologues, cardiologues, diététiciennes, podologues, chirurgiens-dentistes. Le déficit d'endocrinologue en Corse est à souligner en particulier sur la Haute-Corse. L'observation des examens de suivis montre une inégalité territoriale d'accès selon les types d'examen prescrit.

Pourcentage de diabétiques ayant demandé au moins un remboursement d'un des examens suivants :

Examens de surveillance	Au moins un remboursement de						Au moins 3 rembs d'hémoglobine glyquée
	créatininémie	ECG ou consultation cardio	Fond d'œil ou consultation ophtalmo	Fond d'œil	Dosages lipides	Microalbuminurie	
Ajaccio	89,50%	24,20%	40,60%	25,60%	83,50%	24,10%	45,10%
Grosseto-Prugna	87,00%	24,80%	40,30%	27,40%	85,00%	23,90%	51,60%
Porto-Vecchio	88,20%	36,60%	37,60%	18,20%	83,10%	37,50%	46,00%
Propriano	88,60%	22,80%	35,20%	16,20%	83,80%	26,60%	34,00%
Bastia	90,10%	32,20%	25,30%	7,40%	85,30%	28,00%	47,90%
Calvi	87,90%	49,40%	25,50%	5,20%	82,90%	20,10%	44,20%
Corte	67,40%	32,10%	30,80%	6,10%	75,50%	19,70%	37,90%
Ghisonaccia	89,20%	33,30%	30,40%	16,20%	82,40%	28,00%	42,80%
Penta-di-Casinca	88,10%	28,40%	28,10%	14,10%	85,00%	16,90%	44,40%

Source : Sirsé Corse 2015

- **Le centre de soins de suite et de réadaptation de Valicelli (SSR) :**

Ce SSR, centre de référence des affections des systèmes digestifs métaboliques et endocriniens, propose une hospitalisation avec pour indication l'obésité et le diabète ainsi que pour l'insulinothérapie fonctionnelle (IF). Ce centre propose 3 programmes d'éducation thérapeutique du patient qui font partie intégrante du traitement proposé (diabète de type 1 et de type 2, obésité, insulinothérapie fonctionnelle).

En 2016, la répartition des patients hospitalisés :

- ✓ 291 patients pour diabète
- ✓ 702 patients pour obésité
- ✓ 12 patients pour insulinothérapie fonctionnelle

- **Les établissements de santé autorisés en médecine, chirurgie et obstétrique**

L'enquête PMSI de 2015, sur les hospitalisations potentiellement évitables en Corse, portant sur le nombre de séjours correspondant au diabète, montre que les hospitalisations pour diabète avec acidocétose et coma s'élève à 31 séjours soit 0,02% de l'ensemble des séjours effectués, ce qui semble être peu. Toutefois, les patients concernés sont relativement jeunes, avec une moyenne d'âge de 48 ans pour les hommes et de 40 pour les femmes, la durée de séjour est de 17 jours pour les hommes et 6 pour les femmes.

- ✓ Le centre hospitalier d'Ajaccio et de Bastia n'offre pas de service dédié
- ✓ Au centre hospitalier d'Ajaccio en l'absence de pédiatre endocrinologue l'enfant est stabilisé et est adressé à l'APHM Timone pour la prise en charge et le suivi
- ✓ Au centre hospitalier de Bastia, une consultation assurée par un endocrinologue permet de prendre en charge les femmes atteintes de diabète gestationnel. Les enfants sont pris en charge par une pédiatre endocrinologue.
- ✓ La polyclinique Maynard, la clinique Clinisud et le centre hospitalier d'Ajaccio disposent d'une activité de chirurgie bariatrique
- ✓ Un programme d'éducation thérapeutique en péri chirurgie bariatrique porté par l'association « Formes à forme » a été autorisé en décembre 2017.

➤ L'offre préventive

En amont de toute pathologie, elle concerne surtout la prévention du surpoids ou de l'obésité ainsi que l'apparition de diabète de type 2. Elle peut être représentée par des actions de sensibilisation ou d'éducation nutritionnelle et liée à la promotion d'une activité physique.

Lorsque le diabète est déjà déclaré les actions vont consister à proposer des actions dans le cadre de l'autonomie du patient.

- Actions nutrition dans le cadre de l'éducation nationale (EN)

Des actions nutrition sont organisées dans les établissements scolaires par le personnel de l'EN lui-même ou par des associations.

Une formation des personnels infirmiers et médicaux sur le diabète et son suivi est prévue pour la rentrée 2018/2019.

Actions financées dans le cadre d'appel à projets ARS :

- ✓ Semaine santé lycée professionnel Jules Antonini (plusieurs thématiques de santé dont la nutrition équilibrée à la cantine et la sensibilisation à une activité physique)
- ✓ Action santé nutrition : organisées par l'UGRM2B dans les établissements de Haute Corse
- ✓ Sensibiliser et responsabiliser les élèves, sur une alimentation équilibrée et sur les comportements favorisant la santé par le lycée polyvalent de Balagne.

- Les actions de sensibilisation à la connaissance de la maladie, ses conséquences, incitation au dépistage :

Ces actions sont menées par les professionnels de santé ou des associations de patients en population générale, auprès de personnes à risque ou des malades.

- ✓ Association des diabétiques de Corse : journée du diabète, ateliers de sensibilisation, nutrition
- ✓ Association L.I.D.E.R. (Lions International Dépistage Et Recherche Diabète) : journées de prévention et dépistage

➤ L'éducation thérapeutique du patient (ETP) :

Ce programme s'adresse uniquement au patient et sa famille, il est proposé par une équipe de professionnels de santé formée et doit être autorisé par l'ARS.

Il existe une part d'information et de conseils donné par les professionnels de santé, mais informer et conseiller ne suffisent pas à rendre le patient compétent. L'ETP fait ainsi partie intégrante de la stratégie thérapeutique du patient en collaboration étroite avec les professionnels de santé. Pour autant, il ne faut pas oublier de prendre en compte les divers facteurs individuels et sociaux : soutien social, dimension cognitive, capacités d'adaptation, attitudes face à la maladie.

Début 2018, 22 programmes sont autorisés, dont :

- ✓ 3 programmes à destination des diabétiques dont un pour l'insulinothérapie fonctionnelle (IF). L'IF permet également de faire connaître la législation grâce à la participation d'un avocat et les conseils par l'association des diabétiques de Corse, patients experts.
- ✓ 1 programme diabète de type 1 à destination des enfants (autorisés en octobre 2017)
- ✓ 2 programmes pour les patients souffrant d'obésité.
- ✓ 1 programme pour enfants en surpoids ou obésité (autorisé en octobre 2017)
- ✓ 1 programme pour patients en chirurgie bariatrique en péri-opératoire (autorisé en décembre 2017)
- ✓ Les promoteurs de programmes diabète :
- ✓ Centre de soins de suite et de réadaptation de Valicelli développe également un programme obésité et IF
- ✓ L'insulinothérapie fonctionnelle donne les moyens à la personne diabétique insulino-dépendante de comprendre quels sont ses besoins et d'adapter ses doses d'insuline. 3/4 des programmes d'ETP diabète-obésité-IF sont réalisés dans ce centre.
- ✓ Réseau Corse Maladies Chroniques (RCMC) diabète et obésité
- ✓ Maison de santé pluridisciplinaire (MSP) de Calenzana diabète de type 2

Le tableau suivant reprend le nombre de patients concerné par un des programmes d'ETP par pathologie entre 2011 et 2016 :

Nombre de programme ETP réalisés par pathologies de 2011 à 2016	Nb d'ETP	Nombre d'ALD au 31/12/2015 (ameli.fr)	Nombre de programmes	%
Maladies cardiovasculaires	337	23 710	4	1%
Diabète	1637	9 920	4	17%
Psy	0	8 770	0	0%
Obésité	2869		2	22%
Maladies respiratoires chroniques	94	2 730	1	3%
Tumeurs malignes	0	9 300	0	0%
Lombalgies chroniques	20		1	
Insuffisance rénale chronique	300	560	2	54%

Objectif stratégique N°1 du COS : appuyer les politiques de santé sur les socles de la prévention et de la promotion de la santé.
Objectif stratégique N°3 du COS : accompagner l'accès à la santé des plus fragiles dans une logique de parcours continu.

Objectif opérationnel n°1 : mobiliser les professionnels et les usagers en s'appuyant sur une information validée :

Action N°1 : sensibiliser et informer sur le diabète de types 1 et 2, et sur les bonnes pratiques alimentaires et activités physiques adaptées, (associations, éducation nationale...)

Action N°2 : sensibiliser les professionnels de santé sur la rémunération sur des objectifs de santé publique (URPS)

Action N°3 : adapter les outils aux publics, en particulier les enfants.

Action N°4 : faciliter l'exploitation des modes de communication, média, web...

Indicateur de suivi : nombre de communications réalisées / an

Objectif opérationnel n° 2 : réduire les facteurs de risque et promouvoir une alimentation équilibrée sur toute la Corse, en particulier par la consommation de fruits et légumes, les aliments riches en fibre et en limitant la consommation de produits gras ou les sucres ajoutés tels les sodas

Action N°1 : apprendre ou réapprendre à cuisiner facilement et sainement, à prix raisonnable (associations, professionnels de santé...);

Action N°2 : informer à partir des CCAS, CLS (collectivités, associations...) sur les principes d'une alimentation équilibrée ;

Action N°3 : s'appuyer sur la mise en œuvre des parcours éducatifs en santé au sein des établissements scolaires pour améliorer l'équilibre alimentaire ;

Action N°4 : sensibiliser sur les goûters trop sucrés et ou gras, à destination des élèves et leurs parents (éducation nationale, collectivité de Corse...)

Action N°5 : améliorer l'équilibre alimentaire dans les restaurations collectives notamment scolaires et privilégier les circuits courts (éducation nationale, collectivité de Corse, communauté de communes, direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt-DRAAF...)

Indicateurs de suivi : nombre d'actions et d'établissements scolaires concernés

Objectif opérationnel n°3 : réduire les facteurs de risque et promouvoir la pratique d'une activité physique régulière

Action N°1 : favoriser la mise en œuvre d'expérimentations en matière d'activités physiques régulières et /ou adaptées (associations, DRJSCS ...)

Action N°2 : promouvoir la diffusion d'évènements sportifs, accompagner les campagnes nationales ;

Action N°3 : investir dans la formation d'éducateurs sportifs et d'animateurs en coaching (associations, DRJSCS...)

Indicateurs de suivi : nombre de prescriptions, d'évènements sportifs réalisés

Objectif opérationnel n°4 : prévenir et repérer le diabète en améliorant le dépistage précoce en population générale ainsi que chez les personnes à haut risque

Action N°1 : développer l'information par la médecine du travail

Action N°2 : favoriser le dépistage précoce par des campagnes de communication lors de manifestations annuelles

Action N°3 : mobiliser les professionnels du premier recours les URPS médecins libéraux, biologistes et pharmaciens...

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre d'actions,
- ✓ nombre d'actes de dépistage réalisés

Objectif opérationnel n°5 : développer les programmes ETP diabète et diversifier les réponses en ETP :

Action N°1 : développer des programmes d'ETP à destination des patients obèses et diabétiques notamment dans le rural

- à destination des enfants
- en pré et péri-opératoire en chirurgie bariatrique

Action N°2 : proposer les ateliers « free-style » en fonction des besoins.

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre de programmes diabète, et obésité,
- ✓ nombre de patients pris en charge dans le cadre d'un programme

Objectif opérationnel n°6 : renforcer la coordination entre les professionnels de santé et les usagers

Action N°1 : faciliter et rendre lisibles des actions coordonnées entre les professionnels de santé URPS ML / IDEL/ biologistes / pharmaciens ...

Action N°2 : faciliter l'accès aux programmes au retour à domicile (PRADO)

Action N°3 : développer le dispositif Asalée (coordination médecin / infirmière déléguée à la santé publique)

Action N°4 : améliorer la coordination par le Réseau Corse Maladies Chroniques

Action N°5 : conforter auprès des professionnels du premier recours et des établissements de santé l'accès aux centres experts en PACA

Action N°6 : prendre en compte les modalités de prises en charge des accompagnants

Action N°7 : promouvoir l'innovation organisationnelle en s'appuyant sur les outils de la télémédecine (télé surveillance et téléconsultations)

Action N°8 : conforter les patients dans l'autonomie de leur suivi ayant accès à des applications smartphones

Objectif opérationnel n°7 : faciliter le recours aux examens de suivi des comorbidités (cardio, ophtalmo, néphro, neuro, biologistes, podologues,)

Action N°1 : faciliter et rendre lisible le déploiement des rétinographes en Corse

Action N°2 : réfléchir à un dispositif à destination des patients permettant le dépistage, le suivi et la relance des examens biologiques à partir de l'URPS biologistes,

Action N°3 : améliorer la prise en compte des contraintes liées à la prise en charge du diabète dans le milieu du travail

Action N°4 : améliorer les modalités d'orientation vers l'endocrinologue (cas complexe et découverte d'un diabète de type1)

Action N°5 : améliorer la prise en charge du surpoids et de l'obésité (diététique, SSR, chirurgie bariatrique...)

Objectif opérationnel n°8 : améliorer l'accompagnement des patients et des aidants :

Action N°1 : faciliter l'aide à l'autonomie des patients et des aidants

Action N°2 : améliorer l'accompagnement des enfants diabétiques et les parents en milieu scolaire

Action N°3 : améliorer l'information et les modalités de prises en charge auprès des étudiants en associant le service de médecine universitaire et la filière audiovisuelle de l'université de Corse.

Objectif opérationnel n°9 : assurer la sécurité des soins :

Action N°1 : améliorer l'élimination des déchets de patients en auto traitement

Action N°2 : promouvoir les outils d'aide à la pharmaco vigilance

Indicateurs de suivi :

- ✓ formalisation de l'offre graduée pour les enfants en Corse,
- ✓ taux de suivis des examens complémentaires par territoires (ophtalmologiques, cardiologiques, néphrologiques),
- ✓ nombre de patients et d'aidants pris en charge dans le cadre de la PRAMCA,
- ✓ nombre de programmes expérimentaux

TITRE IV
TRANSFORMER NOS ORGANISATIONS PAR LE
NUMÉRIQUE ET L'INNOVATION

Diagnostic et constat après le PRS1 (points forts et points faibles) :

Une organisation essentiellement tournée autour de la e-santé

Au cours du PRS1, le déploiement du programme régional de télémédecine a permis de structurer le pilotage de cette thématique.

On distingue trois niveaux :

- le niveau stratégique : l'ARS a souhaité co-construire la stratégie de la Corse ; à cet effet elle a mis en place un Copil e-santé regroupant les institutionnels (Etat, Assurance Maladie et Collectivité de Corse), les opérateurs sanitaires représentés par leur fédération et les professionnels de santé représentés par les conseils ordinaires et les unions régionales de professionnels de santé (URPS);
- la maîtrise d'ouvrage a été confiée principalement au GCS SIRS-Co historiquement structuré autour des établissements hospitaliers publics. La Corse ne possédant pas de maîtrise d'ouvrage régionale en termes d'e-santé, l'ARS a souhaité l'ouverture du GCS à l'ensemble des offreurs de santé afin d'élaborer et mettre en œuvre la stratégie régionale e-santé, conduire les projets de cette stratégie, veiller à l'urbanisation, l'interopérabilité et la sécurité des systèmes d'information à l'échelle régionale;
- la communication en Corse est réalisée au sein de l'Instance Régionale de Pilotage afin de diffuser largement les actions mises en œuvre.

Les actions réalisées : la e-santé et la télémédecine

- Le programme "Hôpital numérique" avait pour son objectif de faire évoluer la maturité des systèmes d'information des établissements de santé pour améliorer la qualité et la sécurité des soins, soutenir les projets innovants et coordonner l'ensemble des acteurs autour d'une feuille de route commune . L'observatoire des systèmes d'information mis en place pour recueillir, exploiter et partager les informations décrivant les systèmes, leur degré d'usage et leurs évolutions donne une photographie de déploiement du programme "hôpital numérique". En Corse cet outil est un reflet partiel de la situation régionale car tous les établissements de santé complètent partiellement l'observatoire des systèmes d'information de santé (OSIS). L'enveloppe financière consacrée à ce programme a permis aux établissements de santé insulaires accompagnés de réaliser les objectifs attendus.
- Le système d'information (SI) urgences et SAMU : les objectifs pour cette activité étaient :
 - pour les SAMU : mise à niveau de l'installation téléphonique et informatique, mise en place d'ANTARES et mise en œuvre d'un dispositif de secours entre SAMU ;
 - pour les Urgences : déployer et améliorer l'efficacité du recueil informatisé dans les services d'urgences.

L'état des lieux des deux SAMU à l'issue du PRS1 est décrit dans le volet « Urgences » du PRS2.

Concernant les services de médecine d'urgence : tous les services sont équipés du Terminal Urgences (TU), outil développé par le GIP ORU PACA. Les passerelles entre TU et le dossier patient informatisé des établissements de santé publics (DxCare) sont opérationnelles. Les résumés de passages aux urgences sont remontés via cet outil vers le système de surveillance OSCOUR, dispositif de veille sanitaire en temps réel et en coopération avec les professionnels de l'urgence.

- Le Répertoire Opérationnel des ressources (ROR), enjeu majeur, est un outil de description de l'offre de santé destiné à tous les professionnels concernés par l'orientation des patients et s'appuyant sur un outil informatique. Il vise à décrire des ressources disponibles dans chaque établissement de santé et doit s'étendre à l'ensemble de l'offre de soins extrahospitalière. Il propose une information exhaustive sur l'offre de santé régionale et extrarégionale, sans cloisonnement entre la ville et l'hôpital, sur les champs du sanitaire et à terme sur le champ du médico-social.

Le ROR permet aux acteurs de l'offre de soins de rechercher des informations pour faciliter l'orientation des patients dans leurs parcours de soins et à l'ARS de piloter et de suivre l'offre de soins. Il contribue également aux programmes nationaux tels que le SI SAMU et le programme PAERPA.

La mission de déploiement du ROR a été confiée au GCS SIRS-Co.

Etat du peuplement à la fin 2017 :

- établissements de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) : peuplement finalisé pour 11 établissements et 2 sont en cours de peuplement ;
- établissements de psychiatrie : peuplement finalisé pour 4 établissements ;
- établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR) : peuplement finalisé pour 13 établissements ;

- Le partage d'informations entre professionnels de santé repose sur le déploiement du Dossier Médical Partagé (DMP) et de la Messagerie Sécurisée de Santé (MSS). Ces outils doivent permettre de faciliter les prises en charge en garantissant la confidentialité des données et l'efficacité des parcours de santé. En Corse, la montée en charge de ces dispositifs n'a pas été satisfaisante.

Trois freins majeurs ont été identifiés :

- un manque de communication sur les outils ;
- le manque d'accompagnement pour les professionnels de santé ;
- l'incompatibilité entre les systèmes Mac et la MSS.

En 2017, la Corse a bénéficié d'un accompagnement financier dans le cadre d'un appel à projet (AAP) national. Cette aide devrait être une opportunité pour réamorcer le déploiement de ces outils en Corse grâce à la mise en place d'une coordination avec les caisses primaires d'assurance maladie très engagées dans l'accompagnement des professionnels de santé libéraux et le recrutement d'un chef de projet.

- L'ARS a priorisé quatre spécialités sur le volet de la télémédecine :
 - la télé-dermatologie ;
 - la prise en charge en urgence de l'accident vasculaire cérébral ;
 - la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale ;
 - la télé-radiologie.

Ces spécialités ont en commun un déficit de ressources humaines médicales à la fois dans les territoires urbains et ruraux. Ces premières expérimentations ont permis de répondre à un besoin mais aussi de mettre en exergue la nécessité d'une filière structurée, la télémédecine n'étant qu'un outil facilitant au service de cette organisation et devant s'adapter au besoin des professionnels de santé notamment en termes d'évaluation.

Les actions non réalisées

Certaines actions n'ont pu être déployées au cours du PRS 1 :

- l'évolution de l'informatisation des SAMU (logiciel SI) et plus particulièrement le lien SAMU/SDIS;
- l'utilisation de la télémédecine pour la spécialité psychiatrie et pour la prise en charge de population telle que les détenus ;
- l'innovation en e-santé pour le maintien des patients au domicile.

Les perspectives après le PRS 1 :

De manière plus générale, lors de l'écriture du PRS 1 et compte tenu du contexte national de cette période, l'innovation qu'elle soit technique, organisationnelle ou thérapeutique n'était pas considérée comme un levier majeur pour répondre aux exigences de la mutation du système de santé dans un budget contraint. En effet, l'e-santé était plus perçue comme un meilleur outillage informatique de l'organisation des services de santé. Pour autant, l'innovation ne saurait se réduire au thème du numérique, elle concerne aussi bien les parcours

que les pratiques de soins et les dispositifs médicaux. C'est en fonction d'un parcours par exemple, que s'établissent l'organisation et les outils métiers (informatisés) des professionnels de santé.

Or, le contexte actuel remet notamment en question la répartition des rôles des professionnels de santé au sein du parcours des patients. En effet, pour assurer une prise en charge de meilleure qualité, on assiste à une spécialisation croissante des corps de métiers (multiplication des spécialités médicales, réforme des études paramédicales ...) et de certains établissements de santé. Il en résulte qu'un nombre croissant d'acteurs, n'appartenant pas aux mêmes structures, sont mobilisés autour des parcours des patients, en devant s'assurer de la coordination entre la prise en charge de proximité, les plateaux techniques et les activités de recours régionaux et interrégionaux. Cette mutation du système de santé amène à un renouvellement des coopérations entre professionnels, entre ville et hôpital pour qu'un patient d'une micro-région isolée puisse bénéficier de l'expertise adaptée à son état de santé. En somme, le système de santé se retrouve confronté à un véritable paradoxe : comment permettre l'émergence de pôles nécessitant une forte concentration de moyens humains et techniques hautement spécialisés et favoriser dans le même temps le déploiement des prises en charge au plus près du patient voir au domicile ou substitut du domicile ?

Face à cette problématique, l'innovation est reconnue comme un levier pertinent. Telle que décrite dans l'article 51 de la LFSS 2018, elle permet aux acteurs de terrain en santé de proposer des solutions nouvelles à des ruptures de parcours et de proposer des projets adaptés aux territoires, non prévus dans le cadre conventionnel commun.

Ainsi l'innovation est un levier d'action majeur pour la Corse reconnue, dans la stratégie nationale de santé dans un volet spécifique. L'émergence d'organisations ou de prises en charge innovantes permettrait de répondre à ces spécificités en termes d'accessibilité, de qualité des soins ou d'efficacité par exemple.

L'innovation pour répondre aux spécificités de la Corse pose question : **comment l'organiser pour la rendre plus régulière et répliquable ?**

Sur ce constat, les axes de travail pour le PRS 2 se distinguent en deux thématiques majeures :

- **Comment organiser l'innovation pour la rendre plus régulière et répliquable ?**
 - **1^{er} axe** : faciliter l'émergence et la diffusion des innovations (techniques, organisationnelles....) y compris dans le cadre de programmes de recherche et en s'attachant à leur évaluation.

- **Comment organiser le déploiement du numérique pour s'adapter aux projets innovants et permettre leur diffusion ?**
 - **2^{ème} axe** : conforter le pilotage dans ces trois dimensions : stratégie, maîtrise d'ouvrage, communication en renforçant la place des usagers ;
 - **3^{ème} axe** : permettre au numérique d'être le garant de l'égalité d'accès aux soins quel que soit le lieu de vie y compris pour l'innovation thérapeutique ;
 - **4^{ème} axe** : favoriser le pilotage et la performance des structures par l'informatisation des services supports à la production des soins ;
 - **5^{ème} axe** : permettre l'accès au numérique pour les populations vulnérables ;

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

Il consiste à organiser l'activité de conception pour faciliter l'émergence d'une série de projets innovants répondant aux problématiques d'une région spécifique et de ses micro-territoires. Cette organisation s'appuiera notamment sur des outils numériques intégrés dans les projets de territoire, pour des parcours de santé sécurisés, équitables et innovants au service de l'utilisateur.

Comment organiser l'innovation pour la rendre plus régulière et répliquable ?

- **1^{er} axe : faciliter l'émergence et la diffusion des innovations (techniques, organisationnelles....) y compris dans le cadre de programmes de recherche et en s'attachant à leur évaluation**

Pourquoi parler d'innovation en santé ?

L'innovation est un des volets de la stratégie nationale de santé. Elle apparaît comme un des 4 axes prioritaires pour assurer une meilleure accessibilité aux soins dans le Plan d'égal accès aux soins dans les territoires, notamment avec la création d'un fonds national dédié au financement des innovations organisationnelles. La CNAMTS envisage la création d'un dispositif d'appui à l'expérimentation et à la diffusion d'innovations organisationnelles comme un levier pour accroître la qualité et l'efficacité du système de soins.

L'ARS a décidé d'adopter une définition des sciences de gestion sur l'innovation lui paraissant plus opérationnelle. Elle distingue la recherche, l'innovation et le développement (RID- Hatchuel, Le Masson, Weil - 2001).

Recherche : processus maîtrisé de production de connaissances ne cherchant pas lui-même à définir des valeurs (pour le client et l'entreprise).

Innovation : la structure d'innovation est responsable de deux aspects touchant au travail de conception :

- un processus de définition de valeur ;
- un processus d'identification de nouvelles compétences.

Développement : processus maîtrisé qui active les compétences et les connaissances existantes afin de spécifier un système (produit, processus, organisation...). Le développement se pilote selon des critères clairs (qualité, délais, coûts...) et dont la valeur est nettement conceptualisée et plus ou moins évaluée

L'innovation pose des questions à la recherche et crée des compétences pour la partie développement. L'innovation n'est pas une fin en soi, elle doit permettre à terme d'améliorer la qualité, l'accessibilité des soins et l'efficacité du système de santé. Elle vient au service d'une organisation et elle peut être amenée à la faire évoluer.

Pourquoi se structurer au niveau de la Corse en ce qui concerne l'innovation ?

Les acteurs publics pourraient ainsi s'exprimer sur la pertinence d'un projet innovant pour le système de santé et sur les éventuelles créations de valeur découlant de ce projet. L'objectif serait notamment de repérer et mettre en cohérence des initiatives souvent isolées parfois contradictoires ou complémentaires.

Cette structuration permettra d'assurer la centralisation des ressources (connaissances, compétences) à disposition pour penser et mettre en œuvre la mutation de l'organisation du système de soins. Elle diffusera l'innovation aux autres territoires en Corse.

Les projets alimenteront la réflexion autour d'un idéaltype du modèle d'organisation des soins sur le territoire : comment améliorer les performances du système de santé en termes de qualité, de sécurité et de coûts des services de santé ? Cette réflexion n'incombe pas uniquement à l'ARS mais pour alimenter cet idéaltype, elle prendra en considération les demandes formulées au sein des différents territoires de vie –santé. Les projets permettront la construction d'un savoir-faire en évaluation du service rendu d'une innovation et la structuration une démarche de recherche des initiatives de terrain en termes d'innovation.

Objectif opérationnel N° 1 : co-construire l'innovation et la recherche en santé en Corse dans un cadre de confiance.

Action N°1 : structuration du pilotage de l'innovation et de la recherche afin d'associer l'ensemble des acteurs concernés pour un portage de projets partagés. Cette structuration doit être lisible et accessible par un guichet unique. Elle doit être en capacité de détecter des innovations.

Action N°2 : impulser une dynamique de réponse aux appels à projet nationaux sur le volet recherche (programme de recherche médico-économique (PRME) programme de recherche sur la performance du système de soins (PREPS) et infirmier) et faire émerger les futures maisons de santé universitaires.

Faciliter l'appropriation de l'article 51 de la LFSS 2018 par les acteurs de terrain et multiplier les actions expérimentales (droit à l'expérimentation).

Les projets retenus seraient notamment des leviers à la pratique de l'évaluation en Corse.

Action N°3 : permettre aux expérimentations à la suite d'une évaluation d'être généralisées sur l'ensemble du territoire.

Action N°4 : proposer des thématiques de recherche aux partenaires universitaires pour alimenter le stock de connaissances nécessaires à la réalisation de projets.

Action N°5 : promouvoir les projets innovants auprès des institutions de formation (Universités, centres hospitaliers universitaires, Ecoles paramédicales, Grandes Ecoles ...) pour leur donner une lisibilité et accroître l'attractivité des territoires expérimentaux.

Objectif opérationnel N°2 : favoriser l'appropriation de pratiques innovantes à l'aide de méthodes telles que la simulation en santé.

La simulation en santé est une méthode pédagogique permettant aux professionnels de la santé et du secourisme de se former à la réalisation de certains actes, de répéter des gestes et interventions, de mieux travailler en équipe et d'avoir une réflexion et un retour d'expérience sur leurs pratiques afin d'améliorer la qualité et la sécurité de leurs interventions.

La concertation avec les acteurs du territoire a permis de préciser leurs besoins en matière de simulation :

- la proximité des centres de simulation afin de permettre un développement régulier des compétences grâce à des séances répétées. Les acteurs ont ainsi préféré que se développent une structure au sein de chacun des centres hospitaliers de recours ;
- des centres accessibles à tous les professionnels de la santé et du secourisme du territoire : salariés d'autres établissements sanitaires et médico-sociaux publics ou privés, professionnels libéraux, pompiers, sécurité civile... ;
- l'organisation de séances communes de simulation entre professionnels qui interviennent concomitamment ou successivement sur certaines prises en charge ;
- des besoins de formation notamment en matière de réanimation cardio-respiratoire ou néonatale, gestion des voies aériennes supérieures, examen de l'abdomen, sutures, accouchement et manœuvres obstétricales.

Action N°1 : disposer en Corse de deux centres de simulation en santé (un en Haute-Corse et un en Corse-du-Sud).

Ces centres de simulation seront positionnés dans les centres hospitaliers de recours et assureront des prestations, dans le cadre de la formation initiale et de la formation continue, qui seront ouvertes à tous les professionnels de la santé et du secourisme.

L'ARS examinera les projets en prenant pour référence le *Guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé* de la Haute Autorité de Santé, notamment pour déterminer la typologie des centres de simulation.

Au regard des besoins de formation et d'équipement exprimés par les professionnels, il sera nécessaire que ces deux centres fonctionnent en partenariat, notamment par la mise en commun de certains outils de simulation afin d'optimiser les investissements et de diversifier leurs outils.

Ces centres pourront également nouer des partenariats avec d'autres centres de simulation pour enrichir leur offre de formation.

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre de formations proposées ;
- ✓ nombre de séances annuelles effectuées ;
- ✓ nombre de professionnels et d'institutions ayant eu recours aux centres de simulation ;
- ✓ proportion de séances avec un public pluridisciplinaire.

Comment organiser le déploiement du numérique pour s'adapter aux projets innovants et permettre leur diffusion ?

- **2^{ème} axe : conforter le pilotage dans ces trois dimensions : stratégie, maîtrise d'ouvrage, communication en renforçant la place des usagers.**

L'instruction GRADeS (Groupement Régional d'Appui au Développement de la e-santé) du 10 janvier 2017 relative à l'organisation à déployer pour la mise en œuvre de la stratégie e santé en région a pour objectif de préciser le dispositif de gouvernance en matière de politique régionale de e santé et d'en définir les caractéristiques.

Elle intègre :

- les exigences du cadre commun des projets d'e-santé :
 - les référentiels à respecter pour la mise en œuvre de tout projet d'e-santé ;
 - le socle commun minimum de services numériques en santé à rendre accessible en tout point du territoire ;
 - les principes de conduite de projets ;
- les programmes et projets nationaux de santé numérique (hors socle commun, par exemple le programme « hôpital numérique ») à décliner au plan régional ;
- les besoins directement issus du projet régional de santé ;
- des projets locaux :
 - d'intérêt commun, susceptibles d'être généralisés à l'ensemble des acteurs du territoire ;
 - innovants (s'inscrivant dans une logique d'expérimentation) ;
- des initiatives connexes portées par d'autres acteurs (par exemple, les projets à l'initiative de l'assurance maladie, des collectivités territoriales, des URPS, etc.).

Dans ce contexte, la réalisation d'un état des lieux et une évaluation des besoins des professionnels de santé sont indispensables pour pouvoir élaborer un schéma directeur e santé et télémédecine. De même, une maîtrise d'ouvrage régionale portant les projets e-santé au service de l'ensemble des offreurs de santé et du médico-social doit être construite. Elle sera un outil à disposition de l'ensemble des opérateurs en Corse pour pouvoir répondre à ces nouvelles missions en tant qu'animateur et fédérateur pour porter la stratégie régionale en e-santé.

Objectif opérationnel N°3 : accompagner la mise en œuvre du GRADeS pour permettre de répondre à de nouvelles missions et à déployer le schéma directeur des systèmes d'information de santé en Corse

Action N°1 : réaliser un diagnostic du fonctionnement actuel de la structure GCS SIRS-CO et de l'organisation e-santé sur l'île en s'appuyant sur les référentiels décrits dans l'instruction GRADeS et réaliser une cartographie des attentes des acteurs de la santé et du médico-social. Ce diagnostic et cette cartographie permettront d'évaluer les besoins de la future maîtrise d'ouvrage régionale au regard de ses nouvelles missions et d'établir un schéma organisationnel cible.

Action N°2 : accompagner la mise en place d'un nouveau modèle de maîtrise d'ouvrage incluant le volet juridique, les ressources humaines et économiques pour répondre aux besoins identifiés.

Action N°3 : définir une feuille de route du nouvel opérateur permettant la déclinaison du schéma directeur SI en Corse un calendrier établi.

➤ **3^{ème} axe : permettre au numérique d'être le garant de l'égalité d'accès aux soins quel que soit le lieu de vie y compris pour l'innovation thérapeutique.**

La médecine de demain plus technique, toujours plus innovante renforcera la nécessité d'une gradation pour maintenir une qualité de prise en charge et de vie du patient.

Pour permettre à la Corse de bénéficier pleinement de cette médecine en pleine mutation compte tenu de sa spécificité, «seule région française sans centre hospitalo universitaire », il faut repenser les formes de gradation de la prise en charge qui ne peuvent plus reposer sur les logiques en silo hospitalières et ambulatoires mais évoluer vers des niveaux de services d'intensité variable qui feront intervenir les acteurs de la ville et de l'hôpital (niveau de proximité, niveau régional et niveau interrégional) tout en assurant la continuité des prises en charge. L'interface ville hôpital assurant la mise à disposition d'informations médicales indispensables aux prises en charge du 1^{er} recours permettra à la Corse cette mutation.

La mise en œuvre du virage ambulatoire, l'intégration de pratiques innovantes techniques, technologiques et thérapeutiques (chimiothérapie à domicile...), le renforcement de la coordination des soins autour des parcours coordonnés vont modifier profondément nos organisations de travail utilisatrices et permettre de répondre aux besoins de demain avec la montée en puissance des maladies chroniques.

L'amélioration de l'efficacité des organisations implique une meilleure coopération au sein des territoires entre les secteurs hospitaliers, ambulatoires et médico-sociaux et une modification des organisations appréhendée dans de nombreux leviers de la loi de modernisation du système de santé (GHT, plateformes territoriales d'appui, communautés professionnelles territoriales de santé, exercice coordonné ...).

La Corse, île montagne, s'emploie au déploiement de l'ensemble de ces outils, le système d'information est l'outil indispensable à la coordination des acteurs.

Au regard des caractéristiques de l'île, une population vieillissante - densité régionale très faible sur les territoires ruraux (le tiers de la population corse réside sur les deux tiers du territoire - la majorité des structures de recours sanitaire concentrées sur deux zones d'emplois Ajaccio et Bastia distantes de plus de deux heures trente- un vieillissement de la population médicale (40% des médecins généralistes libéraux ont plus 60 ans) et une présence importante des professionnels de santé libéraux paramédicaux , les progrès organisationnels constituent un enjeu majeur permettant de répondre à la fois aux nouveaux besoins liés aux parcours mais également de tendre vers une plus grande efficacité dont les gains obtenus viendraient en soutien à l'accès aux innovations.

Objectif opérationnel N°4 : permettre à tous l'accès sécurisé à l'expertise par la télé-médecine en réponse à un projet de santé de territoire intégrant la prévention et s'appuyant sur la consultation, l'expertise, la surveillance et l'assistance.

Action N°1 : garantir par la téléconsultation une équité d'accès aux soins en lien avec un projet de territoire (équipes de soins primaires (ESP) – communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) permettant aux usagers de bénéficier de ressources médicales en voie de raréfaction.

Action N°2 : co-construire le développement de la télé expertise graduée (1er recours – spécialité – hyperspécialisé) assurant l'accès aux soins de tous au sein d'une filière structurée garantissant une réponse adaptée limitant la perte de chance. Cette télé expertise doit s'inscrire en appui des consultations avancées. Elle doit être réalisée par un spécialiste médical.

Action N°3 : impulser la mise en œuvre de la télésurveillance dans un continuum de prise en charge curative. Elle doit être aussi un outil de prévention primaire.

Action N°4 : développer la télé assistance médicale « qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte » au sein d'équipes territoriales. Cette télé assistance pourra être un levier au déploiement des protocoles de coopération entre professionnels de santé, gage de qualité et de sécurité.

Objectif opérationnel N°5 : poursuivre l'articulation des secteurs ambulatoires, hospitaliers et médico-sociaux par le déploiement des services numériques.

Action N°1 : permettre le déploiement du DMP dans sa nouvelle version structurée en coordination avec la Direction de la Coordination de la Gestion du Risque (DCGDR) de la CPAM de Corse du Sud en déclinant la politique nationale, en coordonnant les acteurs de soins, en finançant les actions locales. Pour cette action, l'appui opérationnel du GRADeS sera sollicité.

Action N°2 : assurer une communication sécurisée de l'information médicale par le déploiement de la messagerie sécurisée :

- pour les professionnels de santé en établissement public : un accompagnement par l'agence des systèmes d'informations partagés de santé (ASIP) et l'ARS pour permettre le déploiement de la MSS santé, la structuration de la lettre de liaison et son utilisation ;
- pour les laboratoires d'analyses médicales : un accompagnement par l'ASIP et l'ARS pour permettre l'intégration des comptes-rendus dans les flux MSS, la structuration des dits comptes-rendus et la formation des utilisateurs ;
- pour les professionnels de santé libéraux et le médico-social : un accompagnement par l'ARS et l'assurance maladie pour permettre l'ouverture de la MSS et son utilisation par le biais de formation.

Action N°3 : accompagner le déploiement des systèmes d'information dans les maisons de santé pluri-professionnelles et favoriser les partages d'information dans les équipes de soins primaires. Guider les MSP dans leurs choix de solutions logicielles afin d'éclairer les professionnels de santé exerçant au sein de structures d'exercice coordonné sur les garanties apportées par un logiciel labellisé «ASIP V2 » répondant de manière plus ciblée aux attentes des éditeurs et des professionnels de santé.

Objectif opérationnel N°6 : faciliter l'orientation des usagers dans le système de soins par l'amélioration de la connaissance de l'offre et des informations en santé

Action N°1 : consolider le ROR et lui permettre d'intégrer l'ensemble des acteurs participant à la prise en charge et les outils de gestion de crise pour assurer le rôle de référentiel unique de description de l'offre de santé.

Action N°2 : déployer un module d'orientation sur le secteur sanitaire et sur le secteur médico-social.

Objectif opérationnel N°7: favoriser la prise en charge dans le cadre de parcours de soins coordonnés.

Action N°1 : déployer les Services Numériques d'Appui à la Coordination (SNACs) au service des organisations sanitaires, médico-sociales et sociales au travers des dispositifs d'appui à la coordination (Plateforme Territoriale d'Appui, Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie) répondant à la stratégie régionale. Cette action a nécessité un recensement des outils numériques existants, un benchmark des expériences des territoires de santé numérique, un recueil des besoins auprès des acteurs de santé.

Action N°2 : poursuivre les travaux menés dans le cadre de la mise en place du Dossier Communiquant en Cancérologie (DCC) qui permet d'améliorer la coordination des prises en charge en cancérologie en proposant aux professionnels de santé impliqués dans les prises en charge de disposer des informations clés à chaque étape du parcours de soins tels que :

- les comptes-rendus d'anatomo-cytopathologie et les comptes rendus opératoires
- la fiche "réunion de concertation pluriprofessionnelle" RCP
- le programme personnalisé de soins
- le programme personnalisé de l'après cancer

➤ 4ème axe : favoriser le pilotage et la performance des structures par l'informatisation des services supports à la production des soins.

Dans le cadre de l'élaboration des plans régionaux de santé de seconde génération, l'e-santé représente un levier majeur susceptible de favoriser l'atteinte des objectifs régionaux de santé, notamment en matière d'amélioration de l'organisation des parcours de santé ou d'accès aux soins, de prévention et d'accompagnement des personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie.

Le déploiement des systèmes d'information de santé s'appuie en effet sur un ensemble de services interopérables et sécurisés, mis en œuvre dans le respect du cadre commun d'e-santé, du cadre national d'interopérabilité et de la politique générale de sécurité des systèmes d'information de santé. Il se décline à travers un ensemble de programmes pluriannuels.

Ces programmes ont pour but d'élever le niveau de maturité des systèmes d'information utilisés par les professionnels dans le cadre d'une prise en charge coordonnée des patients. Ceci doit se traduire par une extension de la couverture fonctionnelle, ainsi que par une amélioration de la qualité, de l'interopérabilité, de la sécurité et de l'ergonomie des systèmes d'information utilisés par les professionnels et les établissements de santé, afin de leur permettre d'assurer leurs missions auprès des patients dans de meilleures conditions. Ces programmes doivent également permettre le développement de nouveaux services portés par les acteurs professionnels et industriels ainsi que par les représentants des usagers.

Objectif opérationnel N°8 : poursuivre la modernisation des systèmes d'information des établissements sanitaires et médico-sociaux

Action N°1 : impulser une dynamique commune d'identito-vigilance (serveur régional d'identito-vigilance) afin de rendre inter opérable les dossiers patients informatisés (DPI) des établissements de santé publics et permettre aux établissements de santé privés de bénéficier du serveur d'identito-vigilance.

Action N°2 : poursuivre la modernisation des SAMU et des urgences
Modernisation des logiciels existants, déploiement d'une cartographie adaptée et de la géolocalisation, téléphonie avancée et équipements radio performants. Le programme SI SAMU sera déployé en Corse durant la période début 2022 – mi 2023.

Action N°3 : accompagner l'informatisation des établissements médico-sociaux.

Outils des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) pour permettre un meilleur suivi des parcours et une meilleure connaissance des besoins pour la prise en charge des personnes handicapées

Action N°4 : instruire le programme E-HOP 2.0 dans la continuité du programme Hôpital Numérique.

Le ministère de la santé a décidé de prolonger les travaux engagés dans ce programme dans le cadre d'un plan d'investissements pour la période 2017-2021. Il s'agira de soutenir financièrement le développement de solutions numériques visant à faciliter les liens des établissements avec les patients et avec les établissements partenaires (prise de rendez-vous et résultats d'analyses en ligne, comptes-rendus d'examens d'imagerie, etc.)

Action N°5 : Accompagner la mutualisation des SI GHT.

Optimiser le SI, au service d'un projet médical et plus globalement d'un projet d'établissement au sein des GHT. Validation des Schémas directeurs SI des GHT.

Accompagner la convergence vers les systèmes d'information unique (SIU) et la mutualisation de la fonction informatique au sein des GHT.

Objectif opérationnel N°9 : assurer la politique de sécurité des systèmes d'information.

Action N°1 : promouvoir et vérifier la bonne prise en compte de la politique générale de sécurité des systèmes d'information de santé PGSSI-S.

S'assurer que chaque établissement décline une politique de sécurité des systèmes d'information au niveau de la structure.

L'Observatoire des Systèmes d'Information de Santé (OSIS) devra être renseigné par les établissements de santé.

Action N°2 : vérifier la bonne prise en compte de l'instruction du 28 septembre 2017 relative à la mise en œuvre du dispositif de déclaration obligatoire et de traitement des signalements des incidents graves de sécurité des systèmes d'information des structures de santé.

Action N°3 : s'assurer de la bonne prise en compte de l'instruction du 14 octobre 2016 relative à la mise en œuvre du plan d'actions sur la sécurité des systèmes d'information dans les établissements.

Assurer le suivi du plan d'actions.

Action N°4 : diffusion des référentiels ASIP et contrôle de la bonne prise en compte du cadre commun des projets de e-santé.

S'assurer que l'ensemble des initiatives en matière de systèmes d'information répond aux directives de l'instruction du 11 mai 2016 relative au cadre commun des projets e-santé.

➤ 5ème axe : permettre l'accès au numérique pour les populations vulnérables

La stratégie nationale de santé fixe comme orientation d'innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des usagers.

Elle précise «le volet numérique comme une chance pour l'amélioration de la qualité au service du patient. L'usage de ces outils numériques libère du temps médical, améliore la pertinence et la qualité des soins ainsi que l'expérience des patients et peut contribuer à la maîtrise durable des dépenses de santé. Pour que cette évolution profite à tous et n'accroisse pas les inégalités sociales de santé, il convient d'assurer un accès effectif aux technologies numériques et de définir un cadre éthique adapté pour leur application ».

L'ARS doit garantir à la population Corse vieillissante et présentant un fort taux de précarité l'absence de perte de cette chance.

Objectif opérationnel N° 10 : garantir à tous l'accès à l'innovation levier de transformation du système de santé

Action N° 1 : mobiliser les compétences pour éviter la fracture numérique en intégrant, dès la conception des outils, une ergonomie adaptée et l'utilisation privilégiée de l'image, du son et des langues peu usitées.

Action N° 2 : déployer la médiation en santé « faire avec » voire « faire pour » en s'appuyant sur le référentiel HAS, pour faciliter l'accès aux supports numériques.

Action N°3 : garantir l'accès à un relais humain (présentiel, téléphone, visio,....) en cas de difficulté d'accès aux outils numériques.

Indicateurs de suivi :

- ✓ suivi des actions inscrites aux portefeuilles de projet du schéma directeur système d'information et télémedecine
- ✓ nombre de DMP créés et alimentés
- ✓ nombre de MSS déployées et actives
- ✓ suivi du peuplement du ROR et outils d'orientation déployés
- ✓ nombre de projets de territoire intégrant des actes relevant de la télémedecine en distinguant la réalisation pour des patients en ambulatoire
- ✓ nombre de projets recherche et innovation déployés en Corse
- ✓ nombre de supports (applications smartphone, sites internet, bornes, plateformes téléphoniques, guides, ...) et de services ou prestations dont l'ergonomie permet un accès des plus démunis (déficients sensoriels, illettrés, analphabètes, non francophones, ...) en autonomie ou avec l'aide d'un médiateur et ou opérateur. / Nombre de supports et modalités d'accès aux services et prestations inadaptés à une partie de leur cible

TITRE V

FAIRE DE LA QUALITÉ DES SOINS ET DE LA RÉPONSE AUX RISQUES ET AUX SITUATIONS EXCEPTIONNELLES L’AFFAIRE DE TOUS

Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de santé est l'un des axes de la Stratégie Nationale de Santé.

Compte tenu de sa position en Méditerranée, de son climat favorable, la Corse doit faire face à des mouvements importants de population qui peuvent s'accompagner aussi de risques potentiellement infectieux et exposent à l'apparition de foyers de maladies émergentes.

Afin de donner la réponse adéquate aux besoins courants de la population, d'éviter l'apparition de foyers non maîtrisés, la veille sanitaire doit être renforcée et la gestion de situations exceptionnelles doit être anticipée. Notre capacité à répondre aux évolutions socio-démographiques et aux exigences de qualité dans la prise en charge, doit permettre de réduire les atteintes évitables à la santé et d'améliorer l'offre et son organisation au plus près des besoins.

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

Diagnostic

La culture de la qualité et sécurité des soins est structurée autour d'un certain nombre de fondamentaux dont notamment l'appropriation par les établissements de santé de la culture positive de l'erreur et la mise en œuvre d'une démarche aboutie de gestion des risques.

La culture positive de l'erreur peine à s'installer dans les établissements de la région : en 2016 et en 2017, seulement trois établissements de santé ont déclaré la survenue d'infections nosocomiales sur le logiciel national de déclaration. Les modalités de traitement de ces événements indésirables au sein de chaque établissement de santé, s'avèrent très diverses en terme de ressources et de nombre d'évènements traités.

Pour faciliter cette démarche envisagée dans sa globalité (signalement et traitement) et abordant tous les types de risque, l'ARS a développé sur la période 2013-2017 un programme de dotation pour tous les établissements de santé de l'île, d'un outil facilitateur à la déclaration en ligne et au traitement des événements indésirables (EI).

Le bon usage des antibiotiques était déjà une des préoccupations actées dans le PRS 2012-2016. Concernant les indicateurs nécessaires au pilotage d'une politique régionale de lutte contre l'antibiorésistance, les données diffusées au niveau national font état d'une consommation régionale parmi les plus importantes par rapport au national. En 2015, concernant le secteur de ville qui concentre 93 % des prescriptions d'antibiotiques, la Corse était la 4ème région la plus consommatrice de ce type de médicaments.

De nombreux plans nationaux donnent les lignes directrices à décliner en Corse :

- la Stratégie nationale de Santé 2018-2022,
- le Programme de prévention des infections associées aux soins 2015 (PROPIAS),
- l'instruction du 19 juin 2015 plaçant la lutte contre l'antibiorésistance sous la responsabilité des ARS,
- l'instruction du 15 juin 2016 relative à la mise en œuvre du programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins dans le secteur médico-social 2016/2018

Dans le PRS 1, les grandes orientations stratégiques en lien avec la gestion des risques ciblaient principalement la gestion du risque infectieux avec quatre objectifs:

- 1- promouvoir la pratique du signalement des infections associées aux soins (IAS) et la gestion des épidémies par les professionnels concernés ;
- 2- développer les bonnes pratiques de prescriptions des antibiotiques et des anti-infectieux ;
- 3- accroître les compétences des professionnels de santé en matière de gestions des événements indésirables liés aux soins par la formation et l'information, soutenir les démarches qualité dans les établissements de santé et médico-sociaux ;
- 4- impliquer les professionnels de santé du premier recours à la veille et l'alerte, développer le réseau ville/hôpital et interprofessionnel centré sur le patient.

Les préoccupations qui ont prévalu lors de l'élaboration de ce volet du PRS 1 sont toujours d'actualité. De fait, ce volet du PRS 2 a vocation à s'inscrire dans la continuité du PRS 1, dans une dynamique d'élargissement et d'amplification de la démarche initiée. Il intègre également un axe dédié à l'amélioration de la pertinence des soins. Dans sa définition, une prise en charge est pertinente lorsqu'elle est conforme aux besoins du patient, sur la base d'une analyse bénéfices/risques relatives à la sécurité des soins et conforme aux recommandations de la HAS et des sociétés savantes. Ainsi, la pertinence des soins présente un double enjeu : contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et à une meilleure efficacité du système de santé.

Axe 1 : l'amélioration de la culture de la qualité et sécurité par un appui aux structures dans leur capacité à traiter les événements indésirables associés aux soins notamment des EI graves et dans le développement de leur politique de gestion des risques

Axe 2 : le renforcement du bon usage des antibiotiques et de la prévention de l'antibiorésistance

Axe 3 : améliorer la pertinence des soins (prescriptions des actes, des examens et des hospitalisations)

Objectif stratégique n° 5 du COS : consolider les capacités d'anticipation et de réponses appropriées en matière de risques sanitaires et environnementaux

Les objectifs définis visent les moyens d'accompagnement et outils à apporter aux professionnels de santé dans leur pratiques ainsi qu'aux structures pour développer et conforter leur politique de qualité et sécurité des soins, notamment grâce à des propositions en terme méthodologiques et organisationnelles génératrices d'évolutions positives de la culture de gestion des risques.
L'intégration des représentants des usagers dans ces projets s'inscrit pleinement dans le développement d'une démocratie sanitaire éclairée et constructive.

Objectif opérationnel N°1 : l'amélioration de la culture de la sécurité par un appui aux structures et acteurs des trois secteurs de l'offre de santé (ambulatoire, hospitalier et médico-social), dans leur capacité à traiter les événements indésirables associés aux soins notamment des événements indésirables graves (EIG).

La culture de la sécurité est une démarche relativement jeune et dont le développement demande la mise en œuvre de compétences particulières dont tous les établissements de santé ne disposent pas, ou seulement en partie.

La réalisation de cet objectif passe par l'appui aux professionnels de santé grâce à des structures expertes ainsi que par une articulation optimale entre l'ARS et ces structures.

Action N° 1 : en complément des actions réalisées depuis 2016 dans le cadre du PRS 1, l'ARS s'est d'ores et déjà fortement engagée dans un projet de création d'une structure régionale d'appui (SRA) dédiée à la qualité des soins et sécurité des patients.

Elle sera en charge de missions plurielles, au plus près des établissements, dans une logique d'amélioration des pratiques via l'analyse systémique et le retour d'expérience en équipe, concernant notamment :

- l'accompagnement des établissements de santé dans leur démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins grâce à la proposition de formations, l'apport de conseils, d'une expertise;
- l'appui sur site autour d'un objectif ciblé relatif au développement de la culture qualité et sécurité ;
- le développement de la culture du signal en interne ;
- l'appui pour la gestion des événements indésirables graves déclarés selon les dispositions du décret 2016-1606 du 25 novembre 2016 ;
- le renforcement des compétences méthodologiques dans l'analyse approfondie des causes des EIG ;
- l'appui aux établissements de santé en difficulté sur certaines thématiques de la certification ;
- le développement de la communication inter-établissement (partage d'expérience, valorisation des actions entreprises, réseau).

Elle aura également pour mission de contribuer à l'atteinte des objectifs de la politique régionale de l'ARS dans le domaine de la qualité des soins et sécurité des patients ainsi qu'à éclairer celle-ci sur les conclusions relatives aux événements indésirables graves (EIG) déclarés selon les dispositions du décret du 25 novembre 2016.

Le périmètre d'action de cette structure a vocation à évoluer pour être un appui dans un premier temps aux établissements de santé, dans un second temps aux établissements médico-sociaux (EMS) et, in fine, au secteur de ville.

Elle devra également s'intégrer dans le réseau régional de veille et d'appui (RREVA).
Les usagers sont représentés par France Assos Santé au sein du comité d'administration de l'association loi 1901 porteuse de la structure.

Indicateurs de suivi :

- ✓ contractualisation ARS / SRA (indicateurs à définir à cette occasion) ;
- ✓ présentation à l'ARS du bilan annuel de l'année N ainsi que du programme de travail de l'année N+1 en conformité avec les orientations nationales.

Action N°2 : le Centre de Prévention des Infections Associées aux Soins (CPIAS) fait partie des structures expertes sur lesquelles l'ARS doit s'appuyer pour mettre en œuvre les politiques de qualité et sécurité des soins actées au niveau national ainsi que la déclinaison d'actions spécifiques à la Corse pour renforcer la lutte contre les infections associées aux soins.

La Corse est dotée depuis novembre 2017 d'un CPIAS est en charge des missions déjà investies par l'ex ARLIN (Antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales), auxquelles s'ajoute la reprise de certaines missions de l'ex CCLIN (centre de coordination des comités de lutte contre les infections nosocomiales) Sud Est, avec un élargissement de son périmètre d'actions : sanitaire, médico-social et secteur de ville.

Le CPIAS devra veiller à articuler son programme d'action avec celui des autres structures composant le réseau régional de veille et d'appui.

Indicateurs de suivi :

- ✓ élaboration d'une convention avec l'établissement porteur de la structure ;
- ✓ présentation à l'ARS du bilan annuel de l'année N ainsi que du projet de programme de travail de l'année N+1.

Fortes de ces deux structures, l'île sera dotée de deux leviers fondamentaux pour œuvrer à l'amélioration de la qualité des soins et sécurité des patients, par exemple en consolidant les étapes à risques du parcours du patient telles que le passage du patient entre le secteur de ville et le secteur sanitaire grâce à la conciliation médicamenteuse (lors de l'entrée à l'hôpital) ou la lettre de liaison (lors de sa sortie d'hospitalisation). Cela peut se traduire aussi par un renforcement des actions auprès des usagers sur les règles d'hygiène individuelle et collective pour la prévention des maladies infectieuses respiratoires, digestives, respiratoires et cutanées.

Bien que ces deux structures ne soient pas en contact direct avec le patient, elles œuvrent de concert à la sécurisation du processus de soins de ce dernier.

Objectif opérationnel N°2 : le renforcement de la prévention de l'antibiorésistance.

La lutte contre l'antibiorésistance est un enjeu majeur national de santé publique. L'ARS a pour mission, en lien avec l'Assurance Maladie, la mise en œuvre d'un programme d'actions concourant à la réalisation à l'échelle de l'île des objectifs nationaux de la politique de santé publique correspondante.

Les premières données disponibles en 2017 pour la Corse relatives à la consommation d'antibiotiques et des résistances bactériennes associées, font état d'une situation alarmante pour certaines familles d'antibiotiques et dans certains secteurs avec une résistance de l'E. Coli plus forte en région qu'au niveau du réseau Medqual (9 régions concernées à ce jour) ainsi qu'une résistance beaucoup plus forte en EHPAD, concernant l'E. Coli vis-à-vis notamment de l'amoxicilline, des fluoroquinolones, de la ceftriaxone.

La mise en place d'une politique de bon usage des antibiotiques, concertée avec l'ensemble des acteurs locaux concernés est essentielle. La réussite de cette politique est directement liée à la synergie des divers acteurs autour de ces actions.

Un comité de pilotage (COFIL) animé par l'ARS et l'Assurance Maladie a été constitué. Ce COFIL à périmètre variable en fonction des actions envisagées sera composé notamment des partenaires suivants : l'unité fonctionnelle d'infectiologie régionale (UFIR), l'URPS des médecins libéraux, l'URPS des pharmaciens, l'URPS des biologistes, l'URPS des infirmiers, le CPIAS, l'observatoire du médicament des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (OMEDIT), la CIRE (cellule d'institut de veille sanitaire en région) Sud, les usagers, les établissements de santé.

Les usagers sont représentés par France Assos Santé au sein de ce comité de pilotage.

Le COFIL doit être un espace de concertation, d'échange d'idées et de propositions.

Le programme pluriannuel de bon usage des antibiotiques et de lutte contre l'antibiorésistance nécessitera la mise en place d'actions, à prioriser pour certaines par le COFIL :

Action N°1 : la mise à disposition de données actualisées de consommations d'antibiotiques et de résistance bactérienne associée pour le secteur sanitaire, le secteur médico-social et le secteur de ville.

Ces données consistent un outil de pilotage des actions engagées.

Indicateurs de suivi :

✓ Définir 1 à 3 indicateurs de résistance à un germe ciblé et mettre en miroir de 1 à 3 indicateurs de consommation d'antibiotiques

Action N°2 : la formation et l'information des prescripteurs, définies en fonction des données de consommations et de résistance recueillies à l'année N-1.

Indicateurs de suivi :

✓ nombre de prescripteurs ayant bénéficié d'une formation sur le bon usage des antibiotiques pour une pathologie donnée

Action N°3 : la communication auprès du public. La sensibilisation et l'implication des patients dans la juste utilisation des antibiotiques est fondamentale pour diminuer la consommation des antibiotiques.

Indicateurs de suivi :

✓ forme de la communication réalisée (public concerné et date de réalisation).

Action N°4 : le soutien de l'existant.

Il s'agit de prioriser une action par an, validée par le COFIL ; par exemple, cela pourrait être l'appui au conseil téléphonique diagnostique et thérapeutique ou un déploiement élargi des tests d'orientation diagnostic rapide auprès des médecins libéraux et du secteur sanitaire.

Indicateurs de suivi :

✓ définis en fonction de l'action ciblée

Objectif opérationnel N°3 : améliorer la pertinence des actes, prestations, prescriptions et parcours.

Depuis la parution du décret du 19 novembre 2015 relatif à la pertinence des soins, la prise en compte de cette démarche en région s'est traduite par la mise en place de l'Instance Régionale de l'Amélioration de la Pertinence des Soins (IRAPS) en juillet 2016. Cette instance a pour but de concourir à la diffusion de la culture de la pertinence des soins et à la mobilisation des professionnels de santé.

Lors de son installation, l'IRAPS a été consultée pour la publication du premier Plan d'Actions Pluriannuel Régional d'Amélioration de la Pertinence des Soins (PAPRAPS). Ce plan, élaboré sur la base d'un diagnostic régional des taux de recours de 33 gestes ciblés nationalement avait mis en exergue trois actes et une filière identifiés comme atypiques en Corse : les endoscopies digestives, la chirurgie bariatrique, les angioplasties coronaires et le SSR.

Le contrat type d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins CAQES a été signé (socle du contrat) en 2017 pour l'ensemble des établissements de santé de Corse. Ce contrat correspond au plan d'actions régional pour 2018.

Action N°1 : actualiser le PAPRAPS au regard des évolutions réglementaires liées à la création des CAQES comme support de contractualisation « simplifié » (suppression des CBU et des CAQOS) et de l'inscription de nouvelles thématiques prioritaires.

Action N°2 : définir pour chaque thématique prioritaire retenue dans le PAPRAPS, les critères de ciblage pour la signature des volets additionnels « pertinence » des CAQES.

Action N°3 : accompagner et sensibiliser les professionnels de santé aux enjeux de la pertinence, notamment dans le cadre du nouveau plan Ondam.

Chapitre 2 – L’hémovigilance et la sécurité transfusionnelle

Diagnostic

Les deux sites de l’Etablissement Français du Sang (EFS) – Ajaccio et Bastia - dépendent de l’EFS Alpes Méditerranée (EFS AM).

Ces deux sites ont une activité de prélèvement limité au sang total et de distribution / délivrance aux quatre dépôts et aux dix établissements transfuseurs de l’île.

Ils ne réalisent pas les examens d’immunohématologie.

Le transport des produits sanguins collectés vers l’EFS Alpes Méditerranée (AM) et l’approvisionnement en produits sanguins labiles (PSL) des sites d’Ajaccio et de Bastia par l’EFS AM sont assurés bord à bord

- par la compagnie de fret aérien du lundi au samedi inclus,
- par la compagnie de voyageurs Air Corsica si besoin le dimanche et les jours fériés
- par la compagnie maritime Corsica Linea, la nuit, lorsque la voie aérienne est indisponible

Des conventions sont passées avec ces compagnies

Les stocks de PSL : compte tenu de la spécificité de la Corse, le stock régional en globules rouges est de 15 jours (12 jours en PACA) et celui des plaquettes a été augmenté (par rapport aux stocks des autres sites)

En période estivale et/ou lorsqu’un évènement médiatique est prévu (manifestation sportive, festival, déplacement de personnalités...) les stocks sont augmentés dans les 2 sites de l’EFS AM et dans les dépôts.

L’approvisionnement en situation dégradée : en cas de nécessité de réapprovisionnement pendant la nuit après le dernier avion du soir, en accord avec l’armée, un approvisionnement des sites sera assuré par hélicoptère au départ du dépôt de sang de l’hôpital de la TIMONE (DZ sur le toit).

Dans le cadre du plan Vigipirate, la mise à disposition de plasma lyophilisé sur la Corse est prévue :

- définition des besoins par les sites EFS locaux
- approvisionnement, sur demande, par le site Marseille – Baille, qui lui-même est réapprovisionné, sur demande, par une cellule de régulation nationale au niveau du siège EFS. Celle-ci est en contact avec le CTSA ? dont le site de production est actuellement en rénovation et retrouvera sa capacité de production fin 1^{er} trimestre 2018
- retour des plasmas lyophilisés vers le site de Marseille Baille pour éviter la péremption (prévoir un délai suffisant de retour) et réapprovisionnement sur demande

Les temps de trajet entre les sites et les établissements de santé à approvisionner, souvent importants (supérieur à deux heures), et l’organisation des sites d’Ajaccio et Bastia, ont conduit à la création de 4 dépôts : 3 dépôts d’urgence vitale et 1 dépôt d’urgence vitale et relai.

La pénurie de ressources médicales est de nature à fragiliser l’organisation de l’hémovigilance et de la sécurité transfusionnelle dans les établissements.

Le maillage territorial

- La coordination régionale d’hémovigilance et de sécurité transfusionnelle
 - 1 coordonnateur régional d’hémovigilance et de sécurité transfusionnelle
 - 1 assistante : IDE hémovigilante
 - Basée à l’ARS
- Les sites EFS : dans les centres hospitaliers d’Ajaccio et de Bastia
- Les dépôts

- 3 dépôts d'urgence vitale : centre hospitalier d'Ajaccio, centre hospitalier de Bastia, centre hospitalier de Calvi Balagne
- 1 dépôt d'urgence vitale et relai : Polyclinique du sud de la Corse (Porto Vecchio).
- Leur création ou leur suppression sont fonction des activités autorisées dans les établissements de santé qui les hébergent : toute modification de l'offre de soins pourra entraîner la création ou la suppression d'un dépôt.
- Les établissements transfuseurs :
 - 4 au sud : centre hospitalier d'Ajaccio, centre hospitalier de Castelluccio, SA Clinique d'Ajaccio (Clinisud), Polyclinique du sud de la Corse à Porto-Vecchio
 - 6 au nord : centre hospitalier de Bastia, centre hospitalier intercommunal de Corte Tattone (Corte), centre hospitalier de Calvi Balagne, Polyclinique Maynard, Clinique de Toga, Clinique de Furiani.

Objectif stratégique n°5 : consolider les capacités d'anticipation et de réponses appropriées en matière de risques sanitaires et environnementaux

Il s'agit d'assurer la sécurité transfusionnelle des patients.

Objectif opérationnel N°1 : meilleure prise en compte de la thématique dans les projets médicaux des établissements transfuseurs.

Action N° 1 : créer une équipe pluridisciplinaire au sein de chaque établissement:

- plus ou moins dédiée en fonction de l'activité de l'établissement : regroupant un temps de médecin – le correspondant local d'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle -, un temps d'infirmier(e) ou de sage-femme, un temps de secrétariat, un temps d'ingénieur qualité
- chaque équipe doit remplir les missions réglementaires prévues dans le code de la santé publique (CSP):
 - organiser la traçabilité interne des PSL
 - déclarer les événements indésirables et déclencher les mesures correctrices
 - répondre aux demandes externes: Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM), coordonnateur régional d'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle (CRHST), Etablissement Français du Sang
 - élaborer, actualiser les procédures
 - signaler les difficultés pouvant compromettre la sécurité transfusionnelle : Agence Nationale de Sécurité du Médicament, CRHST
 - représenter activement l'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle aux réunions de son établissement
 - rédiger le rapport annuel d'activité : commission et conférence médicale d'établissement, directeur général de l'établissement, CRHST, ANSM
 - former, informer, évaluer les professionnels impliqués dans le processus transfusionnel

Action N°2: former les membres de l'équipe pluri-disciplinaire aux fonctions de correspondant local d'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle, d'assistante du correspondant, à la gestion de dépôt... (Lieux de formation : Institut National de la Transfusion Sanguine, EFS Alpes Méditerranée).

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre d'équipes constituées
- ✓ nombre de personnes ayant suivi la formation correspondant au poste occupé
- ✓ taux de traçabilité des PSL

Objectif opérationnel N°2 : création d'un réseau régional d'hémovigilance et sécurité transfusionnelle

Action N°1 : réunion annuelle de toutes les équipes qui visera à

- créer des liens entre les équipes
- échanger sur les pratiques, les problématiques, les besoins
- tendre vers l'uniformisation des pratiques régionales : informatisation, prescription, dossier transfusionnel, procédures, gestion documentaire...

Indicateur de suivi : tenue d'une réunion régionale annuelle

Objectif opérationnel N°3 : inspection règlementaire des dépôts pendant la durée de l'autorisation.

Les dépôts sont autorisés lorsqu'un établissement de santé transfuseur est situé à une grande distance d'un établissement de transfusion sanguine. Leur implantation est décidée en concertation entre l'ARS et EFS lors de l'établissement du schéma d'organisation de la transfusion sanguine (SOTS).

Leur présence contribue à une amélioration de la qualité des soins et de la sécurité transfusionnelle.

Les dépôts de sang font l'objet d'au moins une inspection par l'agence régionale de santé pendant la durée de validité de l'autorisation.

Indicateur de suivi : taux de réalisation des inspections règlementaires

Chapitre 3 – La santé environnementale

Notre cadre de vie et notre santé

Notre environnement, qu'il soit resté à l'état naturel, transformé par l'homme, que l'on soit à domicile, dans un lieu public, dans tel ou tel groupe social ou professionnel nous amène à interagir et influe sur notre état de bien-être et de santé.

En Corse, le cadre de vie est marqué par des traits spécifiques qui sont aussi le reflet de réalités liées à l'insularité, à l'organisation du territoire, aux infrastructures publiques, à la perception collective du risque, aux inégalités sociales et aux échanges multi-factoriels que la Corse connaît (nouveaux virus, parasites, espèces envahissantes et moustiques). C'est le cas par exemple, de la qualité de l'approvisionnement en eau potable qui est corrélée à une certaine organisation du territoire, ou encore, des expositions au radon ou à l'amiante, spécifiques de certains secteurs géologiques qui mettent aussi en lumière une perception asymétrique du niveau de risque par le public.

Les politiques publiques ont vocation à agir sur le cadre de vie pour qu'il soit favorable à la santé ; le plan régional santé environnement (PRSE) de la Corse, porté par les services de l'Etat, de la Collectivité de Corse et de l'ARS doit être en cohérence avec le projet régional de santé.

Les enjeux

En quoi la mobilisation des acteurs du système de santé, en Corse, au travers du Projet régional de santé, peut répondre aux enjeux de santé environnementale ?

C'est en agissant au domicile de chacun, auprès des publics les plus vulnérables, dans les comportements quotidiens qu'il est possible de modifier les conséquences défavorables de certains facteurs de l'environnement sur la santé. Les professionnels de santé, lors de leurs visites à domicile, ou en entretien singulier avec les patients au cabinet comme en officine sont à même de porter et d'expliquer ces messages de prévention.

Dans le champ de la santé environnementale, le projet régional de santé de la Corse identifie 3 axes stratégiques :

- l'amélioration de la qualité de l'air intérieur et extérieur ;
- la lutte contre les maladies à vecteurs ;
- la structuration de réseaux, l'information et la formation des professionnels de santé, comme relais des politiques de prévention en santé environnement.

Objectif n°5 du COS : consolider les capacités d'anticipation et de réponses appropriées en matière de risques sanitaires et environnementaux

Axe 1 - L'amélioration de la qualité de l'air intérieur et extérieur

Objectif opérationnel N°1 : améliorer la connaissance de l'exposition et de l'impact des polluants atmosphériques en Corse.

Au niveau national, la pollution atmosphérique serait responsable chaque année de 48 000 décès. Il n'est actuellement pas possible d'extrapoler cet impact à l'échelle de la Corse, compte tenu d'un bassin de population trop faible pour dégager des conclusions statistiquement représentatives. Cependant, certaines sources de pollutions atmosphériques identifiées en Corse mettent la lumière sur un premier enjeu ; celui de la nécessité de constituer de la connaissance territoriale partagée, tant sur les expositions que sur les impacts. Cela concerne la poursuite, voire le renforcement du réseau de surveillance de la pollution atmosphérique générale assurée par l'association Qualit'air Corse, mais également l'approfondissement des recherches sur certains polluants spécifiques comme par exemple la présence de pesticides dans l'air, les retombées atmosphériques des carrières d'extraction de matériaux, les brûlages de végétaux, les incendies, les pollens et les rejets des navires à quai. La surveillance des pollens et des substances allergisantes mérite d'être étendue au-delà du bassin d'Ajaccio, en faisant appel le cas échéant à des démarches complémentaires et participatives comme les jardins témoins. Il semble également nécessaire de développer une analyse de plus en plus fine des conséquences de ces polluants sur la santé, que ce soit en matière de passages aux urgences, de décès prématurés et de prévalence de certaines pathologies associées à ces expositions.

Le besoin de connaissances locales concerne aussi les polluants de l'air intérieur. Il s'agit notamment du radon, mais aussi de la présence de polluants à l'intérieur de bâtiments accueillant du jeune public (composés organiques volatils, hydrocarbures aromatiques polycycliques), voire de substances allergisantes ou de perturbateurs endocriniens.

Action N°1 : accompagner la réalisation d'études visant à quantifier l'exposition aux pesticides dans l'air.

Action N°2 : accompagner la réalisation d'études visant à quantifier les retombées atmosphériques des navires à quai.

Action N°3 : accompagner la création de dispositifs de surveillance des pollens et substances allergisantes.

Action N°4 : accompagner les campagnes de mesures des polluants de l'air intérieur.

Action N°5 : accompagner les campagnes de mesures du radon dans les logements

Indicateur de suivi : constitution d'une base de données géo-référencées de surveillance de polluants spécifiques

Objectif opérationnel N°2 : améliorer la diffusion des données disponibles en matière de surveillance de la qualité de l'air et des mesures de prévention associées.

Les pollens sont mesurés de façon hebdomadaire dans la région d'Ajaccio et ces mesures alimentent la base nationale du RNSA (réseau national de surveillance aéropollinique). Cette surveillance mériterait une meilleure diffusion auprès des professionnels de santé et des patients allergiques afin qu'ils puissent adapter leur traitement de façon spécifique, en fonction des pollens circulants. De même, la pollution atmosphérique est surveillée en continu et lorsque survient un pic de pollution, des préconisations sont diffusées par les autorités, à l'attention des publics fragiles.

Le relais par les professionnels de santé de ces recommandations de portée générale (explications complémentaires aux questions posées par les patients, préconisation de traitement ou d'attitude spécifique pour certain public) constituerait un levier supplémentaire pour réduire l'impact sanitaire de la pollution atmosphérique.

En matière de pollution de l'air intérieur, des recommandations au cas par cas peuvent être formulées par les professionnels de santé à leurs patients, pour renouveler l'air, fournir des explications sur le radon, le monoxyde de carbone, les allergènes, voire envisager l'intervention de conseiller médicaux en environnement intérieur (CMEI).

Action N°1 : relayer auprès des professionnels de santé et du public la surveillance aéropollinique.

Action N°2 : relayer auprès des professionnels de santé les données de surveillance de la qualité de l'air et les mesures de prévention associées.

Action N°3 : relayer auprès des professionnels de santé les mesures de prévention visant à réduire l'exposition au radon et aux polluants intérieurs.

Indicateur de suivi : taux de signalements de pollutions atmosphériques transmis à l'URPS médecins relayés auprès des professionnels du réseau.

Objectif opérationnel N°3 : promouvoir l'engagement des professionnels de santé, comme relais des actions d'amélioration de la qualité de l'air intérieur et extérieur.

Compte tenu de leur présence sur le territoire, de la relation de proximité qu'ils entretiennent avec les patients et des vecteurs de communication dont ils disposent, les professionnels de santé, en particulier les pharmaciens d'officines ou les infirmiers sont des relais efficaces des initiatives concourant à améliorer la qualité de l'air extérieur et intérieur.

Ainsi la promotion par ces professionnels de santé auprès de leurs patients des alternatives au brûlage des déchets verts, des mobilités douces (marche, vélo, navette...) permettant de réduire l'usage de la voiture, des transports en commun (train, bus, navette...), des véhicules propres donnerait un élan supplémentaire à ces politiques d'amélioration de la qualité de l'air.

Action N° 1 : mieux associer les professionnels de santé aux réflexions et initiatives concourant à améliorer la qualité de l'air intérieur et extérieur.

Action N°2 : mobiliser davantage les vecteurs de communication des professionnels de santé dans la diffusion des messages de prévention.

Action N°3 : encourager les professionnels de santé à décliner à travers les entretiens singuliers ou les visites à domicile avec les patients les messages concourant à améliorer la qualité de l'air.

Indicateur de suivi : nombre de campagnes de prévention sur la qualité de l'air relayées sur les écrans des officines de pharmacies.

Axe 2 - La lutte contre les maladies vectorielles

Objectif opérationnel N°1 : encourager la transmission rapide par les professionnels de santé des signalements de pathologies vectorielles

La présence en Corse de nombreux vecteurs potentiels de maladies, combinée à de nombreux mouvements de personnes, qu'il s'agisse de résidents partant en voyage ou de touristes, font que le risque d'introduction de pathologies émergentes ou inhabituelles en Corse est réel.

La maîtrise de leur expansion est étroitement liée au délai d'intervention des acteurs de l'environnement, conditionné par la qualité et la réactivité de la transmission du signalement par les premiers à rencontrer les personnes malades que sont les professionnels de santé.

S'il existe un système organisé et performant de remontée des données d'analyses laboratoires, le signalement précoce au moment du diagnostic clinique permet de prendre des mesures de prévention ciblées.

Action N°1 : assurer une information régulière des professionnels de santé sur les risques de pathologies vectorielles.

Action N°2 : identifier des professionnels de santé référents, en capacité d'appuyer les professionnels dans le diagnostic, l'orientation et la prise en charge de patients porteurs de pathologies vectorielles.

Action N°3 : informer de façon périodique les professionnels de santé des actions menées sur l'environnement suite à des signalements de pathologies vectorielles.

Indicateur de suivi : proportion de signalements de suspicions de pathologies vectorielles provenant directement d'un professionnel de santé en Corse.

Objectif opérationnel N°2 : réduire le risque moustique au sein des lieux d'accueil de patients en Corse.

Les établissements de santé ou les cabinets médicaux seront les premiers lieux dans lesquels se rendraient les patients atteints de pathologies vectorielles. Si pendant leur temps d'attente, ils se font piquer par un moustique vecteur, pourra démarrer alors une chaîne locale de transmission de la maladie. Les lieux d'accueil des patients sont donc sensibles au risque vectoriel et justifient d'une attention particulière vis-à-vis du risque de prolifération de moustiques. Il s'agit donc au travers d'actions de contrôles, de sensibilisation, d'accompagnement de promouvoir des lieux d'accueil de patients protégés du risque moustique.

Action N°1 : mettre en œuvre des audits moustiques auprès des établissements de santé et construire des partenariats entre les services techniques des établissements et les services de démoustication.

Action N°2 : sensibiliser en priorité les lieux d'accueil de patients (cabinets médicaux, officines) sur l'intérêt de prévenir la prolifération de moustiques.

Indicateur de suivi : nombre d'établissements de santé ayant bénéficié d'un « audit moustique »

Objectif opérationnel N°3 : Sensibiliser les professionnels de santé au risque vectoriel et les moyens de le prévenir.

Il est important que les professionnels de santé disposent d'une information actualisée sur les risques ou pathologies auxquels les personnes peuvent être exposées, sur les moyens de s'en protéger et sur les consignes de vigilance au retour d'un voyage (efficacité ou non de certains répulsifs, conseils auprès des infirmiers ou aides à domicile sur des mesures permettant d'éviter la prolifération de moustiques à domicile).

Action N°1 : assurer un accès des professionnels de santé à une information actualisée sur les pathologies vectorielles dans le monde.

Action N°2 : assurer une information périodique des professionnels de santé, en particulier avant la période estivale, sur le niveau de risque vectoriel en Corse et les mesures de prévention correspondantes.

Action N°3 : promouvoir auprès des professionnels de santé le dépistage de la bilharziose.

Indicateur de suivi : nombre annuel de séances d'information des professionnels de santé au risque vectoriel.

Axe 3 - La structuration de réseaux, l'information et la formation des professionnels de santé, comme relais des politiques de prévention en santé environnement

Les professionnels de santé disposent à la fois de réseaux de diffusion de l'information, d'une présence sur le territoire, d'une écoute des patients, mais également d'un intérêt manifesté à de nombreuses reprises sur les sujets touchant à l'environnement en Corse. Il existe donc un enjeu réel à les associer davantage aux initiatives et stratégies d'amélioration de l'environnement, ainsi qu'aux actions de formation et d'information dans ce domaine. De façon générale, il est utile d'encourager les initiatives permettant de diffuser les valeurs de la santé environnementale.

Objectif opérationnel N°1 : construire et mettre en œuvre avec les professionnels de santé des stratégies partagées de mobilisation.

L'amélioration de la qualité de l'air intérieur ou la lutte anti-vectorielle nécessitent l'implication des individus dans la mise en œuvre de gestes de prévention à domicile que les professionnels de santé peuvent relayer avec efficacité. Il importe donc de les associer en amont des stratégies de communication et de mobilisation.

Action N°1 : associer les professionnels de santé à la stratégie partagée de mobilisation de lutte contre les moustiques.

Action N°2 : associer les professionnels de santé à la stratégie partagée de mobilisation sur la qualité de l'air intérieur.

Indicateur de suivi : nombre d'offices de pharmacies relayant la communication sur le risque moustique

Objectif opérationnel N°2 : développer une capacité de surveillance et d'expertise en Corse sur les pathologies vectorielles.

Compte tenu de son positionnement géographique, la Corse, plus que d'autres régions métropolitaines est concernée par les pathologies vectorielles ou émergentes, ce qui justifie qu'elle développe une capacité locale d'analyse et de réponse à ce type d'enjeu.

Action N° 1 : accompagner la montée en compétences des laboratoires environnementaux de Corse pour la recherche des pathogènes vectoriels (bilharziose notamment)

Action N°2 : identifier des relais en Corse disposant d'une expertise sur les pathologies vectorielles pouvant apporter un appui aux professionnels de santé

Action N° 3 : examiner l'opportunité de créer en Corse un comité d'expert des maladies infectieuses et émergentes

Action N°4 : capitaliser et valoriser au niveau national l'expérience de terrain acquise dans la surveillance et la gestion de la bilharziose

Indicateur de suivi : développement d'une capacité d'analyse laboratoire des pathologies vectorielles en Corse.

Objectif opérationnel N°3 : structurer des réseaux de professionnels autour d'enjeux de santé environnement.

Plusieurs thématiques en santé environnement nécessitent la construction de réseaux d'acteurs à l'échelle de micro-territoires. C'est le cas notamment de la collecte des déchets d'activités de soins, autour de bornes d'apports volontaires réparties sur le territoire, ou bien de la lutte contre les moustiques.

Action N°1 : développer des réseaux territoriaux d'infirmiers pour structurer la collecte des déchets d'activité de soins

Action N°2 : accompagner sur des sujets de santé environnement la mise en œuvre des contrats territoriaux de santé

Indicateur de suivi : nombre de réseaux territorialisés de professionnels de santé organisant la collecte des déchets de soins.

Objectif opérationnel N°4 : soutenir la création et le développement de modules de formations en santé environnement.

En Corse, plusieurs organismes assurant des formations de professionnels pouvant avoir un lien avec la santé ou l'environnement, sans que des modules spécifiques existent. C'est le cas notamment des instituts de formation en soins infirmiers, de la filière médicale de l'Université de Corse, du centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT).

Action N° 1 : développer avec le CNFPT des modules de formation des collectivités dans les domaines de l'habitat insalubre, la LAV, la gestion de l'eau potable

Action N°2 : formaliser des liens avec l'Université de Corse pour promouvoir l'enseignement de la santé environnementale dans la formation des étudiants de la filière sanitaire

Action N°3 : Développer l'offre de formation en santé environnement au niveau des IFSI de Corse du Sud et de Haute-Corse

Action N°4 : proposer aux URPS des initiatives de formation et d'information des professionnels sur des sujets de santé environnementale

Action N°5 : accompagner la montée en compétences des nouveaux acteurs issus de la loi Notre (intercommunalités en charge de la gestion de l'eau potable)

Indicateur de suivi : nombre d'actions de formation en santé environnement mises en œuvre chaque année dans les IFSI.

Chapitre 4 – La veille et la sécurité sanitaires

Diagnostic

La Corse, comme toutes les régions, est confrontée à un ensemble de risques sanitaires, que ce soit des maladies à déclaration obligatoire, d'autres situations épidémiques ou à potentiel épidémique, ou encore des évènements indésirables susceptibles d'avoir un retentissement sur la santé des populations et/ou l'organisation des soins.

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

Une plate-forme de capture des alertes sanitaires et environnementales a été mise en place, avec l'utilisation d'une application informatique appelée « orages » pour partager les informations. Aux fins de recueillir les signalements, un numéro de téléphone et une adresse mèl uniques dont le relai est pris par l'astreinte administrative de l'ARS en dehors des jours et heures ouvrables, ont été créés.

Le constat fait après le PRS1 montre une lisibilité insuffisante pour les partenaires du point d'entrée des signaux à l'ARS, ainsi qu'un manque de protocoles et procédures actualisés pour leur réception et leur traitement. On note également globalement une sous-déclaration des évènements pouvant avoir un impact sur la santé, que ce soit de la part des établissements ou des professionnels.

La réglementation a évolué vers la mise en place d'un point focal régional (PFR) devant représenter le point d'entrée unique ascendant ou descendant de tout signalement ou déclaration d'évènements sanitaires. Le système d'information a été remplacé par un logiciel commun à toutes les ARS appelé SIVSS.

Les axes de travail pour le PRS 2 :

Outre le renforcement des dispositifs existants, les axes de travail intègrent les nouvelles orientations nationales définies dans le cadre législatif depuis la fin de l'année 2016. Il s'agit principalement d'affirmer le rôle de l'ARS en tant que pilote de la veille et de la sécurité sanitaires.

Le signalement au point focal régional de l'ARS, de tout évènement indésirable grave associé aux soins est une obligation qui s'impose à toutes les structures sanitaires et médico-sociales, à tous les professionnels de santé, et une possibilité ouverte aux usagers à travers la mise en ligne d'un accès pour tous à un portail de signalement des évènements sanitaires indésirables.

L'ARS doit également mettre en place et piloter un réseau des vigilances sanitaires à l'échelon régional.

Objectif n°5 du COS : consolider les capacités d'anticipation et de réponses appropriées en matière de risques sanitaires et environnementaux.

Conforter la qualité et l'efficience des dispositifs et des organisations en matière de veille sanitaire.

Objectif opérationnel N°1 : améliorer la détection précoce et la gestion des évènements pouvant avoir un impact sur la santé des personnes et des collectivités.

Le signalement le plus précoce possible et la mise en place de mesures de gestions efficaces représentent les garanties d'une maîtrise des risques sanitaires.

Action N°1 : développer le signalement des maladies et des événements dans et hors les systèmes de surveillance

- améliorer la visibilité du point focal régional comme point d'entrée unique des signalements à l'ARS en multipliant les actions de communication auprès des partenaires,
- renforcer l'utilisation du dispositif de signalement des maladies à déclaration obligatoire, et contribuer à la mise en place du signalement par voie électronique (e-DO)
- promouvoir le signalement des événements indésirables,
- renforcer l'utilisation d'outils tels que le portail des signalements,
- maintenir un état des lieux actualisé des capacités de diagnostic biologique permettant d'obtenir des résultats rapides et fiables, et clarifier les circuits d'envoi des prélèvements sur le continent, quand cela est nécessaire,
- développer les procédures de réception des signalements et déclarations au sein de l'ARS
- mettre en place une rétro information systématique des déclarants,
- faire un bilan d'activités périodique et le diffuser en Corse.

Action N°2 : renforcer les capacités de gestion d'évènements exceptionnels à potentiel épidémique qui seraient signalés.

- s'assurer que des procédures d'identification et de circuit des patients porteurs de maladies hautement transmissibles et de leurs éventuels contacts soient développées et connues des acteurs concernés au sein des établissements, y compris pour les isolements et /ou transferts de patients selon les cas,
- formaliser les protocoles d'échanges et de coordination et contribuer au renforcement des capacités diagnostiques pour de telles situations,
- organiser des réunions thématiques périodiques,
- développer des outils d'information rapide des professionnels et du grand public sur des situations présentant un risque sanitaire,
- promouvoir les pratiques de retour d'expérience et en assurer selon les cas l'organisation
- coordonner le cas échéant avec les acteurs de la prévention le développement d'actions susceptibles d'agir sur des facteurs de risque de certains événements

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre d'actions de communication faites,
- ✓ nombre de signalements reçus,
- ✓ élaboration de procédures et de bilans périodiques d'activité,
- ✓ diffusion des bilans,
- ✓ comptes rendus de réunions thématiques,
- ✓ suivi de la mise en place de chambres d'isolement et d'élaboration de documents de circuit des patients hautement contagieux,
- ✓ nombre de retours d'expérience (RETEX) sur les événements à potentiel épidémique.

Objectif opérationnel N°2 : structurer et animer les réseaux régionaux

La constitution d'un réseau des partenaires apporte les bases d'une relation de confiance permettant d'assurer l'échange de bonnes pratiques

Action N°1 : mettre en place un réseau régional de partenaires de veille sanitaire

- Identifier les acteurs de veille sanitaire et tenir à jour leurs coordonnées

- Créer un réseau de veille sanitaire permettant un échange d'informations entre les différentes personnes, institutions, établissements ou services
- Inscrire les acteurs des deux départements dans une dynamique régionale d'amélioration continue des pratiques
- Organiser régulièrement des réunions de veille sanitaire à visée d'information réciproque et de partages d'expérience

Action N°2 : consolider et coordonner la politique de vigilance sanitaire.

- identifier pour la Corse les différents référents au sein des structures constituant le RREVA (Réseau Régional de Vigilance et d'Appui)
- élaborer les conventions avec chaque vigilant
- constituer le Réseau régional des vigilances et d'appui de la Corse
- élaborer un programme de travail avec les structures constituant le RREVA
- animer des réunions périodiques du RREVA
- déterminer les programmes d'actions en définissant les axes prioritaires d'intervention au vu de la situation régionale
- organiser des réunions de sécurité sanitaire régionale

Indicateurs de suivi :

- ✓ nombre de réunions de veille sanitaire et de rencontres avec les partenaires
- ✓ élaboration de conventions avec les différentes vigilances
- ✓ nombre de réunions du RREVA
- ✓ nombre de réunions de sécurité sanitaire régionale

Chapitre 5 – La gestion des situations sanitaires exceptionnelles

Diagnostic

L'existence de menaces et de risques en Corse

La Corse peut avoir à faire face à des situations exceptionnelles pouvant déstabiliser l'organisation habituelle du système de santé. Cela peut être dû à l'afflux de victimes en grand nombre, suite à une catastrophe, une épidémie, un phénomène météorologique majeur (canicule, inondations) ou au fait que des opérateurs majeurs du système de santé ne sont plus en capacité de répondre.

Pour faire face à ces événements, la Corse dispose de moyens propres, qu'il s'agisse de ressources ordinaires (hospitalières, ambulatoires, publiques ou privées), d'organisations spécifiques (plans blancs, dispositif ORSAN) ou d'équipements exceptionnels (postes sanitaires mobiles).

Cependant, il peut arriver, selon l'ampleur de l'événement (attentat avec nombreuses victimes) ou bien de la nature des blessures des victimes devant être prises en charge (pédiatriques, grands brûlés, etc.), que les capacités de réponse propres à la Corse soient dépassées et nécessitent de faire appel à des renforts en provenance du continent.

Les procédures internes devront être adaptées, les personnels suffisamment formés et les équipements opérationnels.

Depuis plusieurs années, un travail d'harmonisation des différents plans de secours a été mené, en regroupant les stratégies de réponse des acteurs du système de santé autour du dispositif ORSAN qui reste à consolider.

La préparation et la réponse du système de santé en Corse aux situations exceptionnelles constitue une préoccupation forte du projet régional de santé. Ainsi, l'article R 1434-6 du code de santé publique rappelle que « le schéma régional de santé comporte des objectifs visant à [...] 4° préparer le système de santé à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles déclinées dans le dispositif ORSAN mentionné à l'article L 3131-11 ».

Les enjeux

La résilience des acteurs de santé en Corse a ce type d'événement majeur, la plupart du temps difficile à prévoir, repose sur 3 axes stratégiques complémentaires :

- Avant l'alerte, se préparer
- Pendant l'alerte, réagir vite et efficacement
- Après l'alerte, évaluer et prévenir.

Objectif n°5 du COS : consolider les capacités d'anticipation et de réponses appropriées en matière de risques sanitaires et environnementaux.

Axe 1 – Avant l’alerte, se préparer

Objectif opérationnel N°1 : approfondir la connaissance sur les menaces et les moyens disponibles pour y faire face

La typologie des risques, des menaces n’est pas homogène sur le territoire national et la Corse connaît des spécificités liées à son climat (risque incendie), son tissu industriel (Seveso seuil haut en zone agglomérée) ou son activité touristique (navires de croisières). De la même manière, elle ne dispose pas des mêmes ressources, notamment sanitaires pour y faire face et dépend fortement de renforts du continent.

Action N°1 : approfondir la connaissance sur la quantification des risques et menaces présents en Corse, ainsi que leur impact potentiel sur le système de santé.

Action N°2 : disposer d’une connaissance actualisée et agrégée des capacités de réponse ordinaires du système de santé, ainsi que des seuils de rupture.

Action N°3 : accompagner le développement des outils de suivi dynamique des ressources (ROR, etc.) et des impacts (Résumé de passage aux urgences - RPU, certification électronique des décès).

Action N°4 : identifier les possibilités de renforts en Corse et depuis le continent, ainsi que les modalités de recours.

Indicateur de suivi : nombre d’établissements de santé renseignant de façon dynamique le ROR

Objectif opérationnel N°2 : renforcer les capacités locales de réponse aux situations exceptionnelles ou complexes

Compte tenu des délais nécessaires à la mobilisation de certaines ressources du continent ou du fait que certaines situations nécessitent une prise en charge minimale en Corse, notamment pour les patients atteints de pathologies hautement contagieuses, il importe de disposer d’une capacité minimale permettant de répondre à l’événement dans les premières heures. Cela passe notamment par l’existence de postes sanitaires mobiles (lots PSM1 – prise en charge de 25 victimes), mais également de chambres d’isolement à pression négative pour les patients hautement contagieux, de procédures rodées de prélèvements et d’envoi d’échantillons biologiques contenant potentiellement des agents hautement pathogènes (Ebola).

Action N° 1 : maintenir des moyens de réponse tactiques (lots PSM) opérationnels.

Action N°2 : renforcer les capacités locales de prises en charge complexes (isolement, diagnostic,...).

Indicateur de suivi : nombre de chambres d’isolement de patients hautement contagieux

Objectif opérationnel N°3 : formaliser et actualiser les documents de planification

La réponse aux risques et menaces qui peuvent affecter la Corse nécessite d’être préparée et coordonnée. Il s’agit donc que les plans d’urgence élaborés par les préfets, en particulier les dispositifs ORSEC soient articulés avec les plans de réponse des acteurs du système de santé, notamment les volets ORSAN. L’organisation mise en place par un établissement de santé, au travers du plan blanc ou du plan de sécurisation d’établissement, doit être cohérente avec celle mise en œuvre au niveau régional (ORSAN), comme au niveau zonal (plan zonal de mobilisation), avec un focus particulier sur les modalités de déploiement des renforts, dont dépendent grandement les acteurs en Corse en cas de situation sanitaire exceptionnelle.

La dynamique de convergence des plans départementaux sectoriels (plan canicule, plan vaccination, etc.) vers des dispositifs de réponse globaux (ORSAN-Clim, ORSAN-AMAVI, etc.) doit se poursuivre.

Enfin, des documents de planification synthétiques auront vocation à davantage fixer des principes d’organisation, qui seront plus largement connus, durables et adaptables en fonction de la situation.

Action N°1 : veiller à l'actualisation des plans blancs d'établissements.

Action N°2 : rédiger et veiller à l'actualisation régulière des dispositifs ORSAN.

Action N°3 : veiller à l'élaboration des plans de sécurisation des établissements de santé (PSE).

Action N°4 : veiller à l'actualisation régulière des documents internes d'organisation de l'ARS en situation exceptionnelle.

Indicateur de suivi : nombre de plans blancs actualisés

Objectif opérationnel N°4 : promouvoir une culture collective de réponse aux situations sanitaires exceptionnelles

Parfois considérée comme étant réservée à quelques spécialistes, la réponse aux situations exceptionnelles mérite d'évoluer vers une pratique professionnelle connue d'un plus grand nombre d'acteurs du système de santé. Il s'agit aussi d'accroître le nombre de professionnels de santé, aptes à répondre rapidement à ce type de situation qu'il s'agisse de la prise en charge somatique ou psychologique (cellule d'urgence médico-psychologique - CUMP). A l'instar des formations aux premiers secours qui permettent aux non spécialistes de pratiquer des gestes utiles sur les victimes dans l'attente des secours, il paraît opportun de développer une offre de formation permettant de promouvoir une culture collective de réponse aux situations exceptionnelles.

De même, le risque d'attentat nécessite de développer de nouvelles pratiques de prise en charge des victimes, en particulier le damage control, ainsi qu'un meilleur suivi des victimes dans leur parcours de prise en charge (Système d'information des victimes – SI-Vic).

Action N°1 : veiller à l'organisation régulière de formations des professionnels de santé aux outils et techniques de réponse aux situations exceptionnelles (damage control, systèmes d'information).

Action N°2 : maintenir un réseau actif et coordonné au niveau de la région de professionnels volontaires pour participer aux cellules d'urgence médico-psychologiques (CUMP).

Action N°3 : accroître le nombre d'agents au sein de l'ARS formés à la réponse aux situations exceptionnelles.

Action N°4 : promouvoir au sein de l'ARS les formations concourant à la construction d'une culture du risque (premiers secours, etc.).

Indicateur de suivi : nombre annuel de sessions de formation aux situations exceptionnelles dans les établissements de santé

Axe 2 – Pendant l'urgence, réagir vite et efficacement

Objectif opérationnel N°1 : disposer de circuits d'alertes et de montée en charge opérationnels et réactifs

Le délai entre le début d'un événement grave et la mise en œuvre opérationnelle des moyens de réponse doit être rapide. Si les SAMU interviennent chaque jour dans ce type de situation et sont rapidement opérationnels, les déclenchements des cellules de crises dans les différents services (hôpitaux, préfecture, ARS) sont moins fréquents et mobilisent un grand nombre d'acteurs. Il s'agit donc de disposer d'outils, si possible automatisés (SMS, messagerie...), permettant le rappel rapide des personnels, mais surtout de procédures et de listes de contacts actualisées, de systèmes d'astreintes, de points d'entrée clairement identifiés dans les structures et dans la mesure du possible moins personne-dépendants.

Action N°1 : veiller à l'actualisation régulière et partagée des listes de contacts fonctionnels des structures sanitaires et médico-sociales susceptibles d'intervenir en situation de crise.

Action N°2 : disposer de procédures réflexes à l'attention des cadres d'établissements et de l'ARS permettant d'activer rapidement les organisations de crise.

Action N°3 : développer les outils permettant de lancer une alerte automatisée des agents et de rappel des personnels.

Indicateur de suivi : délai moyen d'activation des cellules de crise (hôpitaux, ARS)

Objectif opérationnel N°2 : disposer de structures de commandement de la chaîne santé opérationnelles, réactives et coordonnées

De nombreux acteurs interviennent en situation exceptionnelle (SAMU, SDIS, préfecture, collectivités, ARS, hôpitaux, forces de l'ordre, zone de défense, etc.), avec plusieurs centres de commandement qui doivent être coordonnés (poste médical avancé, poste de commandement opérationnel, centre opérationnel de défense, cellule d'appui ARS, cellule de crise hôpital, cellule de crise de la collectivité, etc.).

Chaque acteur dispose de prérogatives (opérationnelles, administratives...), mais il existe des zones de croisement de responsabilités et de nombreux canaux de transmission de l'information qui imposent une identification précise afin d'éviter de la confusion dans une situation nécessitant une grande réactivité.

Il est donc nécessaire de caler à froid, et d'éprouver lors d'exercices, le champ de responsabilités des différents échelons d'intervention, d'identifier les niveaux d'autorité et de veiller à respecter les circuits de transmission de l'information et des consignes.

Action N° 1 : clarifier les champs de responsabilités des acteurs de la chaîne santé (SAMU, hôpital, ARS, zone) et celles des différents centres de commandement (poste médical avancé - PMA, centre opérationnel départemental - COD, cellule régionale d'appui - CRA, cellule crise hôpital) en situation exceptionnelle.

Action N°2 : veiller au respect des circuits d'alerte et de transmission des informations et des consignes entre les différents échelons de la chaîne santé.

Action N°3 : veiller à l'utilisation partagée des systèmes d'informations en santé dédiés au suivi des situations exceptionnelles (ROR, SIVIC, Portail-Orsec...).

Indicateur de suivi : procédures validées de transmission de l'information et des commandes des acteurs du système de santé.

Objectif opérationnel N°3 : être capable de gérer la crise dans la durée

Pouvoir gérer une crise requiert des locaux dédiés, des équipements, des organisations permettant de fonctionner en mode dégradé et des personnels formés pour prendre la relève et assurer la continuité de la mission.

Ces équipements, notamment de téléphonie, étant utilisés de façon ponctuelle, il est nécessaire de vérifier régulièrement leur caractère opérationnel. De même, il est nécessaire de veiller à la formation périodique des personnels (dans les établissements de santé, comme en ARS) pouvant être mobilisés en renfort en cas d'événement durable.

Action N° 1 : disposer au sein des établissements de santé, de l'ARS de personnels formés pouvant prendre la relève de la conduite de crise, sur l'ensemble des champs de compétences.

Action N°2 : pré-identifier au sein des établissements de santé et de l'ARS, les lieux et équipements mobilisés en situation de crise.

Action N°3 : vérifier de façon régulière le caractère opérationnel des équipements dédiés à la conduite de crise (transmissions, produits de santé, etc.).

Action N°4 : procéder à des sessions périodiques d'information des personnels pouvant être appelés en renfort en situation exceptionnelle.

Indicateur de suivi : existence de salles de crises identifiées au sein des établissements de santé de niveau 1 et 2 du dispositif ORSAN

Objectif opérationnel N°4 : être capable de mobiliser rapidement les moyens exceptionnels disponibles en Corse

A l'échelle de la Corse, des procédures et moyens particuliers peuvent être mobilisés pour faire face à une situation exceptionnelle : l'utilisation de postes sanitaires mobiles (lots PSM1), les réquisitions de professionnels (notamment ambulanciers) ou de matériels (produits de santé), le rappel de personnels en congés, le recours à la réserve sanitaire ou aux volontaires des CUMP, la déprogrammation d'opérations non urgentes, les sorties anticipées de patients, etc.

Les produits de santé ou équipements présents dans les malles PSM doivent être régulièrement renouvelés et vérifiés. Certains équipements (tenues NRBC, masques, etc.) nécessitent pour les utiliser un savoir-faire particulier qui s'entretient régulièrement. Les procédures de réquisitions doivent être anticipées et réfléchies quant à la proportion de professionnels dédiés à la gestion de la crise et celle prévue pour répondre aux situations ordinaires.

Action N°1 : garantir une maintenance régulière des lots PSM et réaliser des inspections périodiques.

Action N°2 : garantir des formations régulières à l'utilisation des équipements spécifiques (NRBC, etc.).

Action N°3 : identifier au sein des plans blancs d'établissements les modalités de rappels de personnels, de déprogrammation et de sorties anticipées.

Action N°4 : disposer d'arrêtés types de réquisition de professionnels ou de moyens, réfléchis avec les professionnels concernés.

Action N°5 : garantir une animation régionale du réseau des professionnels volontaires en urgence psychologique (CUMP).

Indicateur de suivi : fréquence d'inspections des lots PSM1

Objectif opérationnel N°5 : être capable de mobiliser rapidement les renforts

En cas de dépassement des capacités exceptionnelles de réponse des acteurs de santé en Corse, des renforts provenant soient d'autres acteurs locaux (sécurité civile, militaires) ou du continent peuvent être sollicités. Il peut s'agir de places d'accueil dans les hôpitaux du continent, de moyens aériens pour évacuer les victimes, de professionnels en renforts des hôpitaux ou de la réserve sanitaire, des lots de type PSM2 (pouvant prendre en charge 500 victimes), de produits sanguins ou de santé et de moyens de communication. Cependant, leur mobilisation est encadrée par des circuits de validation hiérarchique et nécessite une logistique ainsi que des délais d'acheminement en Corse.

Action N°1 : identifier précisément les circuits de validation hiérarchique de mobilisation des renforts locaux, zonaux et nationaux.

Action N°2 : identifier les contraintes et délais de mobilisation des renforts.

Action N°3 : disposer d'une cartographie actualisée des renforts (humains, équipements, etc.) à l'échelle de la zone de défense.

Indicateur de suivi : délai d'acheminement d'un lot PSM2 en Corse

Axe 3 – Après l'alerte, évaluer et prévenir

Objectif opérationnel 1 : réaliser de façon systématique des retours d'expérience partagés

De façon générale, les exercices ou les alertes réelles dévoilent des initiatives intéressantes à développer ou des erreurs à corriger. Il peut s'agir des modalités d'alerte et d'information des acteurs, de coordination des chaînes de commandement, de prise en charge de victimes, de mobilisation de ressources exceptionnelles et de communication avec le public.

Parce qu'une fois l'événement terminé, le cours ordinaire reprend, et les erreurs ou initiatives favorables ne sont pas prises en considération, s'il n'est pas consacré un temps partagé à l'analyse *a posteriori* de la situation et des voies d'amélioration : le retour d'expérience.

Action N° 1 : formaliser un cadre commun de rédaction des retours d'expérience.

Action N°2 : veiller à consacrer des rencontres régulières de bilan d'expérience et de partage de bonnes pratiques avec les professionnels de santé.

Action N°3 : assurer une diffusion large des retours d'expérience des alertes et exercices.

Indicateur de suivi : taux d'alerte ou d'exercices ayant donné lieu à un retour d'expérience écrit et partagé.

Objectif opérationnel N°2 : réaliser de façon périodique des exercices

La prise en charge d'urgence évolue (ex : damage control), les outils et systèmes d'information de suivi (Si-vic) se modernisent, les procédures et plans (Orsan) s'actualisent, les acteurs peuvent changer.

Ainsi, la nécessité de maintenir en permanence opérationnels des compétences spécifiques ou des équipements sollicités de façon très ponctuelle s'impose.

Des exercices cadrés associant des compétences spécifiques doivent être réalisés de façon périodique avec un impératif d'évaluation aux fins d'une amélioration de la réponse à la crise rencontrée.

Action N°1 : organiser au moins 4 exercices de déclenchement du dispositif ORSAN par an (2 en Haute-Corse et 2 en Corse-du-Sud).

Action N° 2 : organiser au moins 1 exercice incendie-panique par an par établissement et ARS.

Action N°3 : adapter les exercices aux évolutions des outils et des savoirs.

Indicateur de suivi : taux d'exercices de crise nécessitant le déclenchement du dispositif ORSAN

Objectif opérationnel N°3 : adapter de façon continue les organisations.

L'organisation de la réponse aux situations exceptionnelles n'est pas figée et doit pouvoir s'adapter de façon continue. Les menaces et les risques évoluent, les outils, les pratiques professionnelles également et les exercices ou les retours d'expérience permettent d'identifier des pistes d'amélioration.

Action N° 1 : procéder à des bilans annuels des événements et exercices.

Action N°2 : veiller à la tenue périodique de réunions de coordination des acteurs en charge de la gestion des situations exceptionnelles. (Exemple : comité régional sécurité sanitaire).

Action N°3 : veiller à l'actualisation, au moins annuelle, des documents d'organisation internes de l'ARS.

Indicateur de suivi : fréquence d'actualisation des documents internes d'organisation de l'ARS en situation exceptionnelle

Objectif opérationnel N°4 : identifier les facteurs de vulnérabilité et veiller à les prévenir.

L'analyse a posteriori de la canicule de 2017 a mis en évidence une bonne connaissance des gestes de prévention de la part des professionnels, mais également la vulnérabilité des équipements de refroidissement des hôpitaux et les défaillances dans les contrats de maintenance de ces équipements. L'idée est donc de veiller à agir sur les facteurs (équipements, organisations, etc.) ayant présenté des vulnérabilités lors d'exercices ou d'alerte, pour prévenir leur répétition.

Action N°1 : identifier la typologie des facteurs de vulnérabilité (organisationnels, matériels, etc.) pour les événements à caractère répétitif (canicule, précipitations).

Action N°2 : garantir une information préventive des acteurs du système de santé sur les facteurs de vulnérabilité à anticiper.

Indicateur de suivi : fréquence de sensibilisation des établissements de santé aux facteurs de vulnérabilité.

Accusé de réception	
Objet	AVIS SUR LE PROJET TERRITORIAL DE SANTE 2 2018-2023
Identifiant acte	02A-200076958-20180920-019995-AU
Identifiant interne	019995
Date de réception par la préfecture	4 octobre 2018
Nombre d'annexes	0
Date de l'acte	20 septembre 2018
Code nature de l'acte	6
Classification	9.3.7

Fermer