



**DELIBERATION N° 23/123 AC DE L'ASSEMBLEE DE CORSE  
PORTANT SUR LA TRAJECTOIRE VERS LA CRÉATION D'UN CENTRE  
HOSPITALIER UNIVERSITAIRE (CHU) DE CORSE**

**CHÌ PORTA NANTA U PERCORSU VER DI A CREAZIONE DI UN CENTRU  
USPITALIERU UNIVERSITARIU DI CORSICA**

**SEANCE DU 26 OCTOBRE 2023**

L'an deux mille vingt trois, le vingt six octobre, l'Assemblée de Corse, convoquée le 13 octobre 2023, s'est réunie au nombre prescrit par la loi, dans le lieu habituel de ses séances sous la présidence de Mme Marie-Antoinette MAUPERTUIS, Présidente de l'Assemblée de Corse.

**ETAIENT PRESENTS : Mmes et MM.**

Jean-Christophe ANGELINI, Danielle ANTONINI, Jean-Baptiste ARENA, Véronique ARRIGHI, Serena BATTESTINI, Paul-Félix BENEDETTI, Jean BIANCUCCI, Didier BICCHIERAY, Jean-Marc BORRI, Marie-Claude BRANCA, Françoise CAMPANA, Marie-Hélène CASANOVA-SERVAS, Vannina CHIARELLI-LUZI, Cathy COGNETTI-TURCHINI, Romain COLONNA, Santa DUVAL, Muriel FAGNI, Petru Antone FILIPPI, Lisa FRANCISCI-PAOLI, Eveline GALLONI D'ISTRIA, Pierre GHIONGA, Jean-Charles GIABICONI, Josepha GIACOMETTI-PIREDDA, Xavier LACOMBE, Ghjuvan'Santu LE MAO, Don Joseph LUCCIONI, Saveriu LUCIANI, Sandra MARCHETTI, Marie-Thérèse MARIOTTI, Marie-Antoinette MAUPERTUIS, Georges MELA, Jean-Martin MONDOLONI, Paula MOSCA, Jean-Paul PANZANI, Chantal PEDINIELLI, Marie-Anne PIERI, Véronique PIETRI, Pierre POLI, Louis POZZO DI BORGIO, Jean-Michel SAVELLI, Joseph SAVELLI, Jean-Louis SEATELLI, François SORBA, Charlotte TERRIGHI, Julia TIBERI, Hervé VALDRIGHI, Hyacinthe VANNI

**ETAIENT ABSENTS ET AVAIENT DONNE POUVOIR :**

M. Jean-Félix ACQUAVIVA à Mme Sandra MARCHETTI  
Mme Vanina BORROMEI à M. Pierre POLI  
Mme Valérie BOZZI à M. Georges MELA  
M. Paul-Joseph CAITUCOLI à Mme Eveline GALLONI D'ISTRIA  
Mme Angèle CHIAPPINI à M. Jean-Martin MONDOLONI  
Mme Anna Maria COLOMBANI à M. Joseph SAVELLI  
Mme Christelle COMBETTE à M. Xavier LACOMBE  
Mme Frédérique DENSARI à Mme Françoise CAMPANA  
M. Pierre GUIDONI à Mme Cathy COGNETTI-TURCHINI  
Mme Vanina LE BOMIN à Mme Julia TIBERI  
M. Jean-Jacques LUCCHINI à M. Jean-Paul PANZANI  
Mme Nadine NIVAGGIONI à Mme Vannina CHIARELLI-LUZI  
M. Antoine POLI à M. Saveriu LUCIANI  
Mme Juliette PONZEVERA à M. Louis POZZO DI BORGIO

M. Paul QUASTANA à Mme Marie-Claude BRANCA  
Mme Anne-Laure SANTUCCI à M. Ghjuvan'Santu LE MAO

## L'ASSEMBLEE DE CORSE

- VU** le Code général des collectivités territoriales, titre II, livre IV, IV<sup>ème</sup> partie, et notamment ses articles L. 4421-1 à L. 4426-1 et R. 4425-1 à D. 4425-53,
- VU** la délibération n° 18/280 AC de l'Assemblée de Corse du 27 juillet 2018 prenant acte des orientations de la Collectivité de Corse en matière de santé pour la période 2018-2021,
- VU** la délibération n° 20/124 AC de l'Assemblée de Corse du 31 juillet 2020 portant adoption d'une motion relative à la demande de création d'un Centre hospitalier régional universitaire (CHR-U) en Corse,
- VU** la délibération n° 21/079 AC de l'Assemblée de Corse prenant acte du rapport de synthèse des travaux de la Commission pour les Politiques de Santé « Création d'un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) en Corse à l'horizon 2030 »,
- VU** la délibération n° 21/119 AC de l'Assemblée de Corse du 22 juillet 2021 approuvant le cadre général d'organisation et de déroulement des séances publiques de l'Assemblée de Corse, modifiée,
- VU** la Proposition de Loi n° 921 déposée le mardi 7 mars 2023 par le député de la deuxième circonscription de Corse-du-Sud, M. Paul André COLOMBANI, renvoyée à la Commission des affaires sociales de l'Assemblée Nationale, et visant à la création d'un Centre Hospitalier Universitaire en Corse, étant entendu que le projet porté par la Collectivité de Corse ne prévoit pas une localisation dans le chef-lieu, mais le modèle innovant d'un CHU multisites, intégrant les centres hospitaliers d'Aiacciu et de Bastia, les hôpitaux de proximité, les structures privées, et une gouvernance public-privé, dans le cadre d'une expérimentation,
- VU** la motion n° 2021/M2/51 de l'Assemblea di à Giuventù relative à la création d'un CHU en Corse,
- CONSIDERANT** que la Corse est la seule région de métropole et d'Outre-mer à ne pas disposer d'un CHU,
- CONSIDERANT** le nombre de déplacements par an sur le continent pour raison médicale faute d'offre de soins présente et disponible en Corse,
- CONSIDERANT** le taux de population âgée de 65 ans ainsi que la forte précarité, la démographie croissante et les fluctuations saisonnières de population,
- VU** l'avis n°2023-35 du Conseil Economique, Social, Environnemental et Culturel de Corse, en date du 24 octobre 2023,
- SUR** rapport du Président du Conseil exécutif de Corse, amendé,

**SUR** rapport de la Commission pour les Politiques de Santé,

## **APRES EN AVOIR DELIBERE**

À l'unanimité,

**Ont voté POUR (63) : Mmes et MM.**

Jean-Félix ACQUAVIVA, Jean-Christophe ANGELINI, Danielle ANTONINI, Jean-Baptiste ARENA, Véronique ARRIGHI, Serena BATTESTINI, Paul-Félix BENEDETTI, Jean BIANCUCCI, Didier BICCHIERAY, Jean-Marc BORRI, Vanina BORROMEI, Valérie BOZZI, Marie-Claude BRANCA, Paul-Joseph CAITUCOLI, Françoise CAMPANA, Marie-Hélène CASANOVA-SERVAS, Angèle CHIAPPINI, Vannina CHIARELLI-LUZI, Cathy COGNETTI-TURCHINI, Anna Maria COLOMBANI, Romain COLONNA, Christelle COMBETTE, Frédérique DENSARI, Santa DUVAL, Muriel FAGNI, Petru Antone FILIPPI, Lisa FRANCISCI-PAOLI, Eveline GALLONI D'ISTRIA, Pierre GHIONGA, Jean-Charles GIABICONI, Josepha GIACOMETTI-PIREDDA, Pierre GUIDONI, Xavier LACOMBE, Vanina LE BOMIN, Ghjuvan'Santu LE MAO, Jean-Jacques LUCCHINI, Don Joseph LUCCIONI, Saveriu LUCIANI, Sandra MARCHETTI, Marie-Thérèse MARIOTTI, Marie-Antoinette MAUPERTUIS, Georges MELA, Jean-Martin MONDOLONI, Paula MOSCA, Nadine NIVAGGIONI, Jean-Paul PANZANI, Chantal PEDINIELLI, Marie-Anne PIERI, Véronique PIETRI, Antoine POLI, Pierre POLI, Juliette PONZEVERA, Louis POZZO DI BORGO, Paul QUASTANA, Anne-Laure SANTUCCI, Jean-Michel SAVELLI, Joseph SAVELLI, Jean-Louis SEATELLI, François SORBA, Charlotte TERRIGHI, Julia TIBERI, Hervé VALDRIGHI, Hyacinthe VANNI

### **ARTICLE PREMIER :**

**APPROUVE** la création d'un Centre hospitalier universitaire (CHU) en Corse sur un modèle innovant, centré sur les coopérations entre établissements de santé publics et privés, telle que présentée dans le rapport du Président du Conseil exécutif de Corse annexé.

### **ARTICLE 2 :**

**SOUSCRIT** à la proposition de loi visant à la création d'un Centre Hospitalier Universitaire en Corse, à laquelle se sont associés 70 parlementaires de l'Assemblée Nationale issus de 9 groupes parlementaires sur les 10 existants, étant entendu que le projet porté par la Collectivité de Corse ne prévoit pas une localisation dans le chef-lieu, mais le modèle innovant d'un CHU multisites, intégrant les centres hospitaliers d'Aiacciu et de Bastia, les hôpitaux de proximité, les structures privées, et une gouvernance public-privé, dans le cadre d'une expérimentation».

### **ARTICLE 3 :**

**MANDATE** le Président du Conseil exécutif de Corse et la Conseillère exécutive en charge des affaires sociales et sanitaires, afin de poursuivre les contacts déjà noués à ce sujet avec le ministre de la Santé et de la Prévention, sur la base du document élaboré joint en annexe.

**ARTICLE 4 :**

**DEMANDE** au Gouvernement d'engager sans délais la procédure de création du CHRU de Corse.

**ARTICLE 5 :**

**APPROUVE** la transformation du comité de pilotage en comité de suivi du CHU de Corse.

**ARTICLE 6 :**

La présente délibération fera l'objet d'une publication sous forme électronique sur le site internet de la Collectivité de Corse.

Aiacciu, le 26 octobre 2023

La Présidente de l'Assemblée de Corse,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'M. Maupertuis', with a horizontal line underneath.

Marie-Antoinette MAUPERTUIS

# **ASSEMBLEE DE CORSE**

2 EME SESSION ORDINAIRE DE 2023

REUNION DES 26 ET 27 OCTOBRE 2023

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

**PERCORSU VER DI A CREAZIONE DI UN CENTRU**  
**USPITALIERU UNIVERSITARIU DI CORSICA**

**TRAJECTOIRE VERS LA CRÉATION D'UN CENTRE**  
**HOSPITALIER UNIVERSITAIRE (CHU) DE CORSE**

## RAPPORT DU PRESIDENT DU CONSEIL EXECUTIF DE CORSE

L'accès à la santé est au cœur des préoccupations des Corses.

En 2023, la Corse est la seule collectivité à ne pas disposer d'un Centre hospitalier universitaire, alors même qu'elle est un territoire insulaire et montagneux éloigné de plus de 250 km du premier Centre hospitalo-universitaire du continent.

Disposer d'un Centre hospitalier universitaire (CHU) de Corse est une demande portée par le Conseil exécutif de Corse depuis de nombreuses années.

A l'Assemblée de Corse, plusieurs motions ont été adoptées à ce sujet, et cette demande figure dans les orientations en matière de santé portées par le Conseil exécutif et approuvées par délibération de l'Assemblée de Corse dès le 27 juillet 2018.

Nos travaux ont débuté dès juillet 2019, dans le cadre des premières assises de la santé en Corse consacrées au projet de CHU en Corse. Ils se sont poursuivis en mars 2022 avec la seconde édition réunissant de nombreux professionnels de la santé, dans un contexte sanitaire de sortie de crise COVID qui a démontré la nécessité de repenser le système de santé actuel.

La communauté médicale présente s'est accordée sur la nécessité de disposer d'un CHU afin de répondre aux problématiques de santé des Corses qui souhaitent pouvoir se soigner près de chez eux et disposer d'un système de santé performant.

En effet aujourd'hui, l'absence de certaines filières de prise en charge, par carence en spécialités médicales, oblige les familles à des déplacements contraints, itératifs et onéreux, qui bien souvent, doivent recourir à des solutions d'hébergement en cas d'hospitalisation de leurs proches.

En 2019, le taux de recours aux soins hors-Corse est d'environ 20 % en moyenne sur l'ensemble de l'île (ce taux est très variable suivant les disciplines). Près de 26 000 trajets depuis la Corse vers le continent pris en charge par la CPAM ont été comptabilisés en 2017. Au total, le coût de ces trajets remboursés s'élevait à plus de 30 M€. Sachant que l'hôpital public est financé à l'activité, ce taux de fuite vient aggraver un déficit déjà conséquent. Au-delà de coût financier, cela représente un désagrément majeur pour les familles concernées et un motif de renoncement aux soins.

Cette situation ne peut que s'aggraver au cours du temps :

- Par l'augmentation incessante de la technicité médicale

nécessaire aux prises en charge modernes de nombre de maladies chroniques ;

- Par l'accroissement inexorable du phénomène de désertification médicale, notamment des spécialités médicales, rendu d'autant plus prégnant que la Corse ne représente pas un territoire attractif en l'absence de perspectives de carrières professionnelles, notamment hospitalières, sur son territoire ;
- Par le vieillissement de la population : 29,5 % de la population âgé de 60 ans et plus ;
- Par l'accroissement de la population par solde migratoire positif ;
- Par le jeu des fluctuations de population lors des périodes estivales.

La création d'un Centre hospitalier universitaire doit donc permettre de proposer à la population corse un système de santé public moderne, sécurisé et répondant aux attentes des Corses en matière de santé, et accessible à tous. Elle doit pouvoir aussi renverser la courbe de la désertification médicale, en incitant le développement de cycles de formation sur l'île et en favorisant l'installation sur le territoire des futurs professionnels de santé. D'autre part, la création d'une unité de formation d'enseignement et de recherche médicale (UFR santé) au sein du CHU liée à l'Université de Corse par voie conventionnelle doit permettre d'installer des enseignants de médecine et des enseignants chercheurs au sein de laboratoires de recherche et concourir in fine à :

- L'attractivité des carrières et la recherche clinique ;
- L'installation des cycles d'enseignement des études médicales jusqu'aux doctorats.

Dans cette optique, la Collectivité de Corse a engagé une vaste réflexion associant l'ensemble des acteurs de santé de Corse. En mars 2022, une assistance à maîtrise d'ouvrage (AMO) a été lancée, dont le cabinet conseil Government Health (GovHe) a été attributaire. Ce cabinet conseil possède de solides références dans le domaine de la santé, une bonne connaissance de la Corse par un accompagnement antérieur du Centre hospitalier de Bastia et de Sartè, ainsi qu'une mission d'expertise lors de la création du CHU de Guyane.

L'objectif poursuivi était de bâtir collectivement et dans la concertation les conditions favorables vers la création d'un CHU par la construction d'un projet d'établissement. Pour favoriser l'adhésion des partenaires, légitimer au mieux les décisions et les choix d'action la méthode retenue a été ouverte permettant la mise en place de consultations et de concertations associant le secteur hospitalier public et privé, les médecins libéraux, les syndicats représentatifs de la santé et l'Université de Corse.

Les travaux ont débuté en mai 2022 par l'installation d'un comité de pilotage animé par la Conseillère exécutive en charge des affaires sanitaires et sociales et chargé de déterminer les orientations du travail et les objectifs à atteindre, de réaliser les arbitrages et valider les propositions des acteurs.

Cette instance est composée :

- Du président de l'Université de Corse ;
- Des directeurs des centres hospitaliers de Bastia et d'Aiacciu ;

- De la présidente de la Commission régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) ;
- D'un représentant de l'Agence Régionale de Santé de Corse (ARS) ;
- D'un représentant de la fédération de l'hospitalisation privée (FHP) pour les établissements de santé privés.

Les travaux se sont étalés sur une période de 16 mois, articulés en deux phases chronologiques, conclues chacune par un séminaire :

- ❖ Phase n° 1 : de juillet à novembre 2022 : état des lieux de l'offre et de la demande de soins permettant la production d'un diagnostic quantitatif et qualitatif.

Cette première phase s'est achevée par l'organisation d'un premier séminaire à Corti le 30 novembre 2022 réunissant 110 participants qui a permis de :

- Fédérer l'ensemble des acteurs autour du projet de CHU ;
- Partager et d'échanger sur les diagnostics produits ;
- Identifier les pistes de travail à faire prospérer permettant les conditions de la création d'un CHU ;
- Constituer 11 groupes de travail (150 participants) issus des thématiques identifiées lors du séminaire de novembre 2022.

- ❖ Phase n° 2 : de décembre 2022 à juin 2023 : réflexions des groupes de travail sur les points suivants :

- Obtention d'un accord gouvernemental pour la création du CHRU ;
- Identification des filières hyper spécialisées ;
- Rapprochement entre l'université & les établissements ;
- Création d'un 1er cycle de médecine complet ;
- Consolidation de la recherche en Corse ;
- Réflexion sur la gouvernance du CHRU ;
- Développement des filières des pathologies chroniques ;
- Développement d'un outil e-parcours patient ;
- Création de synergies entre les groupements hospitaliers de territoires (GHT) et avec le privé ;
- Mise en place d'un modèle économique public/privé ;
- Identification des filières à universitariser.

Parallèlement à ces groupes de travail constitués, des praticiens ont tracé les orientations futures de 14 spécialités médico-chirurgicales existantes ou à développer dans le cadre d'un CHU.

Un second séminaire a été organisé le 7 juillet dernier à Corti pour une restitution de l'ensemble des travaux de chaque groupe, permettant un regard croisé entre les différents groupes de travail et finalisant l'ensemble du travail collectif accompli.

Est annexé au présent rapport le document finalisé au 31 juillet 2023 et validé par le



comité de pilotage le 26 septembre dernier, assorti de recommandations et figurant les prochaines étapes à mettre en œuvre dans la perspective de la création d'un CHU de Corse.

Ce document met en exergue la nécessité de création d'un CHU de Corse, compte-tenu du vieillissement de la population, de la forte précarité, de l'absence de certaines spécialités médicales contraignant à des déplacements médicaux sur le continent voire à un renoncement aux soins. Le CHU répond également à la nécessité de contenir le phénomène de désertification médicale, et enfin de développer la recherche médicale clinique et fondamentale en Corse et de déployer l'enseignement médical, sources d'attractivité pour la Corse et perspectives de carrières hospitalo-universitaires.

Les travaux menés ont conclu à un projet de CHU très innovant et fédérateur, dont le modèle de gouvernance repose sur la synergie de l'ensemble des acteurs de santé publics et privés et sur la coopération renforcée de l'ensemble des établissements de santé de Corse.

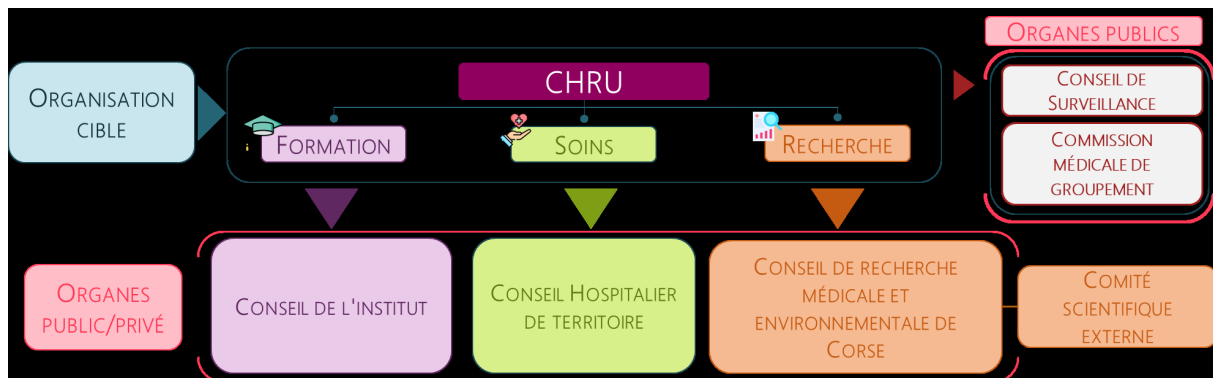
Le document formule 30 pistes de travail dont 16 en matière d'offre de soins, 8 dans le domaine de la formation et de la recherche et 6 concernant la gouvernance et les enjeux financiers (synthèse des pistes de travail pages 7 à 9 du document).

Après avoir dressé un **état des lieux sur les déterminants de santé** mettant en exergue une offre de soins inégale selon les territoires et les filières, sont pointées les évolutions souhaitables des filières et des plateaux techniques.

Dans la perspective d'un CHU, il est notamment essentiel de :

- **Mettre en avant les opportunités de mutualisation et de coopération entre les établissements des différents secteurs** (coopération intra GHT, coopération public/privé, révision des modalités de rémunération pour renforcer l'attractivité du territoire, développement des outils de e-parcours patient) ;
- **Structurer le volet universitaire du CHU**, par la création d'un premier cycle d'études de médecine complet (création d'une UFR de médecine, modèle organisationnel innovant pour les stages, développement des filières paramédicales, création d'un conseil d'institut original pour rapprocher l'Université et les établissements, ...) ;
- **Identifier les filières à universitariser en priorité** en fonction de deux critères (carence médicale dans les filières où la population corse a des besoins importants et capacité d'accueil des internes dans les établissements du territoire) ;
- **Structurer l'activité de recherche autour de trois axes** : les maladies infectieuses et leurs facteurs de risque, le vieillissement et les mathématiques appliquées à la santé.

Le **modèle de gouvernance** issu de la réflexion engagée, innovant par son choix d'associer public et privé, est organisé autour des trois dimensions du CHU : soins, enseignement, recherche.



Le rapport détaille la composition et les missions de ces instances.

A court terme en ce qui concerne les soins, deux structures de gouvernance sont envisagées, préfigurant l'organisation future :

- Un lieu de concertation sur le territoire de chacun des deux GHT pour organiser les filières de soins dans leur articulation public/privé et avec la ville et définir le Projet Médical du Territoire ;
- Un lieu de concertation Inter GHT avec pour missions la construction d'une politique des ressources médicales communes aux deux GHT (recrutement, rémunération, etc.), la structuration des hyper-spécialités entre les deux sites d'Aiacciu et Bastia, la définition des politiques de recours territorial et extra-territorial, l'organisation des coopérations inter-GHT par disciplines.

In fine, le rapport analyse l'ensemble des enjeux financiers de la création du CHU de Corse.

En conclusion, on peut se féliciter du travail engagé qui a permis de mobiliser l'ensemble des acteurs de la santé de Corse, de créer une véritable dynamique de coopération inédite public-privé et d'aboutir à des propositions innovantes et consensuelles. Certaines d'entre elles peuvent se mettre en place très vite sans modification législative ou réglementaire. D'autres, en revanche, nécessitent des dérogations dont la Corse pourrait être le terrain d'expérimentation voire d'adaptation permettant de faire évoluer un modèle qui aujourd'hui montre ses limites face aux profonds changements de l'univers de la santé, des attentes des patients et des aspirations des professionnels.

A noter, que ce travail engagé par la Collectivité de Corse a reçu l'appui, le 28 septembre 2023, d'une tribune de 35 professeurs de médecine, publiée dans Corse-Matin, pour soutenir le projet du CHU de Corse et « l'originalité du projet construit à l'initiative de la Collectivité de Corse ».

Compte tenu du caractère essentiel de ce projet pour notre île dans les prochaines années et des effets immédiats et concrets sur la population de la Corse, je vous propose :

- D'approuver la trajectoire de création d'un CHU en Corse sur le modèle innovant présenté ;
- De mandater le Président du Conseil exécutif de Corse et la conseillère exécutive en charge des affaires sociales et

sanitaires, afin de poursuivre les contacts déjà noués à ce sujet avec le ministre de la Santé et de la Prévention, sur la base du document élaboré ;

- De faire évoluer le comité de pilotage en comité de suivi du CHU de Corse.

Je vous prie de bien vouloir en délibérer.



## PROJET DE CREATION DU CHRU DE CORSE

RAPPORT FINAL

28 juillet 2023

## Table des matières

<b>Introduction</b> .....	<b>5</b>
<b>Pistes de travail</b> .....	<b>7</b>
<b>Chapitre 1 : Les déterminants de santé de la Corse</b> .....	<b>10</b>
1. Un accès aux soins freiné par des contraintes géographiques .....	10
2. Une situation démographique et épidémiologique fragile .....	10
a) Un essor démographique important dû au solde migratoire .....	10
b) Mais une population vieillissante et marquée par le poids des ALD .....	12
c) Une précarité endémique .....	13
3. Une offre de soins inégale selon les territoires et les filières .....	13
a) Une offre de soins portée par les établissements publics, privés, privés à but non lucratif et les libéraux .....	13
b) Une offre de soins en MCO inégale et organisée différemment selon les zones géographiques et les spécialités .....	16
c) Des niveaux d'activités pour l'USLD, l'HAD, les SSR et la PSY qui diffèrent entre la Haute-Corse et la Corse-du-Sud .....	22
d) Une densité de professionnels de santé variable selon les spécialités et les types d'établissements .....	22
e) Des spécialités menacées .....	24
<b>Chapitre 2 : Renforcer l'offre de soins sur le territoire et structurer les activités de recours pour obtenir un CHR</b> .....	<b>26</b>
1. Les évolutions souhaitables des filières dans la perspective du CHRU .....	26
a) La chirurgie .....	26
b) Les pathologies chroniques .....	27
c) Les hyper-spécialités .....	31
d) Les soins critiques .....	33
e) La cardiologie .....	34
f) La psychiatrie .....	36
g) La diabétologie-endocrinologie .....	37
h) La gynécologie .....	38
i) L'oncologie .....	40
j) La pneumologie .....	41
k) La gastro-entérologie .....	42
l) La neurologie .....	44
m) La pédiatrie .....	45
2. Les évolutions souhaitables pour les plateaux techniques dans la perspective du CHRU .....	46

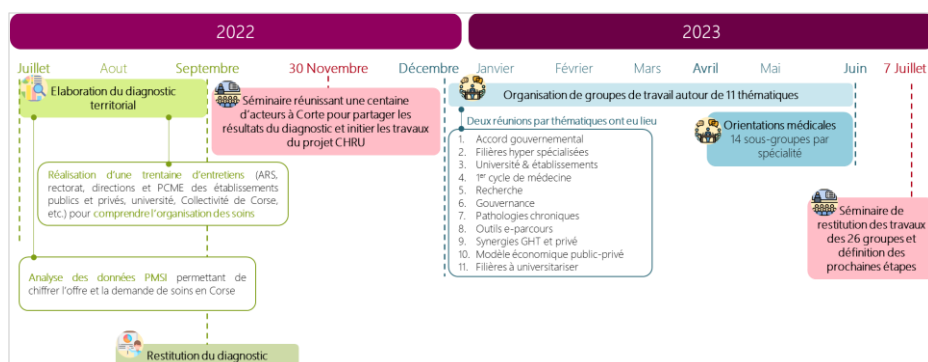
a) L'anatomopathologie .....	46
b) L'imagerie et la radiologie interventionnelle.....	47
c) La biologie .....	49
3. De multiples opportunités de mutualisations et coopérations entre les établissements des différents secteurs 49	
a) Des coopérations intra-GHT déjà en place .....	49
b) Les coopérations public/privé dans le cadre de la crise Covid-19.....	50
c) Un cadre réglementaire qui doit évoluer pour favoriser les coopérations .....	51
d) Des modalités de rémunération à revoir pour renforcer l'attractivité du territoire .....	52
e) Le renforcement des coopérations public/privé reposent sur une amélioration des axes de mobilité.....	53
4. Le développement des outils e-parcours patient.....	53
a) Le contexte actuel.....	53
b) Les enjeux des e-parcours dans la perspective d'un CHRU .....	54
<b>Chapitre 3 : Un CHR en chemin vers l'universitarisation .....</b>	<b>55</b>
1. Développer une offre de formation complète, adaptée et structurée .....	55
a) Développer la formation médicale .....	55
b) Développer la formation paramédicale.....	58
c) Renforcer les liens entre l'Université et les établissements et proposer un modèle organisationnel innovant pour les stages .....	59
2. Une méthode définie pour la priorisation des filières à universitariser.....	63
3. Une activité de recherche à structurer .....	64
a) L'état des lieux des activités de recherche en Corse .....	64
b) Une nouvelle stratégie de recherche dans la perspective du CHRU .....	69
<b>Chapitre 4 : La gouvernance et les moyens de l'action.....</b>	<b>70</b>
1. L'organisation actuelle des établissements de santé Corse.....	70
2. Une gouvernance public/privé organisée autour des trois dimensions du CHRU : les soins, la formation, la recherche .....	71
3. Une dynamique de gouvernance coopérative public/privé est d'ores et déjà engagée .....	73
<b>Chapitre 5 : Les enjeux financiers.....</b>	<b>73</b>
1. L'état des lieux de la situation financière des établissements publics et privés.....	73
2. Les enjeux financiers de la création du CHRU .....	74
<b>Conclusion .....</b>	<b>75</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>77</b>
1. Annexe 1 : Rapport d'activité du CMRR de Corse.....	77

2. Annexe 2 : Bilan Dispositif d'appui à la Coordination.....	81
3. Annexe 3 : Bilan CorsicaDerm 2022-2023 .....	85
4. Annexe 4 : Feuilles de route filières maladies neurodégénératives, maladies endocriniennes, insuffisance cardiaque .....	90
5. Annexe 5 : Les hyper-spécialités à développer en Corse (issus des travaux de l'ARS dans le cadre de l'actualisation du SRS).....	93
6. Annexe 6 : Feuille de route des surspécialités pédiatriques (endocrinologie, neurologie, cardiologie, douleur, pneumologie ) .....	95
7. Annexe 7 : Note spécifique détaillant le besoin d'un PET-Scan en Corse.....	98
8. Annexe 8 : Enquête d'insertion professionnelle et de suivi des cohortes de l'Université de Corte .....	99

## INTRODUCTION

En juillet 2022, la Collectivité de Corse a décidé d'amorcer le projet de création du CHRU de Corse en engageant une réflexion collective associant tous les acteurs de la santé en Corse. Pendant plus d'un an, ont été associés au projet les professionnels de santé des établissements publics et privés, les directeurs et présidents de commissions médicales d'établissements, les représentants de la FHP, les représentants de la CRSA, les élus locaux, les syndicats de soignants, les cadres de santé, les représentants de l'Ordre de Médecins et des URPS, l'Université de Corse, l'Agence Régionale de Santé, le Rectorat, les associations de patients.

Ce travail a été accompagné par le cabinet GovHe et s'est déroulé en plusieurs étapes principales.



La première étape a consisté en la conduite d'un **état des lieux de l'offre et de la demande de soins** en Corse via l'élaboration :

- D'un diagnostic quantitatif par l'analyse de l'activité, des données PMSI, des caractéristiques socio-démographiques, des données épidémiologiques et des besoins en santé.
- D'un diagnostic qualitatif par la conduite de plus de 30 entretiens avec les acteurs hospitaliers, les membres de l'ARS, les membres des établissements privés, les représentants syndicaux, les représentants de la médecine libérale, les maires locaux et les membres de l'Université de Corse.

Pour conclure cette première phase de travail, une **journée de séminaire réunissant 110 participants s'est tenue le 30 novembre 2022**. Ce séminaire avait pour but de partager le diagnostic de la situation sanitaire Corse, d'échanger sur les objectifs du projet de CHRU pour fédérer les acteurs autour de ces objectifs, de permettre aux participants de mieux se connaître et de construire un plan de travail innovant pour le projet CHRU. Cette journée a abouti à la constitution de **11 groupes de travail** en charge d'engager la deuxième phase du projet : la concertation des acteurs régionaux autour des thématiques choisies lors du séminaire et nécessaires à l'élaboration du présent dossier qui demande la création d'un CHRU en Corse.

De janvier à juin 2023, plus de **150 acteurs de santé en Corse ont ainsi réfléchi collectivement aux enjeux stratégiques** identifiés autour des 11 thématiques suivantes :

1. Obtention d'un accord gouvernemental pour la création du CHRU
2. Identification des filières hyper spécialisées
3. Rapprochement entre l'université & les établissements
4. Création d'un 1<sup>er</sup> cycle de médecine complet



5. Consolidation de la recherche en Corse
6. Réflexion sur la gouvernance du CHRU
7. Développement des filières des pathologies chroniques
8. Développement d'un outil e-parcours patient
9. Création de synergies entre les GHT et avec le privé
10. Mise en place d'un modèle économique public/privé
11. Identification des filières à universitariser

Durant cette même période, une **soixantaine de praticiens privés et publics ont défini les grandes orientations médicales futures autour de 14 spécialités médicales et plateaux techniques** : la chirurgie, la neurologie, la psychiatrie, la gastro-entérologie, la diabétologie-endocrinologie, la gynécologie, la pneumologie, les soins critiques, l'oncologie, la pédiatrie, la cardiologie, la biologie, l'imagerie et la radiologie interventionnelle et l'anatomopathologie.

Enfin, un **séminaire de partage et restitution des travaux** réalisés par les 25 groupes de travail a été organisé le 7 juillet 2023 et a rassemblé **100 participants** représentant l'ensemble des parties-prenantes au projet. Cette journée avait pour objectif de mettre en cohérence les options proposées dans les différents groupes de travail, finaliser collectivement les arbitrages nécessaires et de continuer à fédérer l'ensemble des acteurs Corses autour du projet de création du CHRU.

Le rapport ci-après présente les conclusions de ces travaux.

Il décrit un projet de CHRU de Corse, **fédérateur, innovant tant sur le plan de l'organisation des soins que dans son modèle de gouvernance associant le public et le privé**, résultat d'un travail de co-construction.

Il formule 30 pistes de travail et liste les prochaines étapes du projet que les acteurs souhaitent engager.

## PISTES DE TRAVAIL

N°	PISTES DE TRAVAIL
<b>Offre de soins</b>	
1	Sécuriser les seuils d'activité de chirurgie et permettre son maintien en Corse en autorisant les établissements publics et privés à déposer des dossiers de demandes d'autorisation d'activité de chirurgie de manière concertée et partagée.
2	S'appuyer sur la dynamique et les résultats des initiatives locales public/privé pour renforcer les filières de prise en charge des pathologies chroniques particulièrement invalidantes pour les personnes âgées à domicile du territoire.
3	Organiser les filières de soins dites « socles » public/privé sur les deux territoires de Bastia et Ajaccio et ne développer les hyper-spécialités que dans les centres experts. Charger les porteurs de l'hyper-spécialité du maillage territorial et de l'animation de la filière au niveau régional afin de mettre cette compétence au service de la Corse.
4	Renforcer les liens entre les équipes de chirurgiens, d'anesthésistes et des services de réanimation des différents établissements en organisant des réunions de concertation pluridisciplinaires pour fluidifier la prise en charge autour des cas complexes de chirurgie.
5	Conforter la filière cardiologie en Corse en investissant dans les équipements, en proposant des modes d'exercice public/privé attractifs (ex : partenariat avec Marseille pour la cardiologie structurelle).
6	S'appuyer sur la dynamique et les résultats de la Communauté Psychiatrique de Territoire pour renforcer la filière psychiatrie et permettre aux établissements publics et privés d'œuvrer de concert pour éviter toute rupture dans les parcours de prise en charge des patients.
7	Renforcer les équipes médicales et paramédicales spécialisées en diabétologie - endocrinologie en place sur le territoire pour élargir leurs travaux et garantir des diagnostics et suivis efficaces des patients particulièrement pour les jeunes enfants.
8	Favoriser l'attractivité de la filière gynécologie pour couvrir sur l'ensemble de la Corse la prise en charge des pathologies gynécologiques de la puberté à la ménopause en s'appuyant sur les initiatives locales ville-hôpital.
9	Faciliter le parcours patient en oncologie en structurant plus fortement les parcours en Corse et obtenir l'autorisation d'installation du PET-Scan pour améliorer l'offre de soins et réduire les trajets Corse-continent
10	Investir dans un PET-Scan pour favoriser les prises en charge coordonnées en pneumologie, et sur de nombreuses pathologies, pour l'ensemble du territoire et renforcer les équipes médicales de la filière pneumologie.

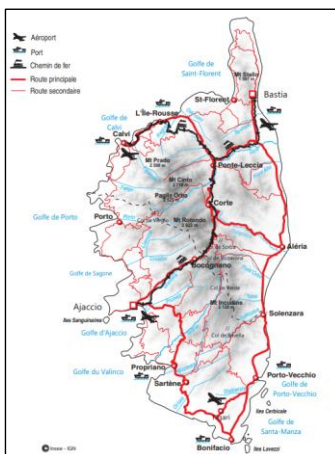
11	Renforcer la filière de gastro-entérologie en Corse-du-Sud par la mise en place d'une structuration pérenne de la coopération entre le privé et le public.
12	Renforcer et développer les effectifs en neurologie sur l'ensemble du territoire : recrutement de praticiens hospitaliers et de praticiens libéraux afin de réduire les pertes de chances par le retard de prise en charge et faciliter la permanence de soins.
13	Faciliter l'accès aux soins en pédiatrie tant en exercice de ville qu'à l'hôpital en pérennisant et en renforçant l'offre de soins en y ajoutant les consultations spécialisées. Ce renforcement passera également par l'évolution des contrats vers des contrats à durée indéterminée, par le recrutement de pédiatres et le développement du plateau technique.
14	Favoriser le projet d'anatomopathologie public/privé en Corse en dynamisant l'accueil d'internes qui pourraient au décours de leur internat s'installer en Corse et en investissant dans la digitalisation de la pathologie.
15	Renforcer la filière radiologie au niveau régional en utilisant le réseau DRIM-M, en ouvrant plus largement l'accès aux PACS des différents établissements pour le partage d'images et en ayant recours aux PIMM pour permettre les collaborations entre établissements privés et publics du territoire et à terme réduire le recours à des opérateurs extérieurs.
16	Centraliser et développer certaines analyses PCR (ex : PCR CMV) en Corse pour diminuer les délais de traitement.
<b>Formation et Recherche</b>	
17	Achever la création du premier cycle de médecine complet en Corse afin d'augmenter l'attractivité du territoire et ancrer les étudiants sur le territoire dans la perspective de leur installation future.
18	Renforcer l'offre de formations paramédicales (MER, IBODE, IADE, cadres de santé...) notamment par la création, au sein de l'Université, d'une école des paramédicaux proposant une formation tournante en fonction des besoins spécifiques.
19	Offrir la possibilité aux étudiants du continent de faire un stage en Corse sans qu'il soit décompté de leur quota de stage qu'ils peuvent effectuer hors CHRU ou subdivision de rattachement.
20	Allouer à la Corse un quota d'internes, spécifique au territoire, pour s'émanciper des stratégies des CHU de la région PACA et endiguer la baisse progressive du nombre de médecins généralistes et spécialistes en Corse.
21	Transférer la responsabilité des agréments de stages d'internat proposés en établissements Corses de l'ARS PACA à l'ARS Corse.
22	Déposer des demandes d'agrément de stages associant les équipes publiques et privées pour une discipline. Prévoir une indemnisation spécifique pour les praticiens libéraux pour le temps consacré aux activités pédagogiques.

23	Associer un score de criticité aux filières hospitalières en se basant sur la pyramide des âges des médecins, sur la densité médicale, sur le nombre de postes vacants et sur le taux de fuite et universitariser en priorité les filières les plus critiques.
24	S'appuyer sur la dynamique et les activités de recherche déjà fécondes en Corse et structurer la stratégie de recherche autour de trois axes privilégiés : les maladies chroniques et les infections et leurs facteurs de risque, le vieillissement et en particulier face au défi du réchauffement climatique et les mathématiques appliquées à la santé.
<b>Gouvernance et enjeux financiers</b>	
25	Créer une instance de gouvernance, un Conseil Hospitalier de Territoire afin de permettre aux acteurs des établissements publics et privés de fixer de manière concertée les grandes orientations en matière de soins.
26	Faire évoluer dès maintenant le Conseil de gestion de l'IUS afin d'y intégrer les représentants des établissements publics et privés afin d'organiser la formation des étudiants, définir les enseignements, agréer et désigner les terrains de stage, promouvoir les offres de stages et fédérer autour de cette formation les acteurs clés de la santé.
27	Créer à terme, un Conseil de la Recherche Médicale et Environnementale réunissant les acteurs principaux de la recherche en Corse pour décliner et coordonner les activités de recherche à l'échelle régionale.
28	Mettre en place dès maintenant dans chaque territoire de GHT une instance de concertation pour les établissements publics et privés et pour les structures de ville afin de définir une organisation des filières de prise en charge sur chaque territoire.
29	Constituer dès maintenant une instance de coordination inter-GHT pour y définir des politiques publiques communes sur tout le territoire.
30	Actualiser l'étude sur les transports sanitaires réalisée en 2009 par le ministère de la Santé pour l'ARS Corse dans le cadre de la mission relative à la modernisation des SAMU.

## CHAPITRE 1 : LES DETERMINANTS DE SANTE DE LA CORSE

### 1. UN ACCES AUX SOINS FREINE PAR DES CONTRAINTES GEOGRAPHIQUES

La Corse a une superficie de 8 680 km<sup>2</sup> et est marqué par son **insularité** et son **relief montagneux**. Avec une altitude moyenne de 568 mètres, la Corse est la plus montagneuse des trois grandes îles de Méditerranée occidentale. Les massifs montagneux dont l'altitude des sommets dépasse les 2 000 mètres marquent une **topographie contrastée**. Ces caractéristiques **complexifient les déplacements dans la région**, notamment entre Ajaccio et Bastia (trajet minimal de 2h40 en voiture<sup>1</sup>). Les déplacements entre les plus petites agglomérations et les deux grandes villes peuvent aussi être très longs alors qu'une **population âgée réside à domicile** dans les villages. Les temps de transport en ferry entre la Corse et le continent sont longs, alors que les temps de vol Bastia-Nice et Ajaccio-Marseille sont courts. Ces spécificités forment des **barrières naturelles pour l'accès physique aux soins**. **L'aménagement du territoire est ainsi essentiel** pour dépasser ces contraintes géographiques que sont l'insularité et les reliefs montagneux, et permettre de **désenclaver certaines zones rurales**.



Ces spécificités se traduisent par des **stratégies locales peu coordonnées** : les deux grands bassins de population distincts que sont la Haute-Corse et la Corse-du-Sud s'organisent aujourd'hui de manière **indépendante en fonction de leurs problématiques et enjeux locaux** plus que régionaux. Il y a un enjeu à structurer l'offre de soins à l'échelle de la région avec un **développement de coopération** des établissements et acteurs clés du système de santé en Corse afin d'assurer le **maillage territorial** et la **permanence des soins au niveau régional**, en s'appuyant sur des initiatives et projets émergents.

### 2. UNE SITUATION DEMOGRAPHIQUE ET EPIDEMIOLOGIQUE FRAGILE

#### a) Un essor démographique important dû au solde migratoire

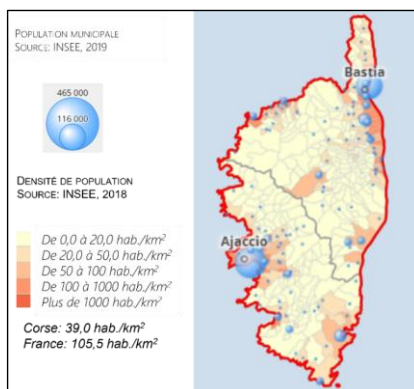
La Corse affichait au 1<sup>er</sup> janvier 2023 une population de **351 255 habitants**<sup>2</sup>. Avec une démographie majoritairement concentrée autour des littoraux et des grandes villes que sont Ajaccio et Bastia, la **population est très inégalement répartie** sur la Corse qui affiche une densité de 39,2 habitants par km<sup>2</sup>. Les dix communes les plus peuplées rassemblent 52% de la population Corse dont 36% à Bastia et Ajaccio<sup>3</sup>. Le reste du territoire est marqué par une **forte ruralité**.

<sup>1</sup> Google Maps, 2023

<sup>2</sup> INSEE, 2023

<sup>3</sup> INSEE, 2019

Malgré tout, la région connaît un **essor démographique relativement important**. Avec une croissance annuelle moyenne de 1,1%, l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) estime que la population devrait dépasser les 380 000 habitants à l'horizon 2050, environ 36 000 habitants de plus qu'en 2022, et 70 000 de qu'en 2012. Cette évolution positive est la plus dynamique régions métropolitaines : elle est **exclusivement due au migratoire**. Effectivement, sans apport migratoire, la Corse présente une population décroissante avec un solde naturel négatif (- 0,1%) qui s'explique en partie par un **de fécondité faible** : avec 1,27 enfants par femme en Haute-Corse et 1,42 enfants par femme en Corse-du-Sud, région affiche l'indice de fécondité **le plus faible du territoire français**, la moyenne nationale étant de 1,83 enfants par femme en moyenne.



Corse  
soit  
plus  
des  
solde  
indice

la

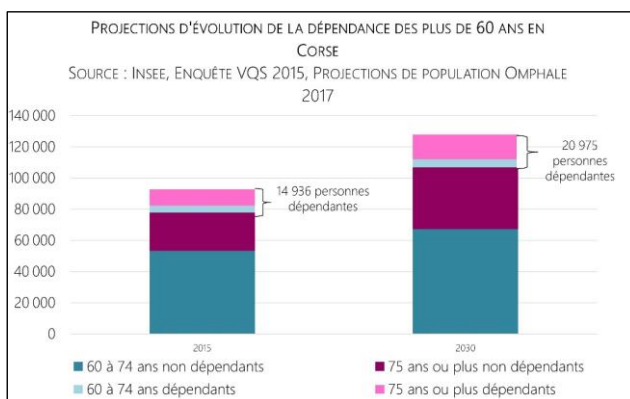
La Corse est, par ailleurs, caractérisée par une **forte activité touristique** et doit faire face au **doublage de sa population en période estivale**. Malgré une période fortement impactée par la crise du Covid-19, le tourisme est revenu à la normale sur ce territoire et continue de croître depuis 2021. En 2017, 37% des logements étaient des résidences secondaires, davantage concentrées dans le Sud de la Corse et autour de Calvi<sup>4</sup>. L'agence de tourisme de Corse estime qu'en 2021, ce territoire insulaire accueillait 372 000 touristes au pic de saison. En moyenne, la région enregistre chaque année 10 millions de nuitées en hébergements touristiques, dont près de 3 millions en août<sup>5</sup>. L'organisation de l'offre de soins en Corse doit tenir **compte de ces pics saisonniers pour coordonner la prise en charge de la population Corse et du nombre important de touristes sur l'ensemble du territoire**.

<sup>4</sup> INSEE, 2017

<sup>5</sup> Agence de tourisme de Corse, 2021

## b) Mais une population vieillissante et marquée par le poids des ALD

Le **vieillessement de la population** particulièrement prégnant en Corse et explique également ce solde naturel négatif. Avec un indice de vieillissement moyen de en 2019 qui dépasse très largement la moyenne nationale (82,5)<sup>6</sup>, ce territoire possède **la population la plus vieillissante de France**. Cet indicateur est d'autant élevé dans les zones rurales : la proportion des personnes âgées corrélée à la densité de



est

114,3

plus

est

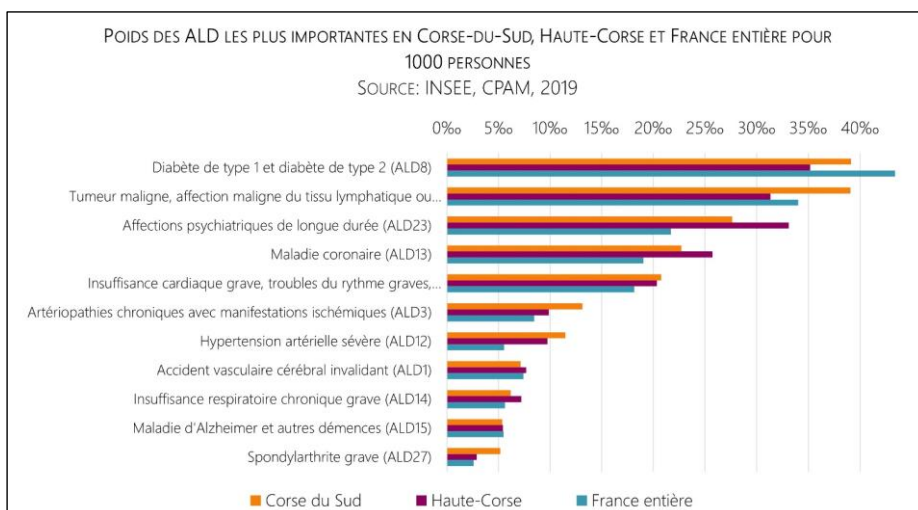
population. En 2019, **les plus de 60 ans représentaient près de 30% de la population Corse**. Ce vieillissement de la population induirait selon l'INSEE une **augmentation de 40% des personnes âgées dépendantes à l'horizon 2030**, contre 25% en France métropolitaine. Les projections établissent à 21 000 le nombre de Corses de plus de 60 ans potentiellement dépendants en 2030, dont 5 000 en situation de dépendance sévère<sup>7</sup>. **La plupart des séniors dépendants sont à domicile (88% contre 78% en France métropolitaine)**. Il apparaît donc important d'estimer et **d'anticiper l'évolution des besoins de santé liés au vieillissement de la population**. Le taux brut de mortalité (10% en 2021), quant à lui, s'inscrit globalement dans la moyenne nationale (9,8%).

Le **poids des affections de longue durée (ALD) est supérieur à la moyenne nationale** dans le cas de l'hypertension, des tumeurs malignes, des maladies coronaires, des affections psychiatriques et de l'insuffisance cardiaque grave<sup>8</sup>. Malgré une population plus âgée, le poids des ALD telles que le diabète, l'insuffisance respiratoire ou même l'Alzheimer est comparable voire inférieur à la moyenne nationale. Il est cependant important de noter que le nombre de patients atteints d'accidents vasculaires cérébraux (AVC), de maladies coronaires et d'insuffisance cardiaque est croissant alors même que le nombre de spécialistes dans ces domaines demeure constant.

<sup>6</sup> INSEE, 2019

<sup>7</sup> INSEE, Enquête VQS 2015, Projections de population Omphale 2017

<sup>8</sup> INSEE, CPAM, 2019



### c) Une précarité endémique

Avec un taux de pauvreté de 19,8% en Haute-Corse et de 16% en Corse-du-Sud contre 14,6% en France métropolitaine, la Corse est marquée par une **précarité endémique**. Le **niveau de vie figure parmi les plus faibles de France**<sup>9</sup>. Les plus de 75 ans sont particulièrement touchés par cette précarité et doivent faire face à un taux de pauvreté de 17,5%, **le plus élevé du territoire français pour cette tranche d'âge**. Des **inégalités de revenus existent entre le Nord et le Sud de la région** : la médiane du niveau de vie est de 20 150 euros en Haute-Corse, contre 21 900 euros en Corse-du-Sud. Pourtant, dans certaines zones géographiques, le taux d'activité est plus élevé que la moyenne métropolitaine, en particulier pour la Corse-du-Sud qui affichait un taux de chômage moyen de 6,5% en 2021, contre 7,3% en Haute-Corse et 7,9% en moyenne nationale<sup>10</sup>.

## 3. UNE OFFRE DE SOINS INEGALE SELON LES TERRITOIRES ET LES FILIERES

### a) Une offre de soins portée par les établissements publics, privés, privés à but non lucratif et les libéraux

L'offre de soins en Corse est organisée autour de **quatre composantes** :

- ◆ L'offre hospitalière **publique**
- ◆ L'offre hospitalière **privée** à but lucratif
- ◆ L'offre hospitalière **privée à but non lucratif** (HAD)
- ◆ L'offre **libérale**

L'offre hospitalière **publique** est portée par sept Centres Hospitaliers regroupés en **deux Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT)** et le CHS de Castelluccio :

- ◆ **Le GHT de Haute-Corse** :

<sup>9</sup> INSEE, 2019

<sup>10</sup> INSEE, 2021



- ▶ **Le Centre Hospitalier de Bastia** est l'établissement support. Son offre de soins est structurée autour :
  - De la Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO) avec 286 lits et places
  - Des Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) avec 80 lits et places
  - De la psychiatrie (PSY) avec 38 lits et places en temps complet et 25 places infanto-juvéniles en temps partiel
  - Des Unités de Soins de Longue Durée (USLD) avec 30 lits

Il est également composé d'une maternité de niveau 2 et d'un service d'urgence.

- ▶ **Le Centre Hospitalier de Calvi-Balagne** : son offre de soins est structurée autour de la médecine avec 12 lits et des USLD avec 20 lits. Il assure également un service d'urgence.

- ▶ **Le Centre Hospitalier Intercommunal de Corte-Tattone**. Son offre de soins est structurée autour :
  - De la Médecine avec 20 lits
  - Des SSR avec 20 lits
  - Des USLD avec 10 lits
  - De l'Hospitalisation à Domicile (HAD) avec 20 places.

Une équipe médicale et paramédicale assure également les soins d'urgences.

#### ♦ Le GHT de Corse-du-Sud :

- ▶ **Le Centre Hospitalier d'Ajaccio** est l'établissement support. Son offre de soins est structurée autour
  - De la MCO avec 263 lits et places
  - Des SSR avec 35 lits
  - Des USLD avec 70 lits.

Il est également composé d'une maternité de niveau 2B et d'un service d'urgence.

- ▶ **Le Centre Hospitalier de Sartène** : son offre de soins est structurée autour de la médecine avec 5 lits, des SSR avec 5 lits, des USLD avec 30 lits et de l'HAD avec 25 places.
- ▶ **Le Centre Hospitalier de Bonifacio** : son offre de soins est structurée autour de la médecine avec 8 lits, des SSR avec 18 lits et des USLD avec 30 places.

Les quatre Centres Hospitaliers de Calvi-Balagne, Sartène, Bonifacio et Corte-Tattone ont le statut **d'hôpitaux de proximité**.

- ♦ **Le Centre Hospitalier Spécialisé de Castelluccio** ne fait actuellement partie d'aucun des deux GHT mais est associé au GHT Corse-du-Sud et il est envisagé **qu'il devienne adhérent à ce GHT en 2023**. Son offre de soins est structurée autour :

- De la médecine avec 28 lits
- Des SSR avec 20 lits
- De la psychiatrie avec 151 lits et places en temps complet, 26 places en hôpital de jour et 6 en hôpital de nuit en temps partiel, et 14 places infanto-juvéniles
- De la radiothérapie et de la chimiothérapie.

Son offre de cancérologie (oncologie et radiothérapie) doit intégrer le nouveau site du CH d'Ajaccio.

L'offre hospitalière privée est portée par huit établissements :

- ♦ Quatre en **Haute-Corse** :

- ▶ **La Clinique de Toga (groupe Almaviva)** : son offre de soins est essentiellement structurée autour des SSR en particulier en oncologie avec une capacité d'accueil de 21 lits. Elle dispose également d'une unité de soins palliatifs avec une capacité d'accueil de 15 lits.
- ▶ **La Clinique Filippi (groupe Almaviva)** : spécialisée en chirurgie ophtalmologique, ORL, plastique, et maxillo-faciale, elle dispose de 10 places en hospitalisation complète et 12 en ambulatoire.
- ▶ **La Polyclinique de la Résidence Maynard (groupe Almaviva)** : son offre de soins est structurée autour du MCO avec une capacité d'accueil de 126 lits et places (en hospitalisation et en ambulatoire).
- ▶ **La Polyclinique de Furiani** : avec une capacité d'accueil de 58 lits en chirurgie et médecine et 11 places en chirurgie ambulatoire, elle est spécialisée en chirurgie urologique, viscérale, orthopédique, ORL, en endoscopie digestive et médecine générale. Elle dispense également des consultations externes et dispose d'un service d'accueil médicalisé de soins non programmés, d'un service de radiologie et d'une pharmacie.
- ▶ **La Clinique de San Ornello** : ce centre spécialisé en maladies mentales dispose de 106 lits et places en temps complet dont 6 infanto-juvéniles. Il assure les hospitalisations à la demande de tiers pour la Haute-Corse.
- ▶ **La Clinique du Cap** : avec une capacité de 48 lits et places en temps complet, cet établissement prend en charge les patients atteints de maladies mentales.

◆ Deux en **Corse-du-Sud** :

- ▶ **La Clinique de l'Ospedale (Clinique du Sud de la Corse) à Porto Vecchio** : elle dispose d'une offre en MCO avec une capacité de 48 lits et places, d'un centre d'imagerie médicale, de deux centres de dialyse, d'une maternité de niveau 1 et d'un centre de consultations.
- ▶ **Clinisud à Ajaccio** : son offre de soins est structurée autour de la MCO avec 101 lits et places.

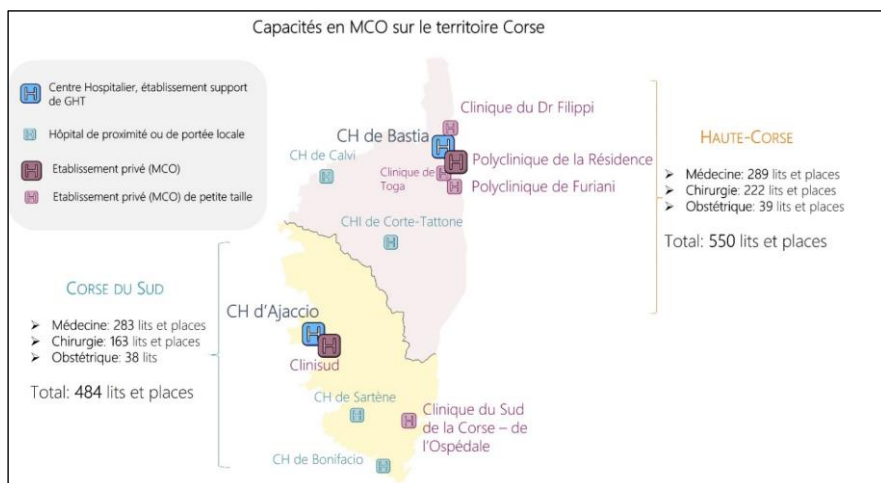
L'offre privée des **soins de suites et de réadaptation** comprend cinq établissements :

◆ Un en **Haute-Corse** :

- ▶ **Le centre La Palmola** : ce centre dispose de 80 lits en SSR.

◆ Quatre en **Corse-du-Sud** :

- ▶ **La Clinique du Finosello** : ce Centre de Rééducation Fonctionnelle et Motrice (Croix Rouge Française) dispose d'une offre de soins en SSR avec 103 lits en hospitalisation complète, 36 places en hospitalisation de jour, et 13 places en soins externes. Son activité s'articule autour de quatre spécialités : la prise en charge des affections de l'appareil locomoteur, des affections du système nerveux, des affections cardiovasculaires, et des affections liées aux conduites addictives.
- ▶ **Le CRF Molini** : ce centre dispose de 129 lits et places en SSR.
- ▶ **Le Centre Valicelli** : spécialisé dans la prise en charge des affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien, cet établissement a une capacité de 70 lits.
- ▶ **Le Centre Île de Beauté** : il dispose d'une capacité de 84 lits en SSR.



Les **structures de soins de proximité** en Haute-Corse comprennent une Communauté de Professionnels Territoriale de Santé (CPTS) permettant de couvrir 23 000 habitants. Sur l'ensemble de la Corse, neuf Centres de Santé, **treize Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP)**, **treize Equipes de Soins Primaires (ESP)** et des **Maisons médicales de garde** sont en place<sup>11</sup>.

L'offre privée à but non lucratif est portée par deux ESPIC avec l'HAD de Corse et l'HAD Ajaccio et Grand Ajaccio

#### b) Une offre de soins en MCO inégale et organisée différemment selon les zones géographiques et les spécialités

Les principales spécialités médicales et chirurgicales sont présentes sur chacun des deux grands bassins de Bastia et Ajaccio à des niveaux inégaux. Chaque territoire organise son offre de soins en MCO en fonction des **problématiques locales** : actuellement, l'organisation de la permanence des soins n'est **pas coordonnée ni pensée à l'échelle régionale** et une **fracture Haute-Corse/Corse-du-Sud** demeure. Le **partage des rôles entre public et privé** varie également sur chacun des territoires et des **offres complémentaires** se sont mises en place dans certaines disciplines.

#### *Des capacités et niveaux d'activité variables*

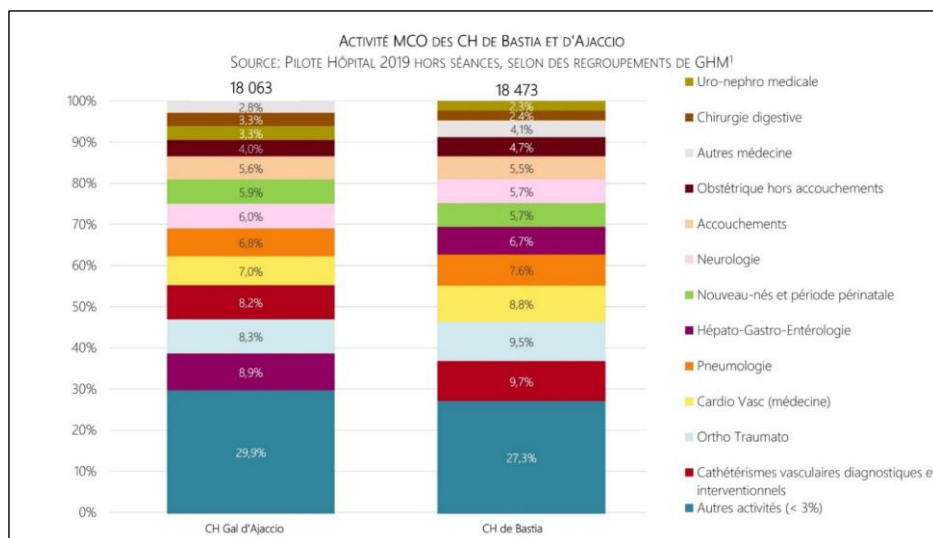
L'activité MCO est en majeure partie assurée par les CH d'Ajaccio et Bastia et la Clinique privée du Dr. Filippi, la Polyclinique de la Résidence, la Polyclinique de Furiani, et Clinisud.

La **Haute-Corse** affiche une capacité MCO totale de **550 lits et places**, dont 289 en médecine, 222 en chirurgie, et 39 en obstétrique<sup>12</sup>. La **Corse-du-Sud** présente une capacité MCO plus restreinte et comptabilise **454 lits et places au total**, dont 253 en médecine, 163 en chirurgie et 38 en obstétrique. En comparaison avec la moyenne nationale, **les capacités de la Corse en médecine sont plus limitées**.

<sup>11</sup> Atlas des CPTS, Ministère des Solidarités et de la Santé, 2022 ; Rézone, 2022

<sup>12</sup> SAE, 2020

Le CH d'Ajaccio fait face à une **baisse annuelle de 1,8%**<sup>13</sup> entre 2016 et 2019 de son activité MCO, en particulier pour la médecine hors actes invasifs. L'activité MCO du CH de Bastia, quant à elle, est **constante depuis 2016** malgré la crise sanitaire du Covid-19. En 2019, les CH d'Ajaccio et de Bastia concentraient à eux deux **plus de 18 000 séjours par an en MCO**, tandis que les autres CH en cumulent chacun moins de 3 000. Les Durées Moyennes de Séjours (DMS) en MCO pour le CH de Bastia et celui d'Ajaccio sont comparables à la moyenne nationale.



L'offre hospitalière privée en MCO est composée de deux établissements à plus de **13 000 séjours** (Clinisud et la Polyclinique de la Résidence), et trois établissements à plus de **5 000 séjours**<sup>14</sup> (Clinique Filippi, Clinique de l'Ospedale, Polyclinique de Furiani). Il convient de noter que la **chirurgie et les actes invasifs sont particulièrement pris en charge par le secteur privé** en Corse, et plus particulièrement en Haute-Corse.

Le taux de recours aux soins hospitaliers en Corse est en baisse depuis 2016. Il est inférieur à la moyenne nationale. Le **taux de recours aux soins hors-Corse en MCO est de 15% en moyenne** sur l'ensemble de la région (ce taux est très variable suivant les disciplines, voir ci-après). Le recours aux soins d'un département à l'autre est très faible. Parmi les soins hors-Corse, **74,5% sont réalisés à Marseille** (dont 50% à l'AP-HM) et **14,9% à Nice**. Près de **26 000 trajets depuis la Corse vers le continent** pris en charge par la CPAM ont été comptabilisés en 2017. Au total, le coût de ces trajets remboursés s'élevait à 30 089 202 euros<sup>15</sup> (CPAM 2A, CPAM 2B et MSA).

<sup>13</sup> Source PMSI, 2019

<sup>14</sup> Source PMSI, 2019

<sup>15</sup> CPAM et MSA, 2017

Nombre d'accords délivrés en 2017						
	Total	Adultes	% des adultes	Mineurs	% des mineurs	Coûts des transports (avion, bateau) remboursés
MSA	1815	1675	0,92	140	0,8	437 939 €
CPAM 2A	12 388	11 070	0,89	1318	0,11	29 651 263 €
CPAM 2B	11 693	10 147	0,87	1546	0,13	
<b>TOTAL</b>	<b>25 896</b>	<b>22 892</b>	0,88	3004	0,12	<b>30 089 202 €</b>

**Avertissement : L'activité de soins décrite ci-dessous décrit l'année 2019. Cette activité est fortement dépendante de la démographie des spécialistes en public comme en privé et peut, en raison des petits effectifs de praticiens avoir sensiblement varié en quatre ans. Les constats principaux n'ont cependant pas changé**

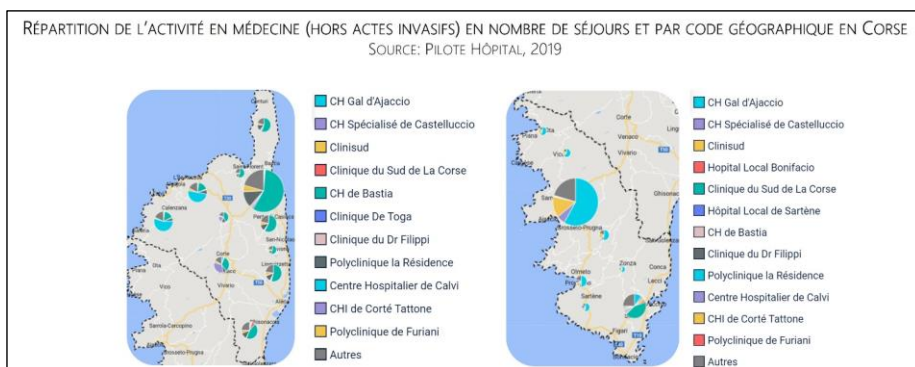
#### *En médecine, des taux de recours aux soins hétérogènes*

Les soins hospitaliers médicaux hors actes invasifs sont relativement **sous-consommés** en Corse (taux de recours de 93‰ en Corse contre 114‰ en moyenne nationale). En Haute-Corse, les CH de Bastia et Calvi concentrent la majeure partie de l'activité. Pour la Corse-du-Sud, ce sont le CH d'Ajaccio et la Clinique de l'Ospedale (clinique du Sud de la Corse). En 2019, le **taux de recours aux soins hors Corse** atteint presque les **20%**<sup>16</sup>. Ce taux de recours est **particulièrement élevé** pour la **rhumatologie**, la **neurologie**, l'**hématologie** et les **douleurs chroniques** et cela pose question au regard de la **dynamique du vieillissement de la population**.

Effectivement, le **taux de recours aux soins vers le continent** pour la **rhumatologie** était de **45%**<sup>17</sup> en 2019. En Corse, l'offre existante est essentiellement portée par les établissements publics notamment les CH de Bastia, d'Ajaccio et de Calvi-Balagne qui concentrent environ 37% de l'activité. De même, le **taux de recours aux soins endocriniens hors Corse** s'élève à **43,5%**.

<sup>16</sup> Source PMSI, 2019

<sup>17</sup> Source PMSI, 2019



Les **séances de chimiothérapie et radiothérapie** sont pour la majeure partie réalisées par le CHS de Castelluccio (45,4% en 2019), mais également par le CH de Bastia (17,3%) et la Polyclinique de la Résidence (12,9%).

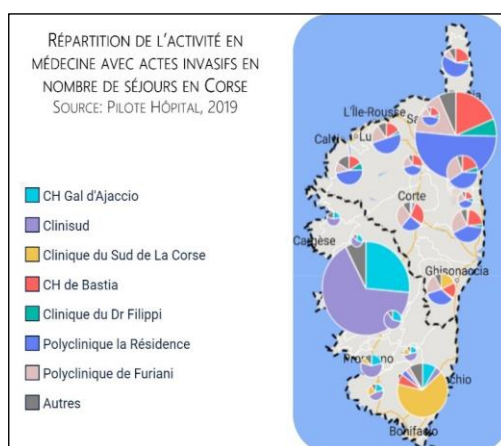
La **gastro-entérologie est majoritairement portée par le privé en particulier en Corse-du-Sud** (Clinisud, et Clinique de l'Ospedale). En Haute-Corse, la situation en 2019 était analogue avec la Polyclinique de la Résidence et de Furiani, la situation depuis lors s'est rééquilibrée au profit du CH de Bastia.

La consommation **d'actes invasifs** en Corse est légèrement **supérieure à la moyenne nationale** (taux de recours de 62‰ en Corse contre 51‰ en France). Pour ce type de soins, le **privé concentre plus de 70%<sup>18</sup>** de l'activité sur l'ensemble de la région. En Haute-Corse, la Polyclinique de la Résidence réalise 50% des actes invasifs, et la Polyclinique Furiani et le CH de Bastia détiennent respectivement 20% de l'activité. En Corse-du-Sud, Clinisud et la Clinique de l'Ospedale centralisent la majeure partie de cette activité. Environ **5% font l'objet d'un recours au continent**.

Les secteurs public et privé détiennent des activités différentes concernant la réalisation d'actes invasifs :

- Les **actes invasifs cardio-vasculaires** et les cathétérismes vasculaires diagnostics ou interventionnels sont réalisés à 70% dans le secteur public, même si l'essentiel à Ajaccio est réalisé par des praticiens libéraux, et 17% par le continent.
- En revanche, le **secteur privé réalise près de l'intégralité des actes invasifs digestifs** (notamment Clinisud, la Polyclinique de la Résidence, la Polyclinique Furiani ainsi que la Clinique de l'Ospedale), alors que le secteur public détient à peine 10% de cette activité en Corse. A titre d'exemple, les **endoscopies digestives et biliaires représentent 1/4 voire 1/3 de l'activité** de certaines cliniques.

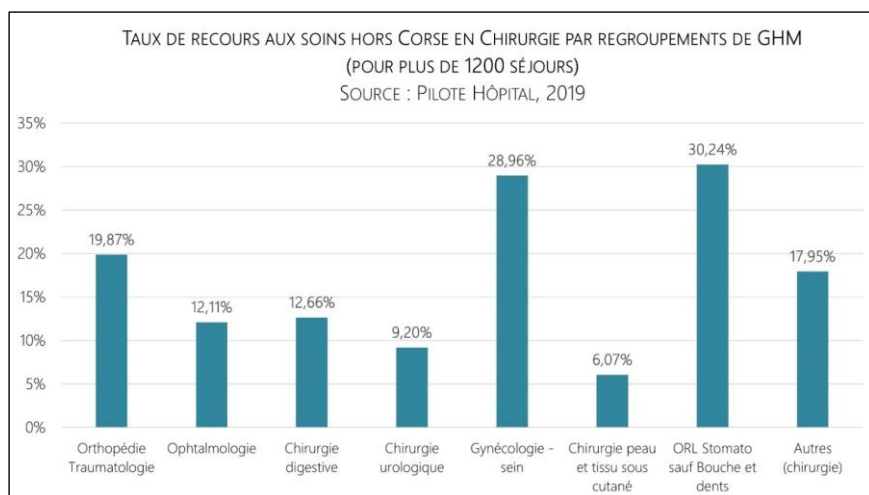
*En chirurgie, une consommation de soins fracturée selon les spécialités et le secteur public/privé*



<sup>18</sup> Source PMSI, 2019

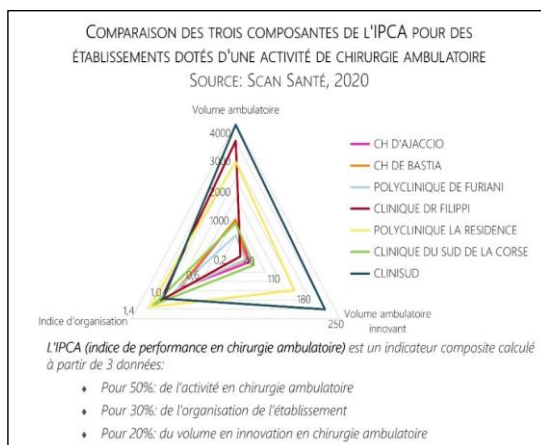
L'activité de **chirurgie** en Corse est en **majorité portée par le secteur privé**. Le taux de recours aux soins hors-Corse pour cette discipline est de 18,3%<sup>19</sup> en moyenne :

- La consommation de soins en **chirurgie digestive** varie fortement selon les zones géographiques (Nord-Sud) et les établissements. Le taux de recours aux soins hors-Corse est de 13% pour cette discipline. Le CH de Bastia concentre 20% des séjours en Haute-Corse tandis que le CH d'Ajaccio assure 35% des séjours réalisés aux alentours. Le **privé détient une part importante de l'activité, avec 70% des séjours en Haute-Corse, et 86% dans le sud de la Corse.**
- Les soins **chirurgicaux en urologie-néphrologie** sont également essentiellement réalisés par le secteur privé : le CH de Bastia concentre 4% des séjours de Haute-Corse, tandis que les **établissements privés portent 80% des séjours.** En Corse-du-Sud, le CH d'Ajaccio concentre 30% des séjours, contre 70% pour le privé. Le taux de recours aux soins hors-corse pour cette discipline s'élève à 9%.
- Le **secteur privé capitalise également 40% de la consommation de soins chirurgicaux orthopédiques et traumatologiques** sur l'ensemble de la Corse. Le recours aux soins vers le continent représente un peu moins de 30% des séjours. Les CH de Bastia et d'Ajaccio réalisent chacun 30% des séjours dans leur département respectif.
- La **chirurgie ophtalmologique** est presque exclusivement portée par **le privé avec 75%**. Les CH de Bastia et d'Ajaccio concentrent moins de 17% des séjours sur leur département respectif, tandis que le recours aux soins hors-Corse représente moins de 15% des séjours.
- La **filière obstétrique et nouveaux nés** en Corse **couvre les besoins** en soins du territoire. Trois services de maternités sont comptabilisés (CH de Bastia, CH d'Ajaccio, Clinique de l'Ospedale), et le recours aux soins hors-Corse est faible. Les CH de Bastia et d'Ajaccio assurent une majeure partie de l'activité.
- Les **taux de recours aux soins hors-Corse** sont particulièrement **élevés** pour la chirurgie **gynécologique et sénologique, ORL stomatologique, et ortho-traumatologique.**



<sup>19</sup> Source PMSI, 2019

Les **taux de chirurgie ambulatoire des Centres Hospitaliers de Bastia et Ajaccio** (respectivement 29,1% et 33,3%) sont **inférieurs à la moyenne des CH du continent** (34,5%)<sup>20</sup>. Cependant, les établissements privés tels que la Polyclinique de la Résidence et Clinisud affichent des taux comparables à la moyenne nationale des cliniques privées. Par ailleurs, le **nombre de blocs opératoires semble cohérent avec les besoins de la population Corse** et avec le nombre de séjours en chirurgie effectués sur le territoire. En Haute-Corse, la chirurgie ambulatoire représente 72% de l'activité de chirurgie, contre 50% pour la Corse-du-Sud<sup>21</sup>. En se fiant à l'**Indice de Performance en Chirurgie Ambulatoire (IPCA)**, les trois établissements les mieux classés sont des **cliniques privées** : Clinisud, la Clinique du Dr. Filippi et la Polyclinique de la Résidence<sup>22</sup>.



### Une organisation satisfaisante des services d'urgences

L'accès aux services d'urgence (SAU) en Corse est assuré par trois établissements publics (CH de Bastia, CH d'Ajaccio et CH de Calvi) et un établissement privé à Porto-Vecchio (Clinique de l'Ospedale). Les SAU sont relativement bien répartis, avec deux en Haute-Corse et deux en Corse-du-Sud. En 2020, la Haute-Corse totalisait 40 754 passages aux services des urgences, et la Corse-du-Sud en enregistrait 41 439. Il existe **deux organisations distinctes de SAMU** (une par département) et **des antennes de Service Mobile d'Urgence et Réanimation (SMUR)**, pour assurer les interventions<sup>23</sup>.

Il existe également **quatre Maisons Médicales de Garde** (au CH de Sartène, à Porto-Vecchio, Bonifacio et Sainte-Lucie-de-Porto-Vecchio). **Trois Accueils Médicaux Non Programmés** sont assurés au CH de Sartène, au CH de Bonifacio et à la Polyclinique de Furiani.

### Un accès aux plateaux techniques déséquilibré entre le secteur public et privé

En combinant l'offre publique et privée, la Corse dispose de **suffisamment de scanographes et d'IRM** pour constituer des plateaux techniques<sup>24</sup>. Avec **dix scanners** sur son territoire (quatre en Corse-du-Sud et six en Haute-Corse), la Corse est la région de France dont la densité de scanner par million d'habitants est la plus haute. La région dispose également de **six IRM**. Le CH de Bastia bénéficie également d'une caméra à scintillation et le CH d'Ajaccio en possède deux. En revanche, un **tomographe à émission de positons (TEP) manque** sur le territoire. Le CH d'Ajaccio détient neuf salles d'intervention et/ou d'exploration, tandis que le CH de Bastia en possède treize. En considérant l'activité de radiologie, il convient de souligner le **déséquilibre persistant et structurel entre le secteur public et le secteur privé** : effectivement, sur les trente ETP de radiologues exerçant en Corse, 78% relèvent du privé contre 22% du public.

<sup>20</sup> VisuChir, 2019

<sup>21</sup> SAE, 2020

<sup>22</sup> Scan Santé, 2020

<sup>23</sup> SAE, 2020

<sup>24</sup> SAE, 2020



c) Des niveaux d'activités pour l'USLD, l'HAD, les SSR et la PSY qui diffèrent entre la Haute-Corse et la Corse-du-Sud

*Les USLD structurées par le secteur public*

L'activité des USLD est exclusivement portée par le secteur public mais est inégale selon le territoire : la Haute-Corse présente une faible capacité d'accueil tandis que la Corse-du-Sud possède des capacités supérieures à la moyenne nationale<sup>25</sup>.

*De fortes disparités géographiques pour l'offre de HAD*

Un déséquilibre existe entre la Corse-du-Sud et la Haute-Corse pour l'activité HAD. Alors même que les besoins sont aussi importants dans les deux départements, la Haute-Corse a la capacité de structurer une offre de soins HAD plus renforcée<sup>26</sup>.

*Une offre de SSR concentrée dans le privé et en Corse-du-Sud*

La Corse-du-Sud assure une offre de SSR avec des capacités largement supérieures à celles de la Haute-Corse mais aussi à celles du reste de la France (une densité de lits et places de 11,07 pour 1 000 personnes de plus de 60 ans en Corse-du-Sud, contre 3,83 en Haute-Corse et 6,71 en France)<sup>27</sup>. Les SSR sont, pour la plupart, pris en charge par le secteur privé en Corse avec des Durées Moyennes de Séjours (DMS) globalement supérieures à la moyenne nationale : les établissements privés cumulent plus de 5 000 séjours hors ambulatoires en SSR, soit trois fois plus que le secteur public. Le Centre de Rééducation Fonctionnelle (CRF) du Finosello, celui de Molini et le Centre Valicelli concentrent 68% de l'activité en SSR<sup>28</sup>.

*Une approche coordonnée entre le public et le privé pour l'activité de psychiatrie*

L'offre de soins en psychiatrie est portée par quatre établissements en Corse : le CH de Bastia, le CHS de Castelluccio, la Clinique San Ornello et la Clinique du Cap. En Haute-Corse, l'activité est majoritairement supportée par le privé, tandis qu'elle est exclusivement détenue par le public en Corse-du-Sud<sup>29</sup>.

Afin d'évoluer vers une approche régionale de la prise en charge des maladies mentales et de coordonner les acteurs publics et privés, une convention constitutive ayant abouti à la formation d'une Communauté Psychiatrique de Territoire a été créée à l'initiative du CHS de Castelluccio avec le CH de Bastia et la Clinique San Ornello.

d) Une densité de professionnels de santé variable selon les spécialités et les types d'établissements

Il convient de souligner la prédominance du libéral en Corse : la proportion de médecins qui exercent en libéral (mixte ou exclusif) est plus importante en Corse (166,6 médecins pour 100 000 habitants en Corse-du-Sud et 153,2 en Haute-Corse) que sur le reste du territoire français (150,6 médecins pour 100 000 habitants). Au contraire, la densité de médecins salariés est nettement plus faible (pour 100 000 habitants, 78,5 médecins salariés en Haute-Corse et 114,8 en Corse-du-Sud sont recensés, contre 136,5 pour la France entière). Tandis que la densité des médecins généralistes est

<sup>25</sup> SAE, 2020 ; INSEE, 2020

<sup>26</sup> SAE, 2020 ; INSEE, 2020

<sup>27</sup> SAE, 2019 ; INSEE, 2020

<sup>28</sup> Source PMSI, 2019

<sup>29</sup> SAE 2020 ; INSEE, 2020

comparable à la moyenne nationale, la **densité de médecins spécialistes est largement inférieure** à celle du continent. Cette faible densité médicale est particulièrement marquée en Haute-Corse, tant pour les médecins généralistes que spécialistes.

L'offre de **chirurgiens-dentistes en exercice libéral** est **supérieure à la moyenne** nationale, tout **comme l'offre de pharmaciens**, que ce soit en officine ou à l'hôpital. L'offre de sage-femme, quant à elle, est comparable à celle de la France et semble en adéquation avec les besoins de la population Corse dans la mesure où la population féminine Corse est plus âgée et a moins d'enfants<sup>30</sup>.

Personnel...	Médical									
	Médecins Généralistes		Médecins Spécialistes		Chirurgiens-dentistes		Pharmaciens		Sage-femmes	
	Hospita-lier	Ville	Hospita-lier	Ville	L/M	Salarié	Officine	Hospita-lier	L/M	S
Corse	42,3	113,1	57,0	97,0	63,9	7,5	87,8	13,5	48,0	107,2
France Entière	30,2	120,5	86,0	101,4	55,3	10,3	81,1	10,9	52,8	107,5

Source: RPPS et Adeli, 2020, uniquement les personnels classés actifs occupés.

L: Libéral  
M: Mixte  
S: Salarié

■ Similaire à la moyenne nationale  
■ En-dessous de la moyenne nationale  
■ Au-dessus de la moyenne nationale

Pour les personnels non-médicaux, l'offre est relativement inégale selon les secteurs. Tandis que la **densité d'infirmiers hospitaliers est inférieure à la moyenne nationale**, **l'offre libérale en soins infirmiers est plus de deux fois plus importante que la moyenne française** (456,8 infirmiers pour 100 000 habitants en Corse, contre seulement 179,7 en France). Ce contraste s'explique en majeure partie par la volonté de nombreux jeunes diplômés de s'installer en libéral autour des deux principales agglomérations. La densité de **masseurs-kinésithérapeutes en libéral** est également **supérieure à la moyenne nationale**<sup>31</sup>.

<sup>30</sup> RPPS et Adeli, 2020

<sup>31</sup> RPPS et Adeli, 2020

**DENSITÉ DE PERSONNELS NON MÉDICAUX POUR 100 000 HABITANTS EN CORSE ET EN FRANCE ENTIÈRE**

Personnel...	Non médical					
	Masseurs-kinésithérapeutes		Infirmiers		MER	Orthoptistes
Mode d'exercice	L/M	S	L/M	S	S	S et L/M
Corse	164,6	22,8	456,8	579,8	40,8	7,8
France Entière	112,3	23,7	179,7	758,7	45,6	8,2

Source: RPPS et Adeli, 2020, uniquement les personnels classés actifs occupés.

L: Libéral  
M: Mixte  
S: Salarié

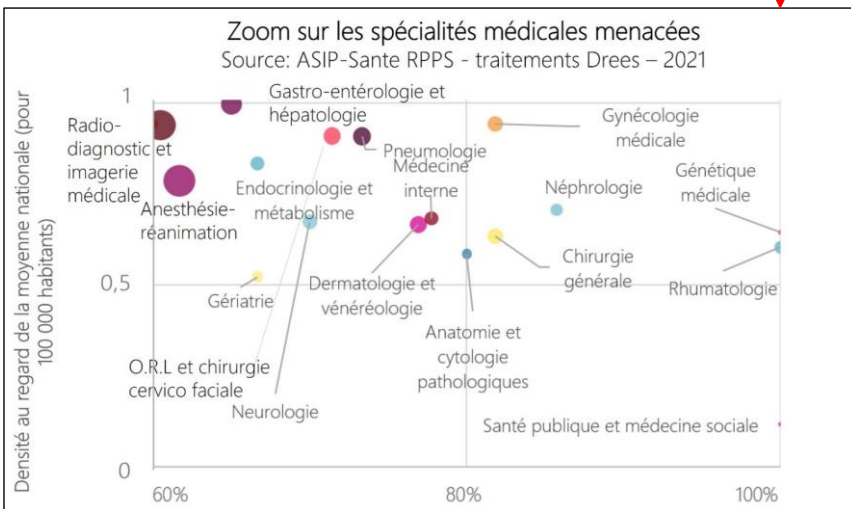
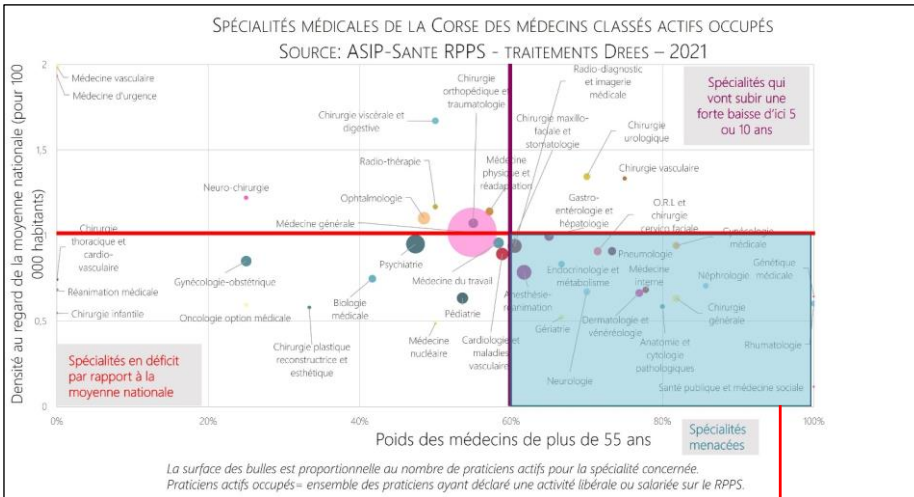
■ Similaire à la moyenne nationale  
■ En-dessous de la moyenne nationale  
■ Au-dessus de la moyenne nationale

#### e) Des spécialités menacées

L'âge moyen des médecins est plus élevé que la moyenne nationale, avec 51 ans en Corse-du-Sud, 53 ans en Haute-Corse, et seulement 49 ans en France. **40% des médecins en activité en Corse ont plus de 60 ans.**

**Certaines spécialités sont menacées dans les années à venir.** C'est le cas de la **rhumatologie** : 100% des rhumatologues ont plus de 55 ans et la densité de rhumatologues en Corse pour 100 000 habitants est presque 50% en dessous de la moyenne nationale, alors même que 45% des soins de rhumatologie en 2019 donnaient lieu à un déplacement sur le continent. Pour la **gynécologie médicale**, plus de 80% des praticiens ont plus de 55 ans, ce qui fait courir un risque d'accès aux soins dans les prochaines années pour les femmes Corses. De la même manière, **l'endocrinologie** et la **gériatrie** ont un pourcentage de praticiens de plus de 55 ans (65%) qui fait craindre une **pénurie importante**, eût égard au vieillissement attendu de la population résidente en Corse<sup>32</sup>.

<sup>32</sup> ASIP - Santé RPPS ; DREES, 2021



## CHAPITRE 2 : RENFORCER L'OFFRE DE SOINS SUR LE TERRITOIRE ET STRUCTURER LES ACTIVITES DE RECOURS POUR OBTENIR UN CHR

### 1. LES EVOLUTIONS SOUHAITABLES DES FILIERES DANS LA PERSPECTIVE DU CHRU

#### a) La chirurgie

L'activité en chirurgie en Corse est très dépendante de la démographie médicale de chaque spécialité. Ainsi, dans l'éventualité d'un CHRU, il est difficile à ce jour de se prononcer sur le devenir et l'organisation de chacune des filières de chirurgie spécifiques. En effet, le départ ou le changement de secteur d'un praticien du territoire peut entraîner la chute voire la fin d'une activité.

Pour certaines filières, les **coopérations public/privé sont d'ores-et-déjà effectives** avec des chirurgiens du public qui opèrent dans le privé afin de réduire les délais d'attente. A titre d'exemple, des conventions existent entre le CH de Bastia et la Clinique de Furiani pour la **chirurgie orthopédique, la chirurgie urologique et la chirurgie viscérale**. Une collaboration était aussi présente entre le CH de Bastia et la Polyclinique de Maymard pour la chirurgie gynécologique.

Cependant, de manière générale, quelques principes directeurs pouvant s'appliquer à l'ensemble des spécialités ont émergé dans la perspective d'une organisation visant à assurer la plus grande couverture chirurgicale sur les trois principaux bassins de chirurgie : Ajaccio, Bastia et le sud de la Corse.

1. Les **dossiers d'autorisations d'activités de soins de chirurgie doivent se faire de manière concertée** entre les établissements proposant ladite activité, qu'ils soient publics ou privés. Cela permettra de sécuriser les seuils et de maintenir l'activité en Corse avec un niveau de pratique conforme aux exigences de la HAS ou de l'Inca. Ce dispositif conduirait de manière dérogatoire à avoir des autorisations partagées entre plusieurs établissements pour une chirurgie.
2. Les **dossiers patients doivent être accessibles** entre les établissements publics et privés afin de faciliter la coordination des parcours de soins de patients pouvant, à titre d'exemple, être opérés dans un établissement privé et transférés ensuite en réanimation à l'hôpital. Cette exigence ne signifie pas dossier patient unique mais la possibilité pour un praticien d'un établissement d'accéder au dossier du même patient dans un autre établissement sous la condition de respecter des règles de déontologie et de protection des données personnelles. Il est indispensable en complément que se mette en place un dispositif d'**identité unique** des patients dont les correspondances sont partagées entre l'ensemble des établissements.
3. **L'organisation de la permanence des soins sur un sous territoire doit être pilotée par** l'établissement public ou privé qui porte la responsabilité principale d'une activité sur ce sous territoire. Cela ne veut pas dire qu'un seul établissement doit l'assurer à lui tout seul, mais qu'il a la charge de l'organiser sur le sous territoire. Par exemple aujourd'hui au moment où l'activité d'endoscopie est portée sur le territoire d'Ajaccio presque qu'exclusivement par des praticiens libéraux, il leur revient de mettre en place avec les opérateurs publics et privés une organisation pérenne de la permanence des soins. Les rémunérations pour les acteurs du privé associées à la permanence des soins doivent être revues selon des règles innovantes.
4. **Accès aux plateaux techniques spécialisés ouverts à tous les praticiens quel que soit leur statut public ou libéral.** Chaque fois qu'un plateau technique spécialisé est nécessaire pour un exercice sécurisé l'accès à ce plateau doit être ouvert aux praticiens de cette spécialité quel que soit leur statut privé ou public suivant des modalités en cohérence avec les règles propres à chaque site. Par exemple il est considéré que la chirurgie digestive lourde requiert la proximité d'une réanimation. Cette ressource est aujourd'hui localisée à l'hôpital public. Cela

signifierait une ouverture organisée de l'accès à cette ressource suivant des règles à construire en régime de chirurgie planifiée ou d'urgence.

Dans l'éventualité d'un CHRU, les acteurs de la chirurgie ont proposé la création d'une **instance** rassemblant des acteurs publics et privés en chirurgie afin de définir, au niveau régional, les règles de coopération d'ordre public et de valider les schémas proposés par les spécialités de permanence de soins entre les différents établissements.

**Piste de travail n°1** Sécuriser les seuils d'activité de chirurgie et permettre son maintien en Corse en autorisant les établissements publics et privés à déposer des dossiers de demandes d'autorisation d'activité de chirurgie de manière concertée et partagée.

## b) Les pathologies chroniques

### *Le contexte actuel*

En Corse est caractérisé par une **population âgée vivant principalement à domicile**. En 2019, les plus de 60 ans représentaient près de 30% de la population Corse et à l'horizon 2030, le vieillissement de la population induirait une augmentation de 40% des personnes âgées dépendantes, contre 25% en France métropolitaine. Le poids des affections de longue durée (ALD) est supérieur à la moyenne nationale dans le cas de l'hypertension, des tumeurs malignes, des maladies coronaires, des affections psychiatriques et de l'insuffisance cardiaque grave. Il apparaît donc important d'estimer et d'anticiper l'évolution des besoins de santé liés au vieillissement de la population et ainsi à l'augmentation du nombre de patients atteints de pathologies chroniques.

Les principales pathologies chroniques présentes sur le territoire sont **les maladies cardiovasculaires, le cancer, les maladies neurodégénératives, les affections psychiatriques, les maladies rhumatismales, l'insuffisance rénale, les pathologies sensorielles (ORL, ophtalmologie) et les maladies endocriniennes**.

### *Les initiatives, projet et structures existantes pour la prise en charge des pathologies chroniques*

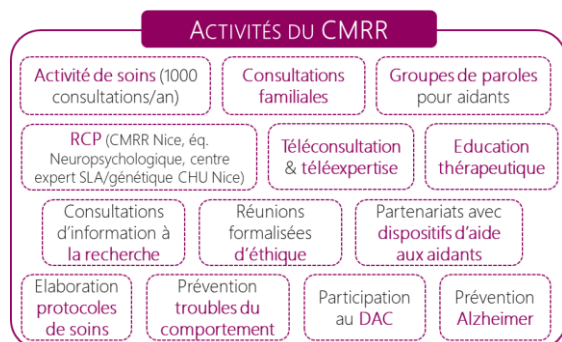
Malgré un contexte de démographie médicale tendu et un manque important de personnel référent et d'équipements, un **nombre important de structures et de projets existent** en Corse afin d'assurer un maillage territorial satisfaisant et la gradation des soins pour la prise en charge des pathologies chroniques. Un réel effort de coordination ville-hôpital est produit afin de renforcer les actions de prévention, de développer l'éducation thérapeutique, d'offrir une meilleure visibilité à l'échelle régionale des dispositifs en place pour la prise en charge des pathologies chroniques et d'accroître la lisibilité des parcours de soins.

#### ◆ Le Centre Mémoire Ressources et Recherche (CMRR)<sup>33</sup>

Le CMRR est coordonné par un praticien hospitalier en psychiatrie et gériatrie du CH de Bastia. Il n'est rattaché à aucun établissement public scientifique et technique, mais passe convention avec le CMRR de Nice. Deux consultations mémoire de territoire sont liées fonctionnellement au CMRR (une à Ajaccio et une à Bastia). Trois consultations mémoire de proximité sont en cours de développement aux CH de Bonifacio, de Corte-Tattone et de Calvi-Balagne. Avec une activité régionale, il permet d'assurer la **gradation des soins** et participe au **maillage territorial**. En 2022, sa file active est de 662 patients (611 en Haute-Corse, 48 en Corse-du-Sud, et 3 dans d'autres territoires) dont 467 nouveaux patients. Dans la même année, presque 1200 consultations médicales et 508 consultations de recours ont

<sup>33</sup> Rapport d'activité en Annexe 1 du document

été réalisées. Le CMRR dispose d'un réseau important de médecins adresseurs composés de 187 médecins généralistes, 6 neurologues libéraux, 97 médecins de spécialité.



#### ◆ L'Article 51 EVA Corse

Cet article 51 porté par le CH de Bastia est un **programme de réadaptation cardiaque** au plus près des patients en s'appuyant sur les SSR et les équipes de soins primaires en mobilisant un mode de financement forfaitaire intégrant une prime d'efficacité et de qualité. Actuellement, 182 patients font partie du programme dont 60 ayant totalement terminé la prise en charge.

#### ◆ L'Article 51 Cica Corse

Cet article 51 porté par l'URPS infirmiers libéraux de Corse est un réseau régional « ville-hôpital » d'expertise dans la prise en charge globale et coordonnée des patients en Corse souffrant de **plaies chroniques et complexes** par le biais de la **télé-médecine**. Cica Corse facilite l'orientation, le diagnostic et le traitement des patients dans leur lieu de vie. Actuellement ce dispositif permet le suivi et l'expertise de 9 patients.

#### ◆ Article 51 Oncolink

Cet article 51 propose une innovation organisationnelle et financière permettant le **suivi, à distance, des patients sous thérapies orales**, par des équipes hospitalières ainsi que par des professionnels de ville (pharmaciens d'officine essentiellement). 84 patients font actuellement partie du dispositif.

#### ◆ Article 51 ICOPE

Cet article 51 vise à mener une **démarche de prévention** structurée du déficit fonctionnel lié à l'âge, selon la démarche « ICOPE » de l'Organisation Mondiale de la Santé en outillant les acteurs de soins primaires. 170 patients sont inclus en étape 1.

#### ◆ Article 51 READ'HY

Cet article 51 propose la mise en place d'un programme de **réadaptation cardiaque** de 10 semaines avec un suivi à distance et une évaluation hebdomadaire en présentiel. 8 patients ont été inclus.

#### ◆ Réorientation Urgences

L'objectif de cette expérimentation est d'infléchir la progression annuelle du nombre de passages aux urgences avec la mise en place dans une trentaine de services d'urgence en France **d'un forfait de réorientation des patients à partir des urgences hospitalières vers la médecine de ville**. Le forfait incite les établissements à rechercher une plus grande adéquation dans la fréquentation de leurs services d'urgence. La réorientation peut s'opérer vers toute structure de

médecine de ville (maison médicale de garde, cabinet de groupe, maison de santé, cabinet...). La réorientation n'est pas obligatoire, le patient peut toujours la refuser. Au CH de Bastia, entre 50 et 70 réorientations vers le cabinet de l'Agliani ont lieu par mois.

#### ◆ Le Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC)<sup>34</sup>

Le DAC est un dispositif national décliné en régions. Il permet de prendre en charge les **personnes âgées ou personnes en situation complexe** (personnes en perte d'autonomie, dépendantes, polyopathologiques...). Son activité s'organise autour de trois principales missions :

- Une mission d'**information** et d'orientation
- Une mission de **coordination** des parcours complexes associée à une mission de proposition d'hébergement temporaire
- Une mission d'**animation** du territoire notamment avec un pôle formation

#### ◆ Le dispositif CorsicaDerm<sup>35</sup>

Ce dispositif financé par le Fonds d'Intervention Régional (FIR) a été développé pour pallier la carence majeure en dermatologues et le nombre important de départs à la retraite en Corse. Un besoin de prise en charge a été identifié en particulier pour les personnes âgées qui ne peuvent pas se déplacer pour bénéficier d'une consultation en dermatologie. L'initiative a donc été impulsée en partenariat avec Omnidoc pour développer une **solution de téléexpertise dermatologique** qui s'appuie également sur un **réseau de dermatologues**. Le dispositif a d'abord été créé par la constitution d'un réseau de dermatologues, puis étendu aux médecins généralistes pour qu'ils puissent s'adresser au réseau via l'outil. Un an après le début de l'expérimentation, on recense **156 adhérents au réseau** dont 10 dermatologues, 126 médecins généralistes, 13 spécialistes, 4 internes, et 3 IDE. Les premiers bilans de l'évaluation de ce dispositif ont permis de démontrer son **efficacité** :

- On compte 96 requérants ayant au moins fait une demande
- 940 patients ont été pris en charge depuis le début, ce qui représente environ 1000 consultations
- Le délai de réponse aux demandes est de 29 heures en moyenne contre 6 mois pour l'obtention d'un rendez-vous sans passer par ce dispositif
- Moins de 3% des demandes sont sans réponses au bout du septième jour après la demande

#### ◆ L'Unité Cognitive-Comportementale (UCC) du SSR La Palmola

A la différence du CMRR qui exerce davantage une activité de diagnostic de pathologies débutantes, l'UCC du SSR La Palmola, en Haute-Corse, permet de prendre en charge des patients souffrant de **troubles neurocognitifs et de troubles du comportement modérément sévères, sévères, voire très sévères**. Cette unité propose un temps d'hospitalisation allant d'un mois à un mois et demi entre deux lieux de vie (par exemple, entre un EHPAD et le domicile). Les escalades thérapeutiques pour traiter ce type de pathologie pouvant avoir des effets médicamenteux paradoxaux chez les patients et par conséquent, être épuisantes pour les aidants, l'objectif de ce dispositif est de proposer une approche **principalement non médicamenteuse**. Ainsi, une des principales missions de l'UCC est la **désescalade thérapeutique** pour tenter de comprendre ce qui déclenche les troubles du comportement chez le patient. Pour intégrer l'UCC, le patient doit avoir une indépendance fonctionnelle locomotrice.

L'équipe intervenante dans le cadre de l'UCC est composée comme suit :

- Un gérontopsychologue qui évalue les différents scores des patients

<sup>34</sup> Bilan du Dispositif d'appui à la coordination en Annexe 2 du document

<sup>35</sup> Bilan du réseau CorsicaDerm en Annexe 3 du document



- Une aide-soignante ou AMP
- Une diététicienne
- Une assistante sociale
- Des kinésithérapeutes
- Des médecins cliniciens
- Des gériatres
- Des animateurs/animatrices qui proposent un certain nombre d'activités et d'ateliers autour de la musique, de la mémoire émotionnelle, du sensoriel pour stimuler les patients

Initialement, l'UCC disposait de **6 lits** en Corse pour **2500 patients concernés par ces pathologies neurodégénératives** sur le territoire. Récemment, une **autorisation pour passer à 12 lits** permet au dispositif de s'étendre. Plusieurs **projets** sont également en cours :

- Poursuivre l'**extension** de l'UCC
- Développer le **volet préventif**
- Ouvrir un **hôpital de jour**

◆ **Le dispositif de téléexpertise pour la diabétologie-endocrinologie**

Sur le modèle de CorsicaDerm, ce dispositif a été mis en place pour **répondre au manque de spécialistes en diabétologie-endocrinologie-nutrition** en Corse. L'objectif est de **mettre à disposition l'expertise du centre Valicelli** à l'ensemble de la Corse. Ce dispositif permet la réalisation d'un bilan du patient à distance, d'un suivi à distance et d'apporter des indications d'activités physiques. Depuis juin 2022, 175 demandes de téléexpertise ont été faites. Le délai moyen de réponse aux demandes est de 72 heures et environ 33 requérants distincts sont répartis sur tout le territoire. Des actions de communication ont été menées auprès des établissements de santé pour qu'ils aient recours à cette expertise. Actuellement, les médecins libéraux sont les principaux acteurs prenant part à l'expérimentation.

Le centre Valicelli dispose d'un partenariat avec la Maison Sport Santé de la Corse-du-Sud pour que les bilans d'activité physique soient réalisés par les éducateurs formés et que le programme du patient au centre se déroule de la manière la plus efficace possible. Ces deux établissements travaillent sur un logiciel commun de traçabilité de l'activité physique. Un projet d'extension du dispositif à la Haute-Corse est en cours.

*Les enjeux de la prise en charge des pathologies chroniques dans la perspective d'un CHRU*

La perspective d'un CHRU en Corse permettrait d'améliorer l'attractivité et favoriser l'installation de nouveaux praticiens sur le territoire. Dans cette optique, les filières de prise en charge des pathologies chroniques pourraient ainsi être renforcées et coordonnées entre les différents acteurs des établissements privés comme publics, de Haute-Corse et de Corse-du-Sud et d'établissements comme de ville.

L'universitarisation des filières de prise en charge des pathologies chroniques se fera progressivement. Ainsi, afin d'identifier et de prioriser les pathologies chroniques nécessitant le développement d'une filière hospitalo-universitaire, les critères suivants déterminés en groupe de travail avec les acteurs publics et privés du territoire seront à prendre en compte :

- La prévalence
- Les initiatives et projets en cours en lien avec ces pathologies chroniques (Omnidoc, DAC, EVA Corse...)
- Les besoins par rapport au territoire (RH, équipements...) et points de rupture identifiés compte tenu du vieillissement de la population, des territoires ruraux, de la saisonnalité...
- Le caractère critique et urgent de certaines pathologies chroniques

- Les fuites et leurs causes

Dans la perspective du CHRU, il est essentiel que soient améliorées la coordination entre les structures de prise en charge des pathologies chroniques présentées ci-dessus et l'articulation entre le secteur libéral et le secteur hospitalier.

Les acteurs de santé corses ont retenu trois filières de pathologies chroniques à développer en priorité dans le cadre de la création du CHRU de Corse : les **maladies neurodégénératives** (Parkinson, Alzheimer, Sclérose en Plaques...), **l'insuffisance cardiaque**, et **la diabéto-endocrinologie**. Pour chacune d'entre elle, une **feuille de route** pour leur développement a été élaborée et se trouve en annexe 4 du document. Les filières ORL, pneumologie, rhumatologie, gastro-entérologie et gériatrie ont également été évoquées sans production à date de feuille de route pour leur développement.

**Piste de travail n°2** S'appuyer sur la dynamique et les résultats des initiatives locales public/privé pour renforcer les filières de prise en charge des pathologies chroniques particulièrement invalidantes pour les personnes âgées à domicile du territoire.

### c) Les hyper-spécialités

#### *Le contexte actuel*

L'hyper-spécialité fait référence à une **compétence particulière ou de pointe** au sein d'une spécialité médicale qui apporte un service à la population non-rendu par les autres confrères de la spécialité médicale. L'hyper-spécialité a la charge du **maillage territorial, de l'animation de la filière au niveau régional** afin de mettre cette compétence au service de la Corse. Les hyper-spécialités doivent ainsi être mobiles et mobilisables pour permettre aux établissements ne bénéficiant pas de cette compétence, d'y avoir recours.

Des filières d'hyper-spécialités se sont développées en région Corse permettant ainsi de compléter l'offre régionale en renforçant les compétences.

- ◆ **Le centre de Procréation Médicalement Assistée (PMA)**

Cette activité qui sera opérationnelle au CH de Bastia en 2025 est portée par un **partenariat public-privé** et s'intègre dans une filière graduée avec une dimension de préservation de la fertilité. Elle fédère l'ensemble des acteurs de la spécialité conformément aux objectifs du Projet Régional de Santé. Cette organisation permet de mettre en lumière une prise en charge hybride : **proximité et centre d'expertise et l'économie des déplacements** pour les patients et leur famille.

- ◆ **Le Centre de Ressources et Compétence Sclérose en Plaque (CRC SEP)**

Ce centre expert a été mis en place au CH d'Ajaccio et labellisé en juillet 2022 afin de permettre les prises en charge en hospitalisation de jour en lien avec l'équipe de neurologues du CH de Bastia. Des **consultations avancées** sont réalisées au CH de Bastia pour des patients orientés par les neurologues du CH de Bastia afin d'éviter le sur-recours à l'expertise. Le CRC SEP assure également des actions de **formation des professionnels** de santé, des séances **d'éducation thérapeutique** (ETP) du patient et une activité **de recherche** en lien avec le CRC SEP de l'APHM. Il anime le réseau de professionnels impliqués dans la prise en charge du patient et est en lien avec les patients par l'intermédiaire d'associations d'usagers.

- ◆ **Le Centre Mémoire Ressources et Recherche**

Il s'agit d'un centre expert (décrit au chapitre 2.1.a de ce document) au CH de Bastia qui s'appuie sur deux **consultations mémoires territorialisées** (CH d'Ajaccio et CH de Bastia). Il permet des bilans au sein des plateaux techniques spécialisés, des antennes relais dans les hôpitaux de proximité permettant le repérage et la prise en charge de cas simples sont en cours de déploiement. Le CM2R a une mission **d'expertise de cas complexes, d'animation de RCP, de formations des professionnels de santé et de recherche**.

◆ **L'activité de neuroradiologie interventionnelle**

Elle est implantée au CH de Bastia et permet une prise en charge de la **thrombectomie dans des délais compatibles avec la technique** (<6h) et des actes de **neurologie interventionnelle** pour le traitement des affections hors AVC. Cette activité de **recours régional** se déploie en lien avec l'unité neurovasculaire du CH d'Ajaccio et les SAU s'appuyant sur des protocoles de prises en charge. Le centre expert assure la **formation** des acteurs impliqués dans la prise en charge. Le volet recherche devrait être intégré après consolidation des organisations sur la filière neurovasculaire. Cette activité est partagée avec **des ressources extrarégionales** de neuroradiologues interventionnels et de neurologues pour consolider de déploiement de l'unité neuro-vasculaire. L'implantation au CH de Bastia élargit le panel des compétences par la présence au sein de la structure de l'activité de neurochirurgie à vocation régionale et de la neuroradiologie interventionnelle à compter du 2 octobre 2023.

◆ **L'activité de médecine interne au sein du CH d'Ajaccio avec une expertise pour les maladies auto-immunes et systémiques rares**

La reconnaissance d'un centre de compétences maladies rares permettra de renforcer le rôle de centre expert et contribuera à fluidifier le parcours de soins.

◆ **La filière endométriose**

Elle est en cours de constitution avec un niveau 2 dans chaque département de Corse. Un niveau expert 3 qui portera également le dispositif expert régional se met en place au CH de Bastia en coopération avec les PUPH de Tenon afin d'assurer les missions d'animation du réseau (protocolisation, formation des professionnels de santé, lisibilité de la filière...).

### **Les enjeux et les ambitions des hyper-spécialités dans la perspective du CHRU**

Dans la perspective du CHRU et compte-tenu des contraintes géographiques de l'île Corse et de la barrière montagneuse séparant Ajaccio et Bastia il s'agira d'organiser les filières de soins dites « **socles** » sur les **deux territoires** et de ne développer **les hyper-spécialités que dans les centres experts** en leur donnant une **dimension régionale**.

En effet, l'organisation des hyper-spécialités a pour dénominateur commun l'idée de s'inscrire dans une gradation des prises en charge ayant pour principe de définir les prises en charge réalisables par l'équipe de proximité et de limiter ainsi le niveau de recours à l'hyper-spécialité. Cette organisation nécessite de protocoliser les prises en charge et d'assurer la coordination des différents niveaux :

- 1<sup>er</sup> niveau correspondant au **premier recours** : l'exercice coordonné sera un levier pour ces organisations
- 2<sup>ème</sup> niveau de recours soit la **spécialité** avec le plateau technique spécialisé
- 3<sup>ème</sup> niveau relevant du centre de référence : activité **d'hyper-spécialité**. Elle a l'avantage pour le patient de limiter ses déplacements et la durée de ces derniers dans le centre recours en s'appuyant sur le virage ambulatoire au sein des unités de prise en charge (HDJ – UCA -RAAC).

L'organisation de ces filières d'hyper-spécialités devra reposer sur des équipes régionales et nécessitera une harmonisation des pratiques et des échanges qui peuvent se construire autour des **consultations avancées** du centre expert et sur le recours à la **téléexpertise**. Le système d'information devra garantir une continuité dans la prise en

charge par le partage des informations médicales, il devra intégrer les professionnels de ville pour un continuum ville-hôpital indispensable à la qualité et à la sécurité des prises en charge.

Par ailleurs, la **formation des acteurs** sera la garantie d'une filière performante permettant un repérage précoce, une prise en charge adaptée, un suivi au plus proche des environnements de vie et une gestion des complications ou des poussées évolutives des pathologies sans perte de chance pour le patient. Ainsi devra se constituer le réseau de professionnels nécessaire à la prise en charge avec un développement des compétences et une externalisation des expertises hors les murs du centre spécialisé. La **lisibilité de ce réseau** devra être assurée par un accès facilité à l'expertise par des infirmiers ou sage-femmes de coordination des parcours ou une hotline dédiée.

**L'éducation du patient** et de son entourage sur la pathologie ainsi que le lien avec les associations d'usagers sont un prérequis pour renforcer la performance de ces organisations de filières hyper-spécialisées par une meilleure connaissance des besoins des patients et de leurs aidants.

L'objectif ainsi du développement des hyper-spécialités est de permettre une prise en charge de proximité limitant les déplacements trop fréquents du patient et donc permettre un juste recours à la structure hyper-spécialisée évitant de l'emboliser par le primat des prises en charge pouvant être réalisées hors centre. L'organisation du maillage territorial est primordiale et se fait par le biais de consultations avancées de l'hyper-spécialiste sur l'établissement dépourvu de cette expertise et par le biais de la e-santé.

Les acteurs de santé corses ont retenu trois filières hyper-spécialisées à développer en priorité : **les hyper-spécialités en lien avec l'innovation technologique, les activités de mission d'intérêt général, l'épileptologie et le traitement de Parkinson**. En annexe 5 et 6 de ce document, les perspectives de développement pour certaines de ces filières sont explicitées.

**Piste de travail n°3** Organiser les filières de soins dites « socles » public/privé sur les deux territoires de Bastia et Ajaccio et ne développer les hyper-spécialités que dans les centres experts. Charger les porteurs de l'hyper-spécialité du maillage territorial et de l'animation de la filière au niveau régional afin de mettre cette compétence au service de la Corse.

#### d) Les soins critiques

##### *Le contexte actuel*

L'activité de soins critiques incluant les unités de réanimation, les unités de surveillance continue (USC) et les soins intensifs **se concentre au niveau des centres hospitaliers de Bastia, d'Ajaccio** et, à la marge, à la Clinique d'Ajaccio, Clinisud. Les établissements publics d'Ajaccio et Bastia sont pourvus d'une unité de soins intensifs cardiologique (USIC) et le CH d'Ajaccio dispose également d'une unité de soins intensifs neurovasculaires. Seuls ces établissements possèdent des services de réanimation, de ce fait une coopération public/privé s'est développée. En octobre 2023, le CH de Bastia ouvrira 4 lits d'USINV.

La filière des soins critiques étant uniquement une **offre de support** aux autres filières, les **patients nécessitant également une expertise** pédiatrique, dermatologique (brûlés) ou chirurgicale experte (chirurgie cardiaque essentiellement) sont **envoyés vers le continent** pour être pris en charge.

Une entente entre praticiens publics existe dans les CH de Bastia et d'Ajaccio ce qui leur permet une **gestion conjointe et flexible du remplissage de leurs lits** pour équilibrer leurs saturations et leurs disponibilités.

### *Les enjeux et les ambitions de la filière soins critiques dans la perspective du CHRU*

Plusieurs enjeux existent pour améliorer et pérenniser le bon fonctionnement des soins critiques au sein de la Corse, et renforcer l'attractivité de la filière permettant le recrutement de praticiens.

#### ◆ *L'impact de la réforme des soins critiques (décret n°2022-694)*

D'ici la fin de l'année 2023, une réforme des soins critiques entre en vigueur. Ce décret vise la réorganisation de la filière par la suppression des unités de surveillance continue et la mise en place d'une nouvelle division des soins intensifs (SI) : SI polyvalents contigus, SI polyvalents Dérogatoires et SI d'Organes (actuellement USIC, USINV, etc.). Les établissements privés, qui ne disposent pas aujourd'hui de service de réanimation sur site, seront catégorisés comme SI polyvalents dérogatoires.

#### ◆ *La mise en place d'une collaboration pérenne entre les établissements*

Dans l'optique du CHRU, une coordination concertée de l'activité de chirurgie lourde nécessitant des places en unités de réanimation est essentielle. Il s'agira ainsi d'organiser des rencontres entre les équipes des différents établissements pour améliorer leur connaissance mutuelle de leurs activités et mettre en place des **réunions de concertation pluridisciplinaires** (RCP). Les RCP seraient similaires à celles existantes en oncologie, elles pourraient faire réfléchir conjointement les chirurgiens libéraux, leurs anesthésistes et les services de réanimations sur des cas complexes pour fluidifier la prise en charge.

**Piste de travail n° 4** Renforcer les liens entre les équipes de chirurgiens, d'anesthésistes et des services de réanimation des différents établissements en organisant des réunions de concertation pluridisciplinaires pour fluidifier la prise en charge autour des cas complexes de chirurgie.

### e) *La cardiologie*

#### *Le contexte actuel*

La Corse compte une vingtaine de cardiologues exerçant **entre Ajaccio et Bastia**. Cependant, la proportion de cardiologues exerçant uniquement dans le public diffère : environ 20% des cardiologues d'Ajaccio exercent au CH en tant que praticiens salariés alors que l'équipe du CH de Bastia regroupe environ la moitié des praticiens de Bastia.

L'organisation de la permanence des soins fonctionne de manière fluide, elle est assurée par les **cardiologues publics comme privés** à Bastia et Ajaccio. A Bastia, la participation à la permanence des soins par les cardiologues libéraux est faite sous forme de volontariat. A Ajaccio, en contrepartie de la participation à la permanence des soins, les cardiologues privés peuvent utiliser les plateaux médico-techniques du Centre Hospitalier.

Les services de cardiologie des deux hôpitaux et leurs SSR respectifs assurent la prévention cardiologique et cardiovasculaire, la pose de stimulateur monosite (pacemaker), l'utilisation des ECMO dans le cas d'arrêts cardiaques réfractaires ou chocs cardiogéniques et une activité de coronarographie.

Seul le **CH de Bastia possède une autorisation de rythmologie de mention B** recours pour toute la région ce qui l'autorise à poser des défibrillateurs et réaliser des resynchronisations de stimulateurs multisites. Le CH d'Ajaccio a recours au CH de Bastia ou à Marseille pour l'implantation de défibrillateur, de pacemaker multisite et des consultations de rythmologie.

### *Les enjeux et les ambitions de la filière cardiologie dans la perspective du CHRU*

Au cours des échanges avec les différents acteurs public-privé de la cardiologie, quatre enjeux se dégagent dans la perspective du CHRU de Corse.

◆ **Élever l'offre de soins en rythmologie**

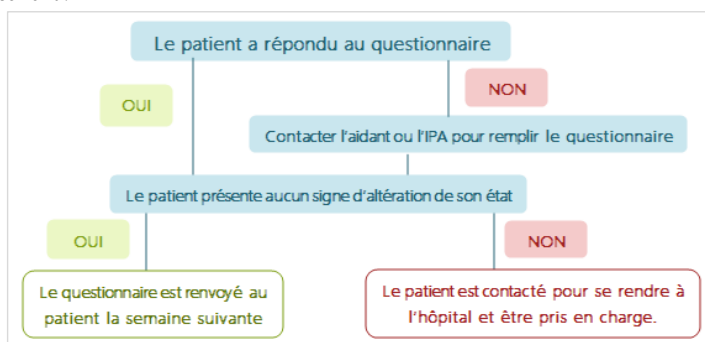
Pour élever l'offre de soins en rythmologie présente en Corse et permettre aux services d'être attractifs, les services nécessitent un **investissement matériel spécifique** (salles d'ablation, etc...) pour essayer de **recruter de nouveaux médecins qualifiés**. L'obtention d'une autorisation pour le service d'Ajaccio nécessiterait également le recrutement de rythmologues interventionnels.

◆ **Proposer un mode d'exercice attractif**

Aucun service de chirurgie cardiaque n'est assuré en Corse, ce qui rend les établissements non qualifiés pour la pose de TAVI. Pour garder une offre attractive auprès des jeunes praticiens, des **partenariats avec les centres de chirurgie cardiaque marseillais, l'AP-HM et la Clinique Clairval, sont mis en place pour les TAVI et pour la cardiologie structurale**.

◆ **Développer le suivi des insuffisants cardiaques**

Au CH de Bastia, une prise en charge pour le **suivi des insuffisants cardiaques se développe** avec la coordination d'une IPA, d'un aidant, d'un médecin traitant et d'un cardiologue. Ce projet souhaite suivre et prendre en charge les insuffisants cardiaques dans l'optique **d'anticiper leurs crises** grâce au remplissage bi-hebdomadaire de questionnaires de suivi et d'algorithmes décisionnels permettant d'automatiser le processus de récupération des données patients. Le processus est le suivant :



Lorsque le patient doit être convoqué, il est contacté sous 48h pour choisir, selon la gravité de son état, le **mode de prise en charge le plus adapté**: en ambulatoire, en HDJ ou en hospitalisation complète dans les cas les plus graves.

Le CH de Bastia souhaite faire appel à **l'Université de Corte pour améliorer l'algorithme** en y ajoutant de l'intelligence artificielle et du Machine Learning pour **affiner la prise de décision**. Une fois le développement abouti à Bastia, les praticiens souhaitent également le développer à Ajaccio selon l'adhésion des cardiologues.

◆ **Former des internes en cardiologie**

Les ressources humaines actuellement présentes dans les services de cardiologie permettent un fonctionnement des services, cependant cet **équilibre est instable** et risque d'être perturbé par les prochains départs en retraite. Les services de cardiologie en Corse ont la capacité à former des internes et ainsi leur offrir des débouchés. L'amélioration des conditions d'accueil des internes est un enjeu majeur, notamment dans la perspective de leur installation future sur le territoire.

Quelques sous-spécialités comme la scintigraphie à Ajaccio, l'insuffisance cardiaque ou la pose de pacemaker à Ajaccio sont à risque. En effet, elles sont principalement tenues par des médecins proches de la retraite et peu rémunératrices donc peu intéressantes pour les jeunes médecins. La perspective d'un CHRU et le **développement de projets attractifs** permettra de **redynamiser le secteur public et de recruter des cardiologues**.

**Piste de travail n° 5** Conforter la filière cardiologie en Corse en investissant dans les équipements, en proposant des modes d'exercice public/privé attractifs (ex : partenariat avec Marseille pour la cardiologie structurelle).

## f) La psychiatrie

### *Le contexte actuel*

Une convention constitutive s'est créée dans la filière psychiatrique entre le CH de Castelluccio, le CH de Bastia et la Clinique San Ornello pour la **création d'une Communauté Psychiatrique de Territoire (CPT)** de Corse depuis le 22 juillet 2021, et ce, pour une durée de 5 ans.

Les spécificités des besoins et de l'offre de santé en Corse conduisent les établissements de santé autorisés en psychiatrie implantés sur des territoires différents à **œuvrer de concert pour éviter toute rupture dans les parcours de prise en charge des patients**. La CPT fédère les acteurs de la psychiatrie et de la santé mentale autour d'une offre de parcours de prévention de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale coordonnées.

La CPT contribue à la définition du Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM). Elle s'assure de la déclinaison, au sein du projet médical d'établissement de chacun de ses membres, des actions qui les concernent prévues par le PTSM. Elle concourt à la mise en œuvre opérationnelle des actions prévues par le PTSM, au suivi et à l'évaluation de sa mise en œuvre.

Les six objectifs du PTSM sont :

- La prévention de la crise suicidaire et actions sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux
- Le repérage précoce des troubles psychiques
- La prévention et prise en charge des situations de crise et d'urgence
- Le renforcement du pouvoir d'agir et de lutter contre la stigmatisation des troubles psychiques
- L'accompagnement social et médico-social et la réhabilitation psycho-sociale
- L'accès aux soins

La CPT se réunit au moins une fois par an, pour discuter des sujets administratifs, admettre de nouveaux membres ou associés et valider le rapport annuel d'activité. En 2022, trois COPIL, un COTECH, six webinaires et 3 commissions ont eu lieu autour de la santé psychiatrique infanto-juvénile (PIJ), la MSA et la santé justice.

En 2022, **six groupes de travail travaillant sur des thématiques complémentaires se sont réunis** :

- 4 groupes de travail CPT
  - GT 1 : La réhabilitation
  - GT 2 : Les populations vulnérables (détenus)
  - GT 3 : La prévention - prévention de la crise suicidaire
  - GT 4 : Le comité éthique inter-établissement
- 1 groupe ANAP coordonnateur du PTSM national

- 1 groupe du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies [PRAPS]

En dehors de la CPT, d'autres coopérations existent notamment pour la prise en charge psycho-traumatique : la Cellule d'Urgence Médico-Psychologique [CUMP] est assurée par la complémentarité des deux GHT et du CH de Castelluccio.

### *Les enjeux et les ambitions de la filière psychiatrie dans la perspective du CHRU*

#### ◆ Les travaux prioritaires de la CPT

Parmi les objectifs du PTSM, les objectifs prioritaires de la CPT pour 2023 sont la promotion de l'action des Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM), l'amélioration du repérage des troubles des conduites alimentaires, le renfort de l'expertise en matière de diagnostic des troubles cognitifs et des apprentissages, la structuration d'un pôle sur les troubles de l'humeur à articuler avec la sismothérapie et du développement des espaces d'échange et de co-production.

#### ◆ Une augmentation de la présence d'internes

L'universitarisation de la filière psychiatrique qui accompagnera la création d'un CHRU, permettra de **dynamiser la spécialité par la présence d'internes**, s'intéressant aux postes de PH ou de praticiens en établissement privé de Haute-Corse, et ainsi **favorisera la pérennité des soins par l'installation future de praticiens**.

#### ◆ Facilitation de l'accès à des soins spécialisés

La **création des centres experts** en psychiatrie et l'**accès à des soins spécialisés** tels que Électroconvulsivothérapie (ECT), sont des éléments qui seront facilités par la présence d'un CHRU. Il en est de même pour la **création d'un DU** portant sur la formation en thérapies comportementales et cognitives (TCC).

La CPT met en place des projets et des actions incluant les acteurs publics et privés pour proposer une prise en charge complémentaire et sans rupture en Corse. A plus long terme, la perspective d'un CHRU, permettra de donner une plus grande dynamique autour de la filière psychiatrique en facilitant la mise en œuvre de projets par la disponibilité des professionnels et en légitimant les démarches novatrices amorcées.

**Piste de travail n° 6** S'appuyer sur la dynamique et les résultats de la Communauté Psychiatrique de Territoire pour renforcer la filière psychiatrie et permettre aux établissements publics et privés d'œuvrer de concert pour éviter toute rupture dans les parcours de prise en charge des patients.

## g) La diabétologie-endocrinologie

### *Le contexte actuel*

La Corse compte près de 12 000 patients diabétiques en 2021 avec 90% de type 2 et 10% de type 1, ce qui en fait la **région de France où le taux d'incidence de diabète de type 1 est le plus élevé**, avec 22 cas pour 100 000 habitants, contre 18 sur le continent. 45% des découvertes de diabète de type 1 sont chez les enfants de moins de 5 ans.

La prise en charge est assurée par plusieurs acteurs qui couvrent l'ensemble du territoire : associations (Association Française des Diabétiques et le dispositif Asalée), endocrinologues, médecins généralistes, centres hospitaliers, Assurance Maladie avec le programme SOPHIA (réservé aux adultes) et un centre de référence des affections des systèmes digestifs métaboliques et endocriniens, le SMR Valicelli. Les consultations pour diabète gestationnel, la prise



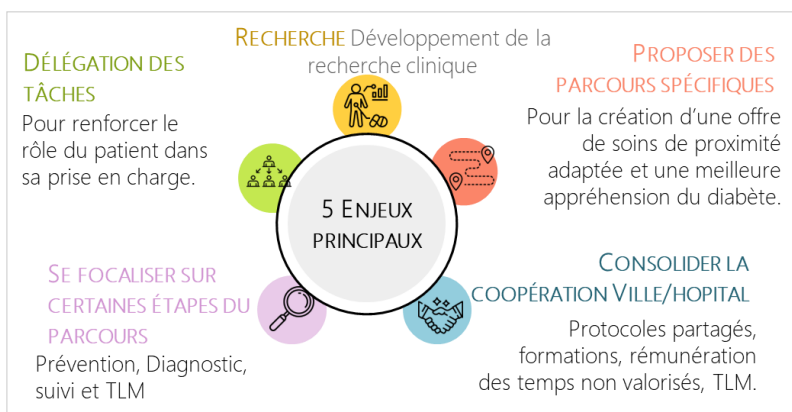
en charge de l'obésité ou syndromes associés, l'offre de programmes d'éducation thérapeutique et la chirurgie bariatrique sont proposés sur le territoire. Un partenariat associatif avec l'Education Nationale est également mis en place pour les enfants DT1. La région souffre néanmoins d'un déficit de praticiens et la filière reste fragilisée notamment pour la prise en charge des enfants.

Certaines prises en charge et actes associés, sont **réalisés sur le continent** :

- Si 200 adultes en 2019, à titre d'exemple, ont fait le déplacement sur le continent pour se faire poser une pompe à insuline, d'autres y renoncent faute de moyens financiers pour le transport ce qui constitue une réelle perte de chance.
- La réalisation d'examens spécifiques sur PET-Scan, absent en Corse. Une note spécifique à l'investissement de ce plateau technique et son fonctionnement est précisée dans la filière oncologie et détaillée en annexe 7.
- La prise en charge parathyroïdienne pour la réalisation de dépistage génétique et monitoring de la PTH (Parathormone),
- La réalisation de certains bilans annuels comme celui portant sur les tumeurs hypophysaires,
- La prise en charge de l'obésité syndromique des enfants.

### Les enjeux et les ambitions pour la filière diabétologie-endocrinologie dans la perspective du CHRU

Six enjeux principaux ont été relevés par les professionnels de la filière dans la perspective du CHRU de Corse.



**Piste de travail n° 7** Renforcer les équipes médicales et paramédicales spécialisées en diabétologie - endocrinologie en place sur le territoire pour élargir leurs travaux et garantir des diagnostics et suivis efficaces des patients particulièrement pour les jeunes enfants.

#### h) La gynécologie

##### Le contexte actuel

Le centre hospitalier de Bastia dispose d'une maternité 2B avec 8 praticiens, 24 sages femmes pour 1500 accouchements par an. Le service de gynécologie accueille les jeunes femmes et leurs enfants pour la surveillance du

post-partum et les soins aux nouveau-nés. L'équipe d'obstétrique accompagne les jeunes mères dans l'apprentissage des gestes de puériculture et dans leur allaitement. Une psychologue est quotidiennement à leur disposition. Le service accueille également les futures mères présentant une pathologie liée à leur grossesse (menace d'accouchement prématuré, hypertension, diabète...)

Les consultations couvrent :

- L'obstétrique : contraception, aide à la procréation, suivi de grossesses, diagnostic anténatal, grossesses à risques, entretiens du 4ème mois, préparation à l'accouchement, information sur l'allaitement maternel, rééducation périnéale
- Le suivi gynécologique : urgences gynécologiques
- La gynécologie chirurgicale : chirurgie endoscopique, chirurgie mammaire, chirurgie carcinologique, microponctions diagnostiques
- L'échotomographie : obstétricale, gynécologique, Doppler foeto-placentaire
- Un centre d'IVG : IVG chirurgicales et médicamenteuses

La collaboration avec la médecine de ville et le travail en réseau avec la PMI, les pédiatres et les sages-femmes libérales se développe, permettant une meilleure prise en charge des patientes.

Le centre hospitalier **d'Ajaccio dispose d'une maternité 2B**, 8 gynécologues pour 1000 accouchements/an, 24 sage-femmes et 12 000 consultations/an. Le service de gynécologie offre un suivi de toutes les affections de la femme, du début de la puberté à la fin de la ménopause. Le service permet des hospitalisations en urgence ainsi que des hospitalisations programmées pour de la chirurgie gynécologique.

Les consultations couvrent :

- La contraception, le traitement des infections gynécologiques, la prise en charge de la ménopause
- La prise en charge chirurgicale des affections gynécologiques
- Les pathologies gynécologiques bénignes (kystes ovariens, fibromes...), troubles de la statique pelvienne (incontinence, prolapsus génital)
- La chirurgie de l'endométriose et de l'infertilité
- La cancérologie pelvienne (utérus, ovaires)
- Les cancers du sein : Diagnostics, traitement chirurgical et reconstruction mammaire
- Les IMG
- L'infertilité : prise en charge spécialisée des couples optimisée en collaboration avec le continent pour limiter les allers-retours inutiles
- La chirurgie plastique - reconstructrice – esthétique

En Corse-du-Sud, **la Clinique de l'Ospedale**, située à Porto-Vecchio dispose d'une **maternité de niveau 1**.

### *Les enjeux et les ambitions de la filière gynécologie dans la perspective du CHRU*

Les acteurs de la filière s'accordent dans la perspective du CHRU :

- D'éviter les déplacements de patientes Corses vers le continent,
- Développer le partenariat existant avec l'IPC pour les cas de cancers pelviens complexes
- Disposer d'un PET-Scan sur l'île afin de réaliser des examens spécifiques liés aux cancers gynécologiques
- Recruter un foetopathologiste afin de réaliser toutes les IMG sur place

- Mettre en place un dossier médicalisé informatisé unique pour l'obstétrique et le suivi gynécologique de la femme (ville et l'hôpital)
- Développer une filière régionale public/privé pour la cancérologie et la prise en charge de l'endométriose.

**Piste de travail n° 8** Favoriser l'attractivité de la filière gynécologie pour couvrir sur l'ensemble de la Corse la prise en charge des pathologies gynécologiques de la puberté à la ménopause en s'appuyant sur les initiatives locales ville-hôpital.

## i) L'oncologie

### *Le contexte actuel*

Chaque année en Corse, environ 1800 nouveaux cas de cancer (toutes localisations confondues) sont diagnostiqués ; 53 % chez l'homme, 47 % chez la femme. Les 3 cancers les plus fréquents, représentant un peu plus de la moitié des nouveaux cas chaque année, sont la prostate, le poumon et côlon-rectum chez l'homme, et, le sein, le côlon-rectum et le poumon chez la femme. Les cancers pédiatriques représentent environ 20 nouveaux cas par an. Le parcours de soin en oncopédiatrie s'appuie majoritairement sur l'hôpital de La Timone enfants et l'hôpital de l'Archet Nice 2. Le réseau d'Hématologie et d'Oncologie Pédiatrique assure la coordination des prises en charge entre les centres de référence et la Corse.

Le cancer est la cause de 29 % des décès dans la région. Toutes localisations confondues, la situation est favorable chez les hommes et comparable chez les femmes (incidence et mortalité) par rapport au continent.

L'âge médian au premier traitement à visée anticancéreuse est de 67 ans chez les femmes (comme au niveau national) et de 71 ans chez les hommes (68 ans au niveau national). Il faut noter qu'un tiers de la population a 60 ans ou plus. Les personnes âgées de 75 ans et plus représentent 11% de la population et l'Indice de vieillissement est de 113. En 2050, 2 insulaires sur 10 auront plus de 75 ans, ce qui fait de la prise en charge des cancers sur la Corse une priorité. Si la filière Oncologie s'est structurée au fil des « plans cancers », celle-ci reste fragile au regard des ressources humaines disponibles.

### *Les enjeux et les ambitions de la filière oncologie dans la perspective d'un CHRU*

Cinq opportunités majeures s'offrent dans la filière oncologie à travers le projet du CHRU :

1. Avancer vers une **structuration et une organisation des parcours** sur les différents territoires pour renforcer la filière et assurer la visibilité de l'offre sur l'île pour l'utilisateur et les professionnels de santé, et à l'extérieur de l'île pour les centres de référence.
2. La **réduction des délais de la prise en charge** par un renforcement de la lisibilité de chacun des parcours de soins. L'enjeu porte à la fois sur la lisibilité de chaque parcours de soins, l'accès au dépistage, l'amélioration de la qualité, la sécurité des soins et l'évaluation des pratiques, l'optimisation de la coordination des prises en charge des patients en lien avec le premier recours.
3. La **sécurisation du retour au domicile**. A ce titre, plusieurs initiatives ont été mises en place et bénéficient de l'appui du Dispositif Spécifique Régional du Cancer Onco-Paca-Corse : mise en place d'un répertoire soins de supports pour améliorer leur sollicitation, la promotion du réseau ILHUP, association loi 1901 qui développe des activités de coordination de parcours de soins, de formation, de prévention et de promotion de la santé. L'équipe de soins palliatifs-douleurs du centre hospitalier d'Ajaccio a constitué un réseau de professionnels, dans le but de mieux répondre aux douleurs réfractaires et d'homogénéiser le panier de soins antalgiques.

4. La **consolidation et le développement de plateaux techniques** par l'intégration des innovations (PET-Scan notamment) dans la perspective de structurer la recherche et favoriser l'attractivité des jeunes professionnels de santé. On estimait à 4200 le nombre d'exams nécessaires par PET-Scan en 2022, ce **chiffre pouvant doubler à l'horizon du CHRU**. Parmi les patients, le **défait de recours s'élève à 50%**, les 50% restants étant contraints d'aller sur le continent pour bénéficier d'un examen PET-Scan. Pour répondre à ces besoins, un **dossier de demande d'autorisation pour l'obtention d'un PET-Scan en Corse a été déposé** puis relancé en 2022 auprès du Ministère. L'investissement nécessaire pour l'installation d'un PET-Scan est estimé à 15 millions d'euros, et entraînerait un coût de fonctionnement de l'ordre de 3 millions d'euros (pour le cyclotron et le PET-Scan). Le **projet de CHRU pourrait appuyer ce dossier et être un moteur pour accélérer la prise de décision**. Une note détaillée en annexe 7 précise les postes d'investissement et de fonctionnement.
5. Le **renforcement des équipes, des équipements et des moyens immobiliers** (Sl...) par la mise en place d'un GCS de moyens entre le CH d'Ajaccio, de Castelluccio et 2 CLCC (IPC et IGR).

Plusieurs initiatives pour consolider la filière et favoriser les liens ville-hôpital sont d'ores-et-déjà en place sur en Corse :

- Des fiches médicaments en oncohématologie ont été élaborées sous le pilotage du Dispositif Spécifique Régional (DSRC) du Cancer Onco-Paca-Corse pour les professionnels de santé afin de faciliter la surveillance et le suivi des effets indésirables.
- La mise en place de l'organisation dite « BIS » qui permet une orientation rapide dans la filière du cancer du sein, dès suspicion, à partir d'un guichet unique. Le patient est alors mis en relation avec un infirmier de parcours.
- Le projet de télémedecine en dermatologie (CorsicaDerm) qui permet de diminuer la mortalité liée aux cancers cutanés, dans l'attente de la reconnaissance de la téléexpertise dans le droit commun.
- Le déploiement des dispositifs d'appui à la coordination (DAC) des parcours complexes qui s'appuie sur un plan de formations pour simplifier les prises en charge des patients.

Pour structurer la recherche clinique en région, le DSRC Onco-Paca-Corse a communiqué sur les dispositifs et essais cliniques en place, à travers des répertoires régionaux des essais cliniques (y compris pédiatriques) pour favoriser l'inclusion des patients. Cela permet par ailleurs aux établissements de santé (centres hospitaliers d'Ajaccio et Bastia) de recruter des temps d'Assistant de Recherche Clinique.

**Piste de travail n° 9** Faciliter le parcours patient en oncologie en structurant plus fortement les parcours en Corse et obtenir l'autorisation d'installation du PET-Scan pour améliorer l'offre de soins et réduire les trajets Corse-continent

## j) La pneumologie

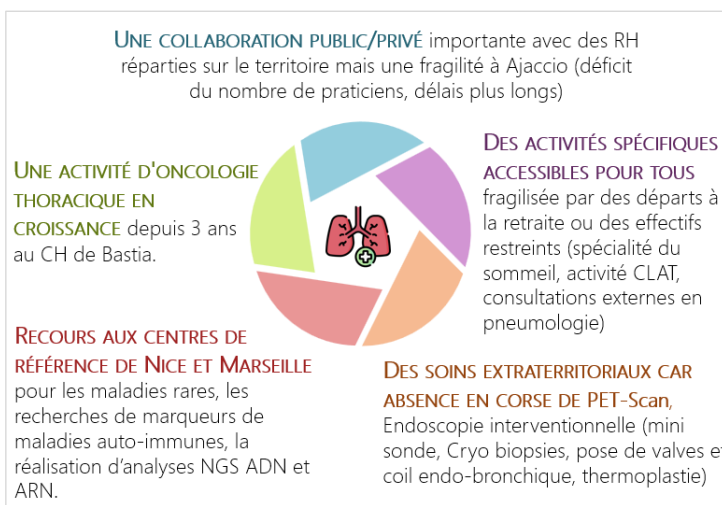
### *Le contexte actuel*

Cinq caractéristiques principales qualifient la filière pneumologie en Corse schématisé ci-dessous :

- Une collaboration public/privé active
- Des activités spécifiques à vocation régionale et accessible à tous
- La nécessité de soins extraterritoriaux, faute de plateaux techniques installés (PET-Scan), certains gestes d'endoscopie interventionnelle comme les mini-sondes, cryo biopsies, la pose de Valves et Coil endobronchique, thermoplastie, nécessitent d'être réalisés sur le continent.

- Des partenariats avec le continent solides : l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille et le CHU de Nice pour les maladies rares notamment : mucoviscidose, hypertension artérielle pulmonaire, indication de greffe pulmonaire... Certaines analyses biomoléculaires absentes de Corse sont réalisées avec ces partenaires tout comme les prélèvements tissulaires ou sanguins pour la réalisation NGS (Next-Generation sequencing) ADN et ARN qui sont envoyés sur les plateformes Universitaire (CHU Nord Marseille et CHU Nice) ou Libérales (ANABIO Marseille).
- Une activité en oncologie thoracique croissante sur le CH de Bastia

Il n'en reste pas moins que la filière reste fragilisée par manque de praticiens.



### Les enjeux et les ambitions de la filière pneumologie dans la perspective du CHRU

Compte tenu des besoins et des enjeux de la filière pour la population Corse, plusieurs ambitions rassemblent les acteurs publics et privés :

- Favoriser l'accès aux plateaux médico-techniques aux libéraux en vue de réduire les délais de prise en charge
- Disposer d'un PET-Scan pour réaliser en Corse des examens et bilans spécifiques, et donc réduire les transports sur le continent,
- Assurer la permanence des soins par des effectifs suffisants y compris libéraux,
- Développer des consultations avancées ou téléconsultations dans certains territoires : Porto Vecchio et Bonifacio, Balagne, Corte, Sartène.

**Piste de travail n° 10** Investir dans un PET-Scan pour favoriser les prises en charge coordonnées en pneumologie, et sur de nombreuses pathologies, pour l'ensemble du territoire et renforcer les équipes médicales de la filière de pneumologie

#### k) La gastro-entérologie

#### Le contexte actuel

En gastro-entérologie, l'offre de soins n'est pas assurée de manière semblable entre Ajaccio et Bastia.

◆ **Bastia**

Le CH de Bastia possède 3 ETP partagés entre 2 PH travaillant à temps plein, 2 PH libéraux travaillant à mi-temps et une IPA ce qui permet d'assurer une permanence des soins entre 4 praticiens. L'offre libérale est constituée de 6 gastro-entérologues qui sont regroupés en 3 cabinets distincts sans perspective de se regrouper en un unique cabinet.

La file d'attente pour l'activité programmée est supérieure à 3 mois. Le SAMU envoie les patients nécessitant l'intervention d'un gastro-entérologue vers le CH de Bastia pendant les week-ends et les soirées pour régulation.

◆ **Ajaccio**

Plus aucun gastro-entérologue public n'exerce au CH d'Ajaccio depuis plus d'un an mais une petite activité d'endoscopie y est assurée par un gastro-entérologue une fois par mois environ. L'activité y est assurée par les praticiens libéraux avec un système d'astreinte et de réquisition en cas d'urgence. Pour la réalisation de fibroscopies ou coloscopies, les patients sont transférés à Clinisud pour y être pris en charge.

Sept gastroentérologues libéraux, équivalent à 6,5 ETP, sont regroupés à Clinisud dont le service d'hospitalisation en gastro-entérologie compte 14 lits. En l'absence de gastro-entérologue au CH d'Ajaccio, le service de Clinisud doit ainsi augmenter ses capacités d'accueil et utilise 6 lits supplémentaires de la clinique pour absorber la patientèle du CH.

*Les enjeux et les ambitions de la filière gastro-entérologie dans la perspective du CHRU*

Plusieurs axes de développement ont été identifiés pour la structuration de la gastro-entérologie en Corse dans la perspective du CHRU.

◆ **La mise en place de coopérations fonctionnelles pour assurer la qualité des soins**

Du fait de l'absence de gastroentérologues publics au CH d'Ajaccio, des discussions sont en cours autour d'une **convention entre les libéraux de Clinisud et la direction du CH d'Ajaccio** pour continuer à prendre en charge les patients de l'hôpital. Pour continuer de favoriser les coopérations entre établissements afin de prendre en charge convenablement les patients, la création d'un **GCS** ou d'une autre solution conventionnelle innovante qui permettrait la mise en commun de moyens humains, mobiliers, immobiliers, financiers, matériels ou immatériels devra être envisagée dans la perspective du CHRU. La solution pérenne devra se baser sur des **responsabilités partagées entre le public et le privé** tout en conservant les 2 sites d'activité : la réalisation d'endoscopie sans complication anticipée sur le site de la clinique et la prise en charge de patients à risque et indéplaçables à l'hôpital public pour permettre un accès direct au service de réanimation.

◆ **Un souhait d'accueillir des internes pour favoriser le recrutement futur de praticiens**

Les plateaux techniques fournis et les praticiens confirmés de la Corse sont des atouts majeurs dans le cadre de la formation des internes, notamment en gastro-entérologie. Favoriser les conditions d'accueil et de formation des internes est un enjeu majeur pour tenter de les garder en Corse à l'issue de leur internat.

Pour cela, il faut **créer des terrains de stage agréés en établissement privé en gastro-entérologie** avec une rémunération associée pour les praticiens. Cette activité de formation assurée par des praticiens privés permettrait de conserver une offre d'excellence à l'état de l'art sur le territoire d'Ajaccio.

**Piste de travail n° 11** Renforcer la filière de gastro-entérologie en Corse-du-Sud par la mise en place d'une structuration pérenne de la coopération entre le privé et le public.

## I) La neurologie

### *Le contexte actuel*

La discipline de la neurologie est couverte sur la Corse du Sud sur l'hôpital d'Ajaccio au sein du service « unité vasculaire et neurologie » disposant de 9 lits UNV, 5 lits de neurologie et 3 lits de soins intensifs. Les effectifs sont de 4 ETP médecins hospitaliers (57 ans, 54 ans, 59 ans et 33 ans) sur l'hôpital et 1 neurologue libéral de 78 ans avec une activité à temps partiel. Un docteur junior de la Timone à Marseille renforce actuellement le service d'Ajaccio tandis que la filière neurovasculaire aiguë se voit renforcée à Bastia par l'ouverture d'une UNV à Bastia prévue en octobre 2023 (12 lits) et le développement de la neuroradiologie interventionnelle 7J/H24. Cette dernière est arrivée au CH de Bastia en 2022 avec une équipe de 4 intervenants pour 2 ETP, en collaboration avec des CHU du continent. Il existe par ailleurs un centre de référence sur la sclérose en plaques à Ajaccio à vocation régionale.

L'activité est concentrée sur la gestion du quotidien, des patients hospitalisés, des urgences. Des coopérations existent sous forme de convention avec les SSR pour la réalisation de consultations avancées et de prises en charge des patients sous hospitalisation. Il s'agit du SSR public d'Ajaccio et les 2 SSR privés : Le Centre de Réadaptation Fonctionnelle et Motrice du Finosello et de Molini. La coopération avec la Clinique de l'Ospedale à Porto Vecchio existe également et porte sur les avis spécialisés neurologiques : épilepsie, AVC et gestion des urgences.

Les effectifs en neurologie aujourd'hui en Corse sont peu nombreux et ne peuvent pas couvrir l'entièreté des besoins de la population vieillissante et sujette à des pathologies neurologiques (de crise ou neurodégénératives). La gestion du quotidien, des patients hospitalisés et le suivi post hospitalisation doublée de la gestion des urgences ne permettent pas d'honorer toutes les demandes notamment des nouveaux patients en consultations (environ 6 consultations par jour ne sont pas honorées, faute de temps médical disponible). Les délais de consultation pour les nouveaux cas par voie de conséquence, peuvent dépasser 6 mois.

En ce qui concerne les gestes techniques, si la thrombolyse peut être effectuée sur le CH d'Ajaccio, le CH Bastia dispose de consultations avancées et la capacité à réaliser des thrombectomies par l'intervention des neurochirurgiens du continent (Toulouse, Bordeaux et Marseille), contribuant à réduire les pertes de chance des patients (rappel : temps de trajet de 5h30 sur la Timone, avec 50 jours par an impossibles en raison des conditions météorologiques.)

### *Les enjeux et les ambitions de la filière neurologie dans la perspective du CHRU*

Que ce soit sur la Haute Corse ou la Corse du Sud, il est indispensable de renforcer et développer les effectifs en neurologie : recrutement de praticiens hospitaliers et de praticiens libéraux pour stabiliser la filière et la développer. La mise en place du CHRU contribuerait favorablement **à développer la formation de futurs neurologues et favoriser l'attractivité de la discipline pour les personnels médicaux**. Ces effectifs supplémentaires permettront la gestion quotidienne des prises en charge, la gestion des urgences et faciliteront également l'organisation de la Permanence des Soins. Par ailleurs, comme évoqué, nombre de patients n'ont pas accès aux soins avec pertes de chances compte tenu des délais de rendez-vous qui peuvent être de 6 à 9 mois faute de temps médical disponible et de plages de vacations de consultations dédiées.

En termes de prises en charge, seuls les patients stabilisés et connus pour des pathologies neurodégénératives (Parkinson par exemple) peuvent être suivis en téléconsultation. L'importance de l'examen clinique des patients nécessite sa réalisation en présentiel pour nombre d'entre eux, examens par ailleurs peu déléguables à un infirmier de pratique avancée. Si le sujet peut être une piste de développement, il devra être encadré et réalisé sur **des patients stabilisés, connus**.

Deux priorités se dessinent dans la perspective du CHRU :

- En termes de tutorat et d'accueil d'internes susceptibles de s'installer en libéral, à l'hôpital ou en exercice mixte.
- Si des gestes techniques comme la thrombectomie sont réalisés aujourd'hui en Corse et c'est un plus pour les patients, la stabilisation et le renfort de la filière dans son ensemble, avec des prises en charge des patients « tout venants », restent une priorité. La perspective du CHRU est un levier majeur pour y contribuer.

**Piste de travail n° 12** Renforcer et développer les effectifs en neurologie sur l'ensemble du territoire : recrutement de praticiens hospitaliers et de praticiens libéraux afin de réduire les pertes de chances par le retard de prise en charge et faciliter la permanence de soins.

### m) La pédiatrie

#### *Le contexte actuel*

La Corse dispose de 20 pédiatres pour 340 000 habitants ce qui situe la région **en dessous de la densité moyenne nationale**. La majorité exerce en libéral (12 praticiens), quand **l'hôpital peine à recruter** des praticiens en nombre suffisant faute d'attractivité lié au poids de la permanence des soins notamment.

Les Centres hospitaliers de Bastia et Ajaccio sont les **seuls centres de recours sur leurs territoires respectifs** ayant une maternité de niveau 2B, un service d'hospitalisation en pédiatrie et en néonatalogie. Il existe, en plus des 2 établissements cités précédemment, une maternité de niveau 1 à la Clinique de l'Ospedale à Porto-Vecchio.

L'offre de soins présente en Corse **ne répond que partiellement aux besoins de la population** puisque, pour les activités à seuil telles que la réanimation pédiatrique et/ou néonatale, la chirurgie néonatale, il y a un recours aux CHU du continent pour la réalisation de ces actes et consultations.

Les **coopérations actuelles se limitent au domaine de la chirurgie pédiatrique**, par le biais de 2 conventions d'activité partagée existantes entre le CH d' Ajaccio et le CH de Bastia. Le CH de Bastia est désigné auprès de l'ARS comme le référent de la chirurgie pédiatrique viscérale et urologique ainsi que la chirurgie des moins de 3 ans. De façon analogue, le CH d' Ajaccio est référent pour l'orthopédie pédiatrique. De ce fait, il existe des échanges de praticiens en chirurgie pédiatrique entre le CH de Bastia et le CH d' Ajaccio.

Aucune autre coopération n'est formalisée à ce jour entre les autres acteurs insulaires en pédiatrie. En revanche, des conventions de coopérations sont actives en direction des CHU de la région PACA, permettant d'organiser des journées de consultation de praticiens continentaux à Ajaccio et à Bastia dans certaines surspécialités pédiatriques.

#### *Les enjeux et les ambitions de la filière pédiatrie dans la perspective du CHRU*

La perspective du CHRU nécessite la mise en œuvre de plusieurs actions :

- ◆ **Faciliter l'accès aux soins en pédiatrie tant en exercice de ville qu'à l'hôpital en pérennisant et en renforçant l'offre de soins**

Faute de praticiens en nombre suffisant, le développement de consultations spécialisées est une piste intéressante pour couvrir le territoire. Cela passe également par le recrutement de pédiatres. En effet, les services de pédiatrie sont fragilisés par les départs à la retraite des praticiens sans renouvellement prévu à date. Le fonctionnement actuel avec des contrats à durée déterminée dans les centres hospitaliers doit évoluer vers un recrutement durable pour assurer la continuité et la permanence des soins. Il est à noter que certaines surspécialités de pédiatrie sont réalisées sur le



continent ce qui a amené les acteurs à identifier des leviers d'actions à travers une **feuilles de route**<sup>36</sup> afin d'en améliorer l'accès. Par ailleurs et afin de compléter l'offre de soins, le territoire **a fait la demande de création de lits de soins critiques pédiatriques**.

◆ **Améliorer l'attractivité de la filière**

**Des leviers d'attractivité** sont à actionner : renforcement des plateaux techniques, accueil d'internes de spécialité et d'assistants ainsi qu'une revalorisation de la permanence des soins.

**Piste de travail n° 13** Faciliter l'accès aux soins en pédiatrie tant en exercice de ville qu'à l'hôpital en pérennisant et en renforçant l'offre de soins en y ajoutant les consultations spécialisées. Ce renforcement passera également par l'évolution des contrats vers des contrats à durée indéterminée, par le recrutement de pédiatres et le développement du plateau technique.

## 2. LES EVOLUTIONS SOUHAITABLES POUR LES PLATEAUX TECHNIQUES DANS LA PERSPECTIVE DU CHRU

### a) L'anatomopathologie

#### *Le contexte actuel*

Deux offres publiques aujourd'hui en anatomopathologie sont proposées en Corse sur les établissements d'Ajaccio et de Bastia, renforcées par deux offres privées, Xpath et Cerbapath.

La coopération et l'interdépendance public/privé permet de répondre aux besoins des populations locales, parfois avec délais, malgré un effort des anatomopathologistes en nombre restreint sur l'île, pour répondre dans les 3 jours aux patients le nécessitant. Leur participation aux RCP a lieu autant que possible.

Des activités variées sont proposées : diagnostics médicaux, examens extemporanés, dons d'organes, macroscopie, histologie, immunohistochimie et cytologie, sont réalisés en Corse. L'oncologie moléculaire (NGS, PCR, FISH) est réalisée sur le continent faute de volume suffisant.

#### *Les enjeux et les ambitions de la filière anatomopathologie dans la perspective du CHRU*

Les enjeux et les ambitions dans le cadre du CHRU portent sur :

- L'élaboration d'un projet commun public/privé cohérent et interdépendant,
- L'accueil des internes et des techniciens dans le cadre de leur formation
- L'investissement dans la pathologie digitale

**Piste de travail n° 14** Favoriser le projet d'anatomopathologie public/privé en Corse en dynamisant l'accueil d'internes qui pourraient au décours de leur internat s'installer en Corse et en investissant dans la digitalisation de la pathologie.

### b) L'imagerie et la radiologie interventionnelle

#### *L'état des lieux de l'activité de radiologie en Corse*

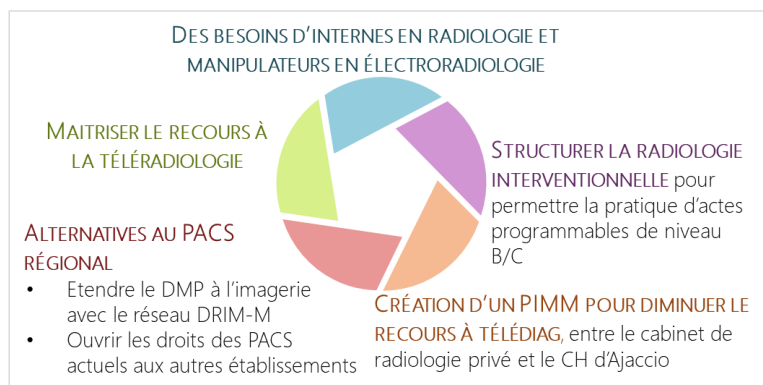
<sup>36</sup> Feuilles de routes des surspécialités pédiatriques à développer en Annexe 6 du document

En radiologie, les enjeux sanitaires sont préoccupants : la Haute-Corse et la Corse-du-Sud font partie des départements de France dont le pourcentage de radiologues de plus de 60 ans est le plus élevé.

Cependant, avec 10 scanners en Corse dont 4 en Corse du Sud et 6 en Haute-Corse, la Corse est la région de France dont la densité de scanner/million d'habitants est la plus haute. Il est par ailleurs prévu l'ouverture de 3 scanners supplémentaires : un à Ajaccio en juillet 2023, un à Bastia et un à Sartène (fin 2023/2024). La Corse est la 4<sup>ème</sup> région de France avec la densité d'IRM/million d'habitant la plus haute : 6 IRM sont présents en Corse (3 dans chaque département).

L'activité de radiologie est principalement portée par le **secteur privé lucratif** en Corse : 78% des 30 ETP radiologues sont privés contre 22% publics. Il existe 10 cabinets libéraux de radiologie sur le territoire. Il y a 2 services de médecine nucléaire en Corse : un à la Polyclinique de Maynard en Haute-Corse et l'autre au CH de Castelluccio en Corse-du-Sud.

### Les enjeux de la radiologie dans la perspective d'un CHRU



Plusieurs pistes de développement ont été identifiées pour la radiologie dans la perspective du CHRU de Corse.

#### ◆ Le Projet de PACS régional

Les CH de Bastia et d'Ajaccio ont actuellement chacun leur PACS. Le projet du GRADES de Corse est de créer un PACS régional où chaque acteur partagerait les images de son propre PACS. Cependant, avoir un PACS régional serait très consommateur d'énergie pour stocker une quantité importante d'images. Plusieurs alternatives pourraient être envisagées :

- **Etendre le DMP au domaine de l'imagerie en utilisant le réseau DRIM-M** qui permet aux professionnels de santé de visualiser un examen réalisé n'importe où sur le territoire, de prendre connaissance de l'antériorité des examens du patient et aux spécialistes en imagerie et d'importer les examens.
- **Ouvrir les droits des PACS** respectifs aux autres établissements en respectant le RGPD (ex : ouverture des droits du PACS Synapse d'Ajaccio aux neuroradiologues interventionnels du CH de Bastia via leur PACS VEPRO).

#### ◆ Maitriser le recours à Télédiag

Compte-tenu du manque de ressources médicales en radiologie et de l'augmentation annuelle des demandes d'examens d'imagerie, les radiologues Corse ont recours à **TéléDiag**, un réseau de télé radiologie. TéléDiag permet non seulement d'assurer les traitements d'images la nuit ou le week-end, voire en journée mais de bénéficier pour des

images plus complexes d'une expertise absente de la Corse. Le nombre insuffisant de radiologues se traduit par une production d'actes par radiologue supérieure de plus de 19% à celle constatée en régions PACA et Ile de France.

Dans la perspective du CHRU, il paraît ainsi essentiel de pouvoir **recruter des radiologues en public comme en libéral afin de gérer la croissance de la demande et diminuer le recours à TéléDiag**, service coûteux. L'utilisation de TéléDiag entraîne aussi une **surconsommation des examens d'imagerie** qui ne peuvent être filtrés par les radiologues : chaque demande d'urgentiste d'un examen d'imagerie est acceptée et envoyée à TéléDiag.

◆ **Un projet de création de PIMM à Ajaccio**

Un projet de création de PIMM entre **le cabinet de radiologie privé et le CH d'Ajaccio** est en cours. Des discussions ont lieu entre le directeur du CH et le cabinet afin de trouver des accords sur les modalités financières et organisationnelles du PIMM. Les PIMM permettent de mieux organiser les collaborations entre les professionnels et d'organiser la permanence des soins. A terme, cela permettrait de **diminuer le recours à TéléDiag**.

◆ **Le développement de la radiologie interventionnelle**

Il existe **4 niveaux de radiologie interventionnelle** (A actes simples, B intermédiaires, C complexes, D très complexes) qui dépendent de la lourdeur de l'acte, du type d'anesthésie, du matériel de guidage nécessaire, de l'équipe médicale et paramédicale nécessaire et du type d'aménagement de la structure. A la Polyclinique de Maymard, de la radiologie interventionnelle de niveau A est effectuée et au CH de Bastia de la RI de niveau B.

Dans l'hypothèse d'un CHRU en Corse, il s'agira ainsi de structurer la radiologie interventionnelle pour pouvoir pratiquer des **actes programmables** de niveau B voire C en répartissant les activités entre les établissements. Celle-ci pourrait avoir lieu dans les établissements ayant une équipe médicale et paramédicale formée, un service d'anesthésie-réanimation et un service d'hospitalisation de semaine ou de jour pour la prise en charge en aval.

◆ **Des besoins importants d'internes en radiologie et de manipulateurs en électroradiologie**

Le CH de Bastia propose deux types de stages : pour des internes de 1<sup>ère</sup> année en « phase socle » et des internes en « phase de perfectionnement » sur deux sur-spécialités dont la gynécologie et la neuroradiologie. Le CH d'Ajaccio, quant à lui, éprouve des difficultés à pourvoir ses stages (3 internes en 10 ans). Il risque de **perdre son agrément de stage** car ne dispose que d'un PH à mi-temps et d'un praticien associé temps plein. Dans l'optique de la création du CHRU, et afin d'attirer plus de radiologues en Corse, une réflexion sur l'ouverture de terrains de stages en cabinet libéral répondant aux exigences de formation doit être menée.

Par ailleurs, la Corse souffre d'un manque important de manipulateurs en électroradiologie (MER) sur le territoire : beaucoup des MER vont partir prochainement à la retraite, 15% des MER diplômés n'exercent pas à la sortie de leur formation et beaucoup d'entre eux se reconvertisent. Il est ainsi nécessaire d'ouvrir **une formation aux MER sur le territoire** ou de proposer aux étudiants non-admis en PASS-LAS d'envisager le parcours MER.

**Piste de travail n° 15** Renforcer la filière radiologie au niveau régional en utilisant le réseau DRIM-M, en ouvrant plus largement l'accès aux PACS des différents établissements pour le partage d'images et en ayant recours aux PIMM pour permettre les collaborations entre établissements privés et publics du territoire et à terme réduire le recours à des opérateurs extérieurs.

c) **La biologie**

L'activité de Biologie en Corse semble **couvrir les principaux examens** ainsi que certains examens spécifiques grâce aux différentes structures publiques et privées présentes sur l'île : le CH d'Ajaccio, le CH de Bastia, le Labo CCF (Canarelli Colonna Fernandez), le Laboratoire Vialle et le Laboratoire 2A2B (Biogroup).

Pour l'année 2021, voici les chiffres d'activités des différents laboratoires :

	ACTES EN B	NOMBRE DE DOSSIERS PATIENTS
LaboCCF	83 552 617	580 664
Labo Vialle	75 726 246	448 955
CH Bastia	26 079 970	162 413
CH Ajaccio	23 763 144	141 334
LBM 2A2B	~50 000 000	Non connu
<b>TOTAL</b>	<b>259 121 977</b>	<b>1 333 366</b>

Seulement 2% des prélèvements réalisés sur le territoire sont envoyés vers le continent (laboratoire Cerba, ...) pour des analyses très spécialisées ou des analyses ayant une faible volumétrie de demande.

Les coopérations entre les différentes structures en Corse sont fonctionnelles et des conventions existent. Les **centres hospitaliers de proximité** Corse travaillent avec le **laboratoire privé le plus proche géographiquement** afin de minimiser le délai entre le prélèvement et l'obtention du résultat. De ce fait, les analyses du CH de Calvi sont traitées par le Labo CCF soit en biologie délocalisée soit par envoi des tubes ; les analyses des CH de Sartène, du CH de Corte et de la Clinique de l'Ospedale sont traitées par le Labo2A2B. Le CH de Bastia possède son propre laboratoire et des travaux sont en cours pour développer la biologie délocalisée avec le CH de Corte-Tattone.

Un enjeu majeur de la biologie Corse est de **trouver une solution aux délais insatisfaisants des traitements des analyses PCR** (échantillons de sang ou bronchopulmonaires) pour les patients en réanimation ou en pneumologie. Actuellement, ces échantillons sont envoyés sur le continent et les résultats sont obtenus dans un délai de huit à dix jours. Il serait ainsi dans l'intérêt du patient de centraliser et développer certaines analyses PCR (ex : PCR CMV) en Corse. Cependant les volumes ne permettent pas de mettre en œuvre des techniques réalisées en série à un coût soutenable dans le contexte actuel des conventions et des tarifications.

**Piste de travail n° 16** Centraliser et développer certaines analyses PCR (ex : PCR CMV) en Corse pour diminuer les délais de traitement.

### 3. DE MULTIPLES OPPORTUNITES DE MUTUALISATIONS ET COOPERATIONS ENTRE LES ETABLISSEMENTS DES DIFFERENTS SECTEURS

#### a) Des coopérations intra-GHT déjà en place

Au-delà des nombreuses coopérations existantes sur les différentes filières médicales et chirurgicales entre les établissements privés et publics présents dans chacun des GHT, des coopérations intra-GHT sur les **fonctions support** existent.

Le **GHT de la Haute-Corse** avec le CH de Bastia, Calvi et Corte-Tattone fait état d'un fonctionnement intégré et dynamique, avec certaines fonctions mutualisées :

- La **gestion des systèmes d'information** du GHT est déléguée au **GCS SIRS-CO** dans le cadre des conventions constitutives. Des travaux sont en cours pour avoir un dossier médical partagé.
- La **fonction DIM** est mutualisée pour l'ensemble des établissements du GHT.
- La **fonction RH** est en cours de mutualisation (pour la formation, la mise en œuvre de la loi RIST, l'adoption d'une politique de recrutement commune...).
- La **fonction achat** est mutualisée : la cellule des marchés de Bastia gère l'ensemble des marchés des établissements du GHT.
- Certaines **fonctions supports** sont **incluses dans la convention constitutive du GHT** sans pour autant être mutualisées. Le CH de Bastia peut, par exemple, apporter des expertises spécifiques à Calvi et Corte notamment sur le biomédical (achat, investissement...). Les **compétences spécialisées sont partagées** mais pas mutualisées.
- Une **coopération médicale** est également organisée afin d'assurer un **maillage territorial** en consultations avancées avec la mise en place d'un pôle territorial des urgences pour faciliter les entrées directes et structurer le parcours patient.
- Les sujets relatifs à la **politique qualité, l'hygiène, l'infectiologie** sont également discutés dans le cadre du GHT.

Le **GHT de la Corse du Sud** avec le CH d'Ajaccio, de Sartène et de Bonifacio a également mutualisé certaines fonctions même si le niveau de coopération est en partie limité par l'**éloignement géographique** des établissements :

- La **gestion des systèmes d'information** est déléguée au **GCS SIRS-CO** dans le cadre des conventions constitutives, le but étant d'établir une politique commune en matière de SI tout en permettant aux établissements de conserver une liberté sur le choix de l'éditeur.
- Des travaux sont en cours pour une **potentielle intégration** au GHT de la **clinique de l'Ospedale** de Porto-Vecchio en tant qu'**établissement associé**.
- Le **CH de Castelluccio** ne fait pas partie à date du GHT de la Corse-du-Sud, bien qu'un projet de l'y faire adhérer, puis intégrer soit en cours. Des coopérations existent notamment sur la partie somatique des soins et pour l'utilisation des plateaux techniques.

Pour la pharmacie, un groupement d'achat commun local entre les deux GHT existe et permet l'achat d'une partie des médicaments en commun, même si une liberté d'organisation est conservée dans chaque établissement. Ce groupement est administré par le CH de Bastia.

#### b) Les coopérations public/privé dans le cadre de la crise Covid-19

La crise de la Covid-19 a mis en lumière la capacité des acteurs du public et du privé à collaborer. Pour cette situation d'urgence, des conventions ont été établies et ont fait naître deux modèles :

- Le premier où les **praticiens hospitaliers publics allaient opérer dans les établissements privés**. Les cliniques continuaient d'être rémunérées pour le séjour (GHS) et l'hôpital employeur facturait les actes à l'assurance maladie.
- Le second où les **cliniques étaient considérées comme une « extension » de l'hôpital et les praticiens hospitaliers y opéraient**. C'était cependant le centre hospitalier qui facturait l'intégralité du GHM public à l'assurance Maladie et reversait à la clinique l'équivalent du GHS privé.

Cependant, il s'agissait d'un fonctionnement élaboré dans un cadre d'urgence, qui n'est pas réglementaire à long terme.

### c) Un cadre réglementaire qui doit évoluer pour favoriser les coopérations

#### *Les outils de coopération public/privé existants*

Plusieurs outils de coopération entre les acteurs du public et du privé existent :

- La **forme conventionnelle** : c'est la forme de coopération la plus souple et la plus largement utilisée. Il s'agit d'une simple formule de co-utilisation, comme par exemple l'utilisation partagée d'un équipement lourd qui reste la propriété d'une seule des deux parties (ex : plateau technique du CH de Bastia), ou le partage de temps d'un praticien du privé avec un établissement public. Les conventions ne permettent cependant pas le co-financement des équipements.
- Les **groupements d'intérêt économique** (GIE)
- Les **groupements de coopération sanitaire** (GCS) : c'est l'outil de coopération privilégié dans le cadre des coopérations entre le secteur public et privé. Il permet la mise en commun de moyens humains, mobiliers, immobiliers, financiers, matériels ou immatériels. Il existe 2 GCS en Corse : le GCS de moyen de cardiologie à Ajaccio, et le GCS Sirs-Co pour les systèmes d'information.
- Les **Plateaux d'Imagerie Médicale Mutualisés** (PIMM) qui permettent à des groupes de radiologues, de statuts différents (privés ou publics) de mettre en commun leur matériel, leurs locaux ou leurs personnels.

Au-delà des outils de coopération entre établissements publics et privés, il existe plusieurs modalités permettant aux praticiens libéraux d'exercer dans les établissements publics :

- Les **praticiens attachés** qui sont des praticiens titulaires d'un doctorat en médecine ou en pharmacie, recrutés par contrat écrit dans des établissements publics de santé pour y exercer des fonctions, temporaires ou non, dans une ou plusieurs structures du même établissement ou dans des établissements différents.
- Les **médecins libéraux ayant un contrat d'association au service public**. Dans ce cas, il existe deux cas de figure concernant la rémunération du praticien :
  - Soit le médecin libéral facture directement au patient son acte
  - Soit le centre hospitalier récupère l'intégralité du GHM et verse au médecin libéral ses honoraires.

Dans les deux cas, la prestation du praticien est soumise à une redevance d'ordre public dont le montant varie en fonction de la nature de la prestation et du lieu d'exercice.

En revanche, concernant les praticiens hospitaliers, le cadre réglementaire actuel leur permet simplement d'avoir une activité libérale au **sein de leur établissement public**, et à hauteur de 20% de la durée du service hospitalier hebdomadaire.

#### *Les évolutions possibles du cadre réglementaire*

Le **cadre réglementaire rigide** des différents outils de coopération ne permet pas une coopération optimale entre les acteurs du public et du privé où les intérêts de chacun sont préservés. A titre d'exemple, l'intervention des praticiens libéraux de gastro-entérologie aux urgences du CH d'Ajaccio faute de praticiens publics se fait actuellement dans le cadre de la réquisition. Malgré la création d'un CHRU de Corse, il est probable que pour certaines disciplines la disponibilité de praticiens soit principalement présente dans les établissements privés de Corse. Ainsi, il devient essentiel de faire évoluer **la forme conventionnelle** pour lui donner plus de souplesse et permettre aux établissements de définir entre eux à la fois les fonctionnements et les modalités de financements lors de partages de ressources

(humaines ou matérielles) **qui préservent leurs intérêts respectifs**. Par ailleurs, le statut actuel des praticiens hospitaliers empêche ces derniers d'aller exercer une activité libérale **à l'extérieur** de son établissement s'il est à temps plein. Il paraît ainsi nécessaire de faire évoluer le statut du praticien hospitalier afin de lui permettre une activité libérale **« hors les murs »**.

#### d) Des modalités de rémunération à revoir pour renforcer l'attractivité du territoire

Le chapitre 2 de ce document expose l'importance d'une coopération entre les établissements publics et privés pour organiser la permanence des soins des différentes filières médicales et chirurgicales. Pour faciliter et sécuriser cette dernière, les **rémunérations associées à la permanence des soins doivent évoluer** afin que les intérêts des différentes parties-prenantes soient préservés.

Le renforcement de l'attractivité de la Corse pour les praticiens hospitaliers passe aussi par **l'augmentation des incitations financières**. Certaines régions comme la Martinique ou la Guadeloupe proposent des rémunérations supérieures aux praticiens hospitaliers pour les attirer sur leur territoire. La Corse, quant à elle, n'y a pas le droit alors qu'elle fait face aux mêmes problématiques d'insularité. Dans le cadre du CHRU, il s'agira alors de rendre les rémunérations plus attractives pour les praticiens voulant s'installer en Corse.

L'universitarisation de certaines spécialités dans la perspective du CHRU implique une **augmentation du nombre d'internes et d'externes** dans les différents services des établissements publics et privés. Les surcoûts associés dans les établissements publics sont couverts par les crédits MERRI associés à ces postes. En revanche, dans les établissements privés la formation d'internes et externes étant **consommatrice de temps et ressources** (médicales et administratives), une **rémunération devra être prévue pour rendre attractive l'organisation de ces stages**.

Afin de favoriser également la venue d'internes, de praticiens et de paramédicaux en Corse et qui ont la perspective de s'y installer. Plusieurs leviers d'attractivité peuvent être mobilisés dont la mise en place de tarifs résidents pour les mobilités aériennes, le développement d'un écosystème d'aide à l'installation notamment la facilitation d'accès aux logements et la mise en place d'une aide aux conjoints pour trouver un emploi.

Par ailleurs, en intégrant le futur CHRU, les établissements privés seront confrontés à des coûts supplémentaires afin d'assurer des missions d'intérêt public. Une rémunération adéquate (type MIGAC) sera ainsi nécessaire pour ces établissements.

#### e) Le renforcement des coopérations public/privé reposent sur une amélioration des axes de mobilité

L'offre **actuelle de transports sanitaires** est fragile en Corse :

- Lorsqu'un déplacement est nécessaire pour bénéficier de soins dans les structures adaptées, la patientèle âgée et isolée doit **avancer les frais de prise en charge par un Véhicule Sanitaire Léger (VSL)**. Ces derniers étant extrêmement onéreux, l'accès aux soins est difficile pour ces personnes.
- Le **transfert d'un patient d'un établissement à un autre n'est pas pris en charge par la sécurité sociale**. A moins que l'établissement supporte les frais, le patient doit donc retourner à son domicile, pour ensuite être transféré par VSL.
- Les transferts dépendent également de la **disponibilité des hélicoptères** : actuellement, 3 hélicoptères sont à disposition (2 de la sécurité civile, 1 de la gendarmerie) et en cas d'urgence, un hélicoptère de l'armée (Puma de la base de Solenzara) peut être utilisé mais les coûts s'élèvent à 30 000 € par rotation.

Cependant, des initiatives ont été mises en place pour améliorer le transport urgent des patients. C'est notamment le cas du **numéro vert impulsé par la Collectivité de Corse et Inseme**, qu'il est possible d'appeler afin de **trouver des places dans les avions pour les patients et les accompagnants**.

Dans la perspective du CHRU, certaines **pistes d'amélioration** seront à creuser :

- Concerter les **services publics pour développer les axes de mobilité** en développant des lignes de bus supplémentaires que les patients pourront emprunter afin de se rendre sur le lieu de consultation.
- Imaginer une **liaison par avion entre Ajaccio et Bastia** pour faciliter les **transferts réguliers** de patients qui doivent se rendre d'un endroit à un autre pour bénéficier de consultations spécialisées. Cet avion pourrait, dans une certaine mesure, également servir aux déplacements des praticiens.
- Mettre en place un **hélicoptère dédié à la liaison entre les CH d'Ajaccio et de Bastia** pour assurer les **transferts urgents**.

## 4. LE DEVELOPPEMENT DES OUTILS E-PARCOURS PATIENT

### a) Le contexte actuel

Le **e-parcours** a pour objectif d'être un **lien essentiel entre les établissements** et tous les intervenants du sanitaire et du médico-social. D'une façon générale, la e-santé dans son ensemble doit être **au service de l'organisation des acteurs** et doit **répondre à leurs besoins**. Aujourd'hui en Corse, la **fonction Système d'Information est commune aux deux GHT et au CH de Castelluccio**. **3 niveaux de service sont proposés** : les services "socles" qui représentent les prérequis indispensables au développement de tous services numériques, les services "métiers" régionaux classiques et des services « plus-value ». Les grands principes reposent sur une identité pour chaque patient, commune à tous les SI. Un appui sur les services socles Ségur en particulier Mon espace santé pour le partage de documents et d'informations, une connaissance de tous les professionnels de santé sur le territoire. Le directeur du GIP e-corse santé en est le garant. Il s'appuie sur des partenaires tels que le GCS SIRS-Co et d'autres porteurs de projets.

#### *Les services socles*

Le premier service correspond "aux référentiels" ; ce sont des services identifiés dans la **doctrine technique nationale (Identité Nationale de Santé, Mon espace santé, MSS, ProSantéConnect, ROR)**. Ils devront être **opérationnels sur le**



**territoire dès 2027.** En région Corse, **deux éléments structurants** sont également déployés qui aident à l'urbanisation des SI régionaux : l'**EAI** pour l'interopérabilité et la connexion des SI qui n'utilisent pas le même langage ainsi que l'**ENRS** qui représente l'accès unique (portail professionnel) aux services numériques de la région.

### *Les services métiers*

Les services métiers sont des **services numériques régionaux** « classiques » pour répondre aux **coopérations régionales** notamment entre la ville et l'hôpital mais également entre les structures publiques et privées. Il s'agit à date de E-salut, le Dossier Communicant en Cancérologie, Viatrajectoire, le service d'accès aux soins (SAS), la plateforme de télémédecine régionale Alta Strada, un Entrepôt de données associé à un Système d'Information Décisionnel.

A titre d'exemple, E-Salut est une **solution de coordination des acteurs** dédiée aux professionnels de santé libéraux [PSL] des établissements de santé ainsi que les structures de coordination. Elle a permis la mise en place de deux projets : Oncolink et e-Vigilans. Oncolink est un projet porté en collaboration avec le CH de Bastia et le CH de Castelluccio, qui agit pour la **sécurisation des patients et le repérage précoce des effets indésirables dus à la prise des médicament anticancéreux par voie orale**. Vigilans, quant à lui, consiste en **l'élaboration d'un parcours de santé mentale** qui assure l'accompagnement, le suivi des personnes ayant fait des tentatives de suicides et la prévention de récidives.

Le Dossier Communicant en Cancérologie, encore en phase de construction, a pour finalité de **numériser pleinement le parcours du patient atteint d'un cancer** pour que les professionnels aient accès aux mêmes contenus et puissent participer à des RCP. Des inventaires des besoins sont en cours concernant les RCP hyper-spécialisées rendant possible des consultations pluriprofessionnelles.

### *Les services « plus-value »*

Les services « plus-value » **facilitent la coopération entre le public, le privé et les praticiens libéraux**. A titre d'exemple, les acteurs se sont accordés sur le développement d'une base régionale de stock de médicaments (utile en période de pandémie), un SI diagnostic partagé entre tous permettant d'attirer les généticiens (centralisation de l'activité d'anatomocytopathologie et de génétique moléculaire), un service de conciliation médicamenteuse, un module de pré per et post-opératoire permettant un meilleur suivi et prise en charge du patient. Cette liste est non exhaustive et reste à compléter avec des équipes médicales dans la perspective du CHRU.

#### **b) Les enjeux des e-parcours dans la perspective d'un CHRU**

La perspective du CHRU permettra **d'améliorer l'interopérabilité et l'accessibilité des données** aux différents établissements qui constitueront le CHRU sans distinction public/privé.

En ce qui concerne les services socles par exemple, la perspective du CHRU ouvre la voie au développement de services ville/hôpital incluant le sanitaire, le médico-social et le libéral accessible via l'**ENRS** (portail professionnel) aux services numériques de la région.

Par ailleurs et pour disposer d'un maillage complet au niveau régional et se rendre indépendant des SI du continent, **la perspective du CHRU permettra de développer des projets qui manquent à ce jour sur le territoire.**

- La mise en place d'un **système régional d'archivage et de communication de l'imagerie [PACS]** régional permettant de partager facilement des images pour de la télé-interprétation et une coordination entre les acteurs privés et publics. Actuellement, des échanges par Nexus, plateforme de télé-radiologie, ont lieu avec le continent notamment avec Nice pour de la téléexpertise concernant les AVC.

- La proposition d'un **portail aidant/patient**, agissant en complémentarité avec Mon Espace Santé, pour développer l'idée de l'EHPAD hors des murs, afin de privilégier le maintien à domicile et retarder au maximum l'institutionnalisation des personnes âgées dépendantes.
- La construction d'un **entrepôt de stockage de données** régionales à des fins de recherches, pour réaliser par exemple, des analyses prédictives à l'aide d'une intelligence artificielle.

## CHAPITRE 3 : UN CHR EN CHEMIN VERS L'UNIVERSITARISATION

### 1. DEVELOPPER UNE OFFRE DE FORMATION COMPLETE, ADAPTEE ET STRUCTUREE

La **formation** en santé représente un des **pilliers de la création d'un CHRU** pour assurer le **maillage territorial** de la prise en charge des patients et **renforcer la qualité de l'offre de soins**. La disponibilité des personnels qualifiés est déterminante dans la structuration de l'offre de soins à l'échelle régionale, pour parvenir à **coordonner les stratégies locales** et **couvrir les besoins de la population** avec une offre hospitalière publique et privée complète et une médecine de ville développée. Ce volet de la création du CHRU en Corse est d'autant plus important que la région fait face à des **déserts médicaux conséquents** qui risquent de s'accroître au vu du nombre de départs en retraite des personnels médicaux estimé pour les années à venir. Il apparaît donc indispensable **d'investir dans la formation de jeunes professionnels médicaux et paramédicaux** et d'être en mesure de **sécuriser leur installation en Corse** à la fin de leur cursus universitaire.

La présente partie dresse l'état actuel de la formation médicale et paramédicale en Corse avant d'exposer les travaux initiés pour la création du premier cycle de médecine complet et de proposer un modèle organisationnel innovant pour les stages. Elle esquissera enfin les perspectives d'universitarisation des formations paramédicales.

#### a) Développer la formation médicale

##### *L'état des lieux de la formation médicale en Corse*

Depuis 2004, l'Université de Corse permet aux étudiants de réaliser la première année de parcours spécifique « accès santé » (**PASS** – PACES avant la réforme des études médicales) ou de « licence à option accès santé » (**LAS** – voie d'intégration complémentaire à la PASS) à Corte (médecine, maïeutique, odontologie, pharmacie, kinésithérapie). En l'absence de CHRU en Corse, le dispositif de formation médicale s'est structuré avec **l'appui d'Universités partenaires** (Université de Paris Cité, Aix-Marseille Université, Université de Côte d'Azur et Université de Montpellier) afin que les étudiants ayant effectué leur première année de PASS-LAS à Corte puissent poursuivre leur cursus au sein de ces universités. D'autres formations sont également dispensées en Corse :

- Diplôme d'Université (DU) en Formation Continue « Implantologie Orale », « Soins Palliatifs et Accompagnement », « Cicatrisation », « Crises et Catastrophes – Management des Secours et des Soins ».
- Diplôme d'Etudes Universitaires Scientifiques et Techniques (DEUST) « Analyse des Milieux Biologiques »
- Master « Ingénierie de la Santé – Parcours Aide à la Personne »

Ces parcours ont été aménagés afin de répondre à un double objectif : permettre aux étudiants de faire des études d'excellence dans le domaine médical en Corse et de **contenir le phénomène de désertification médicale** sur ce territoire. Des premiers résultats sont à relever : entre 2004 et 2012, le développement de l'offre de formation a favorisé l'installation de 44 médecins généralistes sur les 67 ayant effectué leur première année à Corte, et celle de 36 spécialistes.

La

PROMOTIONS	RÉUSSITE EN MÉDECINE	NOMBRE D'ÉTUDIANTS AYANT CHOISI LA MÉDECINE GÉNÉRALE	NOMBRE DE RETOUR EN CORSE D'ÉTUDIANTS EN MÉDECINE GÉNÉRALE	NOMBRE DE RETOUR EN CORSE D'ÉTUDIANTS EN SPÉCIALITÉS	NOMBRE D'INSTALLATION HORS CORSE D'ÉTUDIANTS EN MÉDECINE GÉNÉRALE ET SPÉCIALITÉS
2004-2005	9	6	6	2	1
2005-2006	20	12	6	5	9
2006-2007	20	5	2	8	10
2007-2008	23	11	10	2	10
2008-2009	23	8	6	9	8
2009-2010	23	8	4	4	14
2010-2011	23	8	5	4	12
2011-2012	26	9	5	2	18
TOTAL	167	67	44	36	82

Figure 1 : Installations en Corse des médecins issus de la première année des études de Santé de l'Université de Corse

### création d'un premier cycle d'études médicales complet

Afin de consolider l'offre de formation médicale en Corse et renforcer la dynamique impulsée par la création de la PASS-LAS, des travaux ont été initiés pour **structurer le parcours de premier cycle de médecine complet**. A ce titre, une **demande d'action prioritaire** pour créer ce premier cycle d'études médicales avec l'ouverture de la deuxième année en septembre 2024 et de la troisième en septembre 2025 a été déposée **auprès du Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche**. Dans cette perspective, un travail est en cours avec Aix-Marseille Université, l'Université de Côte d'Azur et l'Université Paris Cité afin de définir les nouvelles modalités induites par cette évolution :

- Les universités partenaires dispenseront une partie des cours de deuxième année en Corse. Cela représenterait 315 heures sur les 630 prévues au total.
- Les universités partenaires récupéreront les étudiants Corses à partir du deuxième cycle d'études médicales (c'est-à-dire en 4<sup>ème</sup> année).

Dans un souci d'amélioration continue et de finalisation du programme détaillé des cours de deuxième année, l'Université de Corse a mené une **enquête auprès des anciens étudiants** ayant réussi leur première année d'études de santé pour mesurer **l'impact de la formation sur le devenir des professionnels de santé**, dessiner une cartographie précise sur les choix de spécialité et l'implantation géographique des médecins, et recueillir les avis des professionnels sur la formation et ses perspectives d'évolution. Dans la perspective de création d'un CHRU en Corse :

- 63,3% des enquêtés ayant obtenu leur diplôme d'état sont intéressés pour y exercer une partie ou la totalité de leur métier
- 64,2% de ceux n'ayant pas encore obtenu leur diplôme d'état sont intéressés pour y exercer une partie ou la totalité de leur métier

- 69,9% de ceux de la **filière médecine** ayant obtenu leur diplôme d'état sont intéressés pour y exercer une partie ou la totalité de leur métier
- 63,5% de ceux de la **filière médecine** n'ayant pas encore obtenu leur diplôme d'état sont intéressés pour y exercer une partie ou la totalité de leur métier

Les résultats de l'enquête menée par l'Université de Corse figure en annexe 8 de ce document.

La création de ce premier cycle universitaire complet en Corse est perçue par les acteurs locaux comme un **facteur d'attractivité** et un moyen **d'ancrer les étudiants sur le territoire** dans la perspective de leur installation future. La possibilité d'effectuer les trois premières années des études universitaires de médecine en Corse permet également de **soutenir l'ambition des étudiants** pour qui un éloignement géographique représente un frein pour la poursuite de leurs études (contraintes financières, économiques, matérielles...).

Un dispositif organisé de parrainage des étudiants en premier cycle par les praticiens déjà installés en Corse permettrait de mieux préparer leur retour et leur installation.

### Les ressources nécessaires identifiées et les coûts associés

L'ouverture d'une deuxième et d'une troisième année des études médicales suppose la **mobilisation de ressources supplémentaires** (administratives et pédagogiques en particulier) pour renforcer le corpus de formation. Une estimation du montant que l'Université devra investir pour couvrir les coûts liés à ces recrutements a été réalisée, ci-dessous les **salaires chargés** :

- 276 000 € pour le recrutement de trois maîtres de conférences en 2024, 2025, 2026
- 128 000 € pour le recrutement de deux assistants ingénieur en 2024
- 130 000 € pour le recrutement d'un professeur des universités en 2026

	2024		2025		2026		TOTAL
	EFFECTIF	COÛT	EFFECTIF	COÛT	EFFECTIF	COÛT	
PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS	0	0€	0	0€	1	130 000€	130 000€
MAÎTRE DE CONFÉRENCE	1	92 000€	1	92 000€	1	92 000€	276 000€
ASSISTANT INGÉNIEUR	2	128 000€	0	0€	0	0	128 000€
<b>TOTAL</b>		<b>220 000€</b>		<b>92 000€</b>		<b>222 000€</b>	<b>534 000€</b>

Figure 2: Estimation des effectifs et coûts associés sur 3 ans pour la création des deuxième et troisième années d'études médicales

Les besoins pédagogiques concernent en premier lieu des **enseignants chercheurs** (PU et MCF) dans la mesure où il apparaît compliqué de recruter des professeurs universitaires – praticiens hospitaliers (PU-PH) à court terme tant le processus de recrutement est long (~2 ans).

Pour pallier ce manque, un système de **détachement des PU-PH** avec les universités partenaires est envisageable et pourrait faire l'objet de discussions à mener avec les universités en question dans le cadre de la convention, notamment avec AMU, UCA et Paris Cité. **Deux étapes seront donc nécessaires au recrutement des PU-PH** pour répondre aux besoins de la création d'un premier cycle de médecine complet dans le cadre du projet de création du CHRU :

- ◆ **Première étape** : grâce au système de détachement, des PU-PH expérimentés des universités partenaires pourraient venir exercer en Corse et seraient chargés, en partie, de former de jeunes PU-PH sur place afin qu'ils puissent à terme, prendre le relais.
- ◆ **Deuxième étape** : négocier l'ouverture de postes de PU-PH spécifiques à l'université de Corse pour ne plus être tributaire des PU-PH du continent.

### *Le besoin de création de l'UFR de médecine*

La création d'une **UFR de médecine** est indispensable dans un projet de CHRU dans la mesure où les demandes de postes d'enseignants émanent de cette structure. La définition de ses modalités de création et des moyens RH et financiers à mettre en œuvre sera envisagée dans un second temps, puisqu'elle dépendra en partie des négociations liées aux prises de décision concernant l'ouverture du CHRU.

Les travaux en cours pour la consolidation de l'offre de formation médicale et paramédicale en Corse sont d'ores-et-déjà bien avancés et **confortent la volonté de la Corse de structurer le volet universitaire du CHRU.**

**Piste de travail n° 17** Achever la création du premier cycle de médecine complet en Corse afin d'augmenter l'attractivité du territoire et de tenter d'ancrer les étudiants sur le territoire dans la perspective de leur installation future.

### **b) Développer la formation paramédicale**

L'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) de Corse dispose de deux antennes (une à Ajaccio et une à Bastia) et propose une fois par semaine des cours communs à Corte. Les formations d'Infirmiers de Blocs Opératoires Diplômés d'Etat (IBODE), d'Infirmiers Anesthésistes Diplômés d'Etat (IADE), de manipulateurs radios et de préparateurs en pharmacie **font l'objet d'une forte demande d'universitarisation.**

### *Les perspectives d'universitarisation de l'offre paramédicale*

Afin de couvrir les besoins locaux pour assurer la permanence des soins et le bon fonctionnement des structures, **l'offre de formation paramédicale** doit être étoffée. Cette démarche suppose le **renforcement de la reconnaissance des professionnels paramédicaux** en délivrant un enseignement d'un niveau universitaire plus affirmé (notamment pour les IBODE, IADE, cadres, manipulateurs radio...).

Actuellement, le futur schéma des besoins en ressources paramédicales est en cours de rédaction et entrera en cohérence avec le PRS3 de l'ARS de Corse. A ce stade, certaines données peuvent être avancées :

- Parmi les emplois relevant du sanitaire dans le secteur public, 62% sont des soignants (IDE, AS, AP et médecins)
- Parmi les emplois relevant du sanitaire dans le secteur privé, 42% sont des soignants<sup>37</sup>.

<sup>37</sup> OPCO Santé

Les **besoins en recrutement** dans les secteurs publics et privés sont considérables. Différents critères comme les projections de départs à la retraite et les postes non pourvus permettent de dresser un **premier état des lieux des besoins** :

- 131 aides-soignantes
- 123 IDE
- 205 aides à la personne

A noter que ces chiffres sont en deçà de la réalité à cause des différents biais de l'enquête. Par ailleurs, la plateforme de l'autonomie (conventionnée par la CNSA et la Collectivité de Corse) doit prochainement réaliser un travail exhaustif afin de réaliser un état des besoins et des formations à mettre en place.

Ces estimations **confortent la nécessité de développer l'offre de formations paramédicales** en vue de les universitariser pour faire face aux pénuries de paramédicaux et former des personnels qualifiés et désireux de s'installer en Corse.

La création d'une **formation tournante** (manipulateurs radio, IBODE, IADE, cadres de santé...) pourrait être une solution pour apporter une réponse à ces besoins spécifiques. Il s'agira alors d'établir une stratégie de formation par séquence en évaluant régulièrement les besoins RH de ces professions afin d'anticiper dans le temps les cycles de formation. Un DEUST ouvert par les Centres de Formation des Apprentis (CFA) de Haute-Corse et de Corse-du-Sud existe également pour la formation des préparateurs en pharmacie : l'Université a l'intention de nouer un partenariat avec ce DEUST et l'ouverture d'une licence professionnelle (BAC +3) pourrait être envisagée.

**Piste de travail n° 18** Renforcer l'offre de formations paramédicales (MER, IBODE, IADE, cadres de santé...) notamment par la création, au sein de l'Université, d'une école des paramédicaux proposant une formation tournante en fonction des besoins spécifiques.

### c) Renforcer les liens entre l'Université et les établissements et proposer un modèle organisationnel innovant pour les stages

#### *Les stages d'internat en Corse*

La Corse dispose d'un **nombre conséquent de stages d'internat agréés** et les internes proviennent majoritairement des Universités partenaires de l'AMU et de l'UCA. Même si les internes de Bastia ne font plus exclusivement partie de la subdivision de Nice et ceux d'Ajaccio d'Aix-Marseille, les postes d'internes dans les établissements Corses ne restent pas suffisamment proposés aux internes des deux CHU, et le **découpage Nice/Marseille persiste**.

Dans l'objectif de développement de chacun des CHU de la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur (PACA), l'Université de Corse, l'ARS et la Collectivité de Corse ont déposé une demande auprès du ministère de la Santé et de la Prévention pour obtenir un **quota d'internes propre à la Corse** afin d'avoir un nombre d'internes **en adéquation avec les besoins du territoire** et de pouvoir accueillir des internes provenant de tous les CHU du continent. Ce dossier est en cours d'instruction.

En Corse, seulement une **faible partie des stages agréés sont pourvus**. A titre d'exemple, pour le premier semestre 2023 :

- 60% des stages agréés en médecine générale en milieu hospitalier sont pourvus
- 28,5% des stages agréés en médecine générale hors milieu hospitalier sont pourvus
- 30% des stages agréés en médecine de spécialité sont pourvus

Il est également important de souligner le **manque de stages agréés pour les établissements privés lucratifs**.

	MÉDECINE GÉNÉRALE		MÉDECINE DE SPÉCIALITÉ		DOCTEURS JUNIORS DE SPÉCIALITÉ
	STAGES AGRÉÉS	STAGES POURVUS	STAGES AGRÉÉS	STAGES POURVUS	
CH Ajaccio	14	14	27	9	3
CH Bonifacio	1	-	-	-	-
CH Calvi-Balagne	1	-	-	-	-
CH Castelluccio	1	1	9	-	1
CH Bastia	11	-	57	15	2
Clinique du Toga	1	-	-	-	-
CRF Finosello	1	1	-	-	-
EFS PACA Corse	-	-	2	-	-
Clinisud	-	-	1	-	-
CRF Molini	-	-	5	-	1
Clinique Filippi	-	1	-	-	-
Académie de Corse	1	-	1	-	-
Collectivité de Corse	2	-	1	-	-
Médecins de Ville	53	16	-	-	-
SST Haute-Corse	-	-	2	-	-
ARS Corse	-	-	1	-	-
SIST Corse du Sud	-	-	1	-	1
<b>TOTAL</b>	<b>86</b>	<b>33</b>	<b>107</b>	<b>24</b>	<b>8</b>

Figure 3: Recensement des terrains de stage d'internat pour le premier semestre 2023

Il existe donc un **écart significatif entre le nombre de stages agréés et le nombre de stages pourvus** : la Corse dispose d'un nombre satisfaisant de terrains de stages d'internat dans le secteur public mais **ces possibilités ne sont pas optimisées**. Cette difficulté à pourvoir les stages s'explique en partie par un **défait de communication** auprès des étudiants des Universités de Nice et Aix-Marseille. Plusieurs leviers ont été identifiés pour pallier ce manque :

- La **création d'un réseau virtuel** pour diffuser des informations sur les offres de stages auprès de la diaspora des étudiants issus de Corse partis poursuivre leurs études sur le continent. Ce réseau pourrait prendre la forme d'un groupe LinkedIn limité aux étudiants et institutions Corses.
- La **participation de praticiens Corses aux congrès nationaux** pour gagner en représentativité et visibilité

### Les stages du 1er cycle

Par ailleurs, en **médecine libérale**, les étudiants de premiers et deuxième cycle de médecine ont la possibilité d'effectuer des **stages de deux jours** pour les familiariser avec le milieu libéral et sensibiliser les futurs médecins à une possible installation en Corse. Depuis 2022, cette initiative issue d'une **convention tripartite** entre l'Union Régionale des Professions de Santé (URPS) des médecins libéraux, l'Université de Corse et la Collectivité de Corse a incité 45 médecins libéraux à proposer des stages dans leur cabinet. Ce dispositif devrait s'ouvrir à d'autres filières telles que la maïeutique, la pharmacie et la kinésithérapie.

### Proposer un modèle organisationnel innovant pour les stages

Dans l'objectif de développer les terrains de stage et d'inciter les étudiants du continent à effectuer leur stage en Corse, les acteurs concernés (Université, ARS, Centres Hospitaliers réunis au sein des deux GHT, organisations représentatives des médecins libéraux et des établissements privés de santé...) doivent se **coordonner** et des actions sont à mener. A ce titre, quatre sujets font l'objet de **demandes de dérogations pour proposer un modèle organisationnel innovant pour les stages** :

1. Offrir la possibilité aux étudiants du continent de **faire un stage en Corse sans qu'il soit décompté de leur quota de stage qu'ils peuvent effectuer hors CHRU ou subdivision de rattachement**. Cette démarche donnerait l'opportunité aux étudiants Corses partis sur le continent pour poursuivre leurs études de revenir sur leur territoire d'origine et de les fidéliser.
2. Allouer à la Corse un **quota d'internes spécifique** au territoire pour s'émanciper des stratégies des CHU de la région PACA et endiguer la baisse progressive du nombre de médecins généralistes et spécialistes en Corse. Cette demande a déjà été déposée auprès du ministère de la Santé et de la Prévention. Elle est en cours d'instruction.
3. Transférer la responsabilité des agréments de stages d'internat proposés en établissements Corses de l'ARS PACA à l'ARS Corse.
4. Déposer des demandes d'agrément de stages associant les équipes publiques et privées pour une discipline. Prévoir une indemnisation spécifique, compensatrice de la perte de revenus, pour les **praticiens libéraux pour le temps consacré aux activités pédagogiques**. On peut par ailleurs attendre de l'inclusion des praticiens libéraux dans la formation des internes un impact sur leurs pratiques et la diffusion des innovations thérapeutiques dans la pratique libérale.

Ces demandes de dérogation s'inscrivent dans la **volonté des acteurs Corses de créer un CHRU au modèle innovant et appuient leur engagement pour l'aboutissement du projet**.

### *Considérer la création d'un Conseil de l'Institut original pour initier le rapprochement entre l'Université et les établissements*

Afin d'engager le rapprochement et la coopération entre l'Université et les établissements de santé de Corse, la constitution d'une **instance décisionnelle adaptée aux enjeux de la formation des professionnels sur le territoire** est essentielle. Cette dernière serait une **évolution du Conseil de l'Institut** actuel (Institut Universitaire de Santé IUS) de Corte dans le but d'organiser la formation des étudiants, définir les enseignements, agréer et désigner les terrains de stage, promouvoir les offres de stages, d'organiser et de réaliser toute action de formation continue en direction des professions médicales et paramédicales et fédérer autour de cette formation l'ensemble des acteurs clés de la santé en Corse.

Le Conseil d'Institut est composé de 25 membres ayant voix délibérative :

- **Le Président de l'Université de Corse ou son représentant ;**
- **Huit (8) représentants des enseignants-chercheurs** nommés par le Président de l'Université parmi les enseignants-chercheurs de l'établissement ;
- **Un (1) représentant des personnels ingénieurs, administratifs, techniques, sociaux et de santé (IATSS)** nommé par le Président de l'Université parmi les personnels IATSS de l'IUS ;
- **Quatre (4) représentants des étudiants :**
  - Deux (2) étudiants inscrits de l'Université de Corse élus par et parmi les étudiants inscrits à l'IUS ;
  - Un (1) étudiant inscrit à l'IFSI d'Ajaccio désigné par l'IFSI ;



- Un (1) étudiant inscrit à l'IFSI de Bastia désigné par l'IFSI ;
- **Onze (11) personnalités extérieures :**
  - Trois (3) personnalités désignées par les partenaires institutionnels :
    - Une (1) désignée par l'ARS de Corse ;
    - Une (1) désignée par la Collectivité de Corse ;
    - Une (1) désignée par l'Académie de Corse.
  - Cinq (5) personnalités désignées par les partenaires hospitaliers :
    - Une (1) désignée par le Centre Hospitalier d'Ajaccio ;
    - Une (1) désignée par le Centre Hospitalier de Bastia ;
    - Une (1) désignée par le Centre Hospitalier de Corte ;
    - Une (1) désignée par [établissement privé de Haute-Corse]
    - Une (1) désignée par [établissement privé de Corse-du-Sud]
  - Trois (3) personnalités désignées par les partenaires académiques :
    - Une (1) désignée par l'Université de Paris Cité ;
    - Une (1) désignée par Aix-Marseille Université ;
    - Une (1) désignée par l'Université de Côte d'Azur.

La durée des mandats des membres du Conseil est de 4 ans sauf pour les étudiants dont la durée du mandat s'élève à un (1) an.

Les personnalités extérieures cessent leurs fonctions si elles perdent la qualité au titre de laquelle elles sont désignées ; elles sont alors remplacées par des personnes nommées dans les mêmes conditions et pour la durée du mandat restant à courir.

Le directeur et directeur adjoint de l'Institut assiste au Conseil avec voix consultative s'il ne fait pas partie des représentants des enseignants-chercheurs nommés par le Conseil d'Administration sur proposition du Président.

Des compositions restreintes de ce conseil pourront être mis en œuvre suivant l'ordre du jour.

Les membres de ce conseil seraient **nommés par le Président de l'Université** et validés par le conseil d'administration de l'Université. D'autres membres, tels que l'Ordre des Médecins pourraient compléter ce conseil en tant que membres invités.

Cette proposition d'évolution du Conseil de Gestion représente un **élément fondamental pour la gouvernance du volet formation du CHRU de Corse**.

En parallèle, d'autres leviers pour renforcer les liens entre l'Université et les établissements ont été identifiés :

- La création d'un **Groupement de Coopération Sanitaire** (GCS) entre les établissements publics et privés et l'Université pour faire de la **prospection sur l'avenir des formations en santé**.
- L'organisation de **rencontres entre praticiens et étudiants** à l'occasion de séminaires, congrès, formation pour développer le **réseau des professionnels de santé** en Corse et encourager **l'ancrage des étudiants** sur le territoire dans la perspective de leur installation future.

**Piste de travail n° 19** Offrir la possibilité aux étudiants du continent de faire un stage en Corse sans qu'il soit décompté de leur quota de stage qu'ils peuvent effectuer hors CHRU ou subdivision de rattachement.

**Piste de travail n° 20** Allouer à la Corse un quota d'internes spécifique au territoire pour s'émanciper des stratégies des CHU de la région PACA et endiguer la baisse progressive du nombre de médecins généralistes et spécialistes en Corse.

**Piste de travail n° 21** Transférer la responsabilité des agréments de stages d'internat proposés en établissements Corses de l'ARS PACA à l'ARS Corse.

**Piste de travail n° 22** Déposer des demandes d'agrément de stages associant les équipes publiques et privées pour une discipline. Prévoir une indemnisation spécifique pour les praticiens libéraux pour le temps consacré aux activités pédagogiques.

## 2. UNE METHODE DEFINIE POUR LA PRIORISATION DES FILIERES A UNIVERSITARISER

La dimension universitaire d'un CHRU passe aussi par l'**universitarisation de filières** en vue de consolider la formation des jeunes professionnels sur certaines disciplines et spécialités, et d'endiguer ainsi le phénomène de désertification médicale qui touche la Corse.

Afin d'identifier les **filiales à universitariser en priorité**, deux critères majeurs ont été établis par les acteurs concernés :

- La **carence médicale** dans les filières où la population Corse a des besoins importants. L'universitarisation permettra à long terme de renforcer les filières en grande difficulté et de permettre la formation de jeunes médecins.
- La **capacité d'accueil des internes** des établissements du territoire. En effet, ouvrir un poste de PU-PH dans une filière n'est intéressant seulement si un effectif minimum d'internes est assuré afin de garantir la pérennité de la filière.

Cependant, le **manque de PU-PH** en Corse constitue un frein à l'universitarisation de certaines filières. Différents éléments sont envisageables pour favoriser le recrutement de PU-PH :

- Promouvoir un praticien hospitalier déjà présent sur le territoire ayant les aptitudes nécessaires pour devenir professeur associé.
- Faire appel à des professeurs associés pour le développement des filières à universitariser.
- Recruter des PU-PH formés ailleurs pour porter l'universitarisation d'une filière en leur créant un environnement favorable au développement de leur filière (collaborateurs, rattachement à une unité de recherche, équipement adéquat...).

Des travaux importants ont déjà été réalisés par l'ARS permettant **d'associer à chacune des filiales hospitalières un score de criticité** en comparaison au niveau national, qui se base sur différents paramètres :

- La **pyramide des âges** des médecins toutes spécialités confondues par département (2A, 2B) et par sexe. La pyramide est favorable pour les moins de 35 ans depuis que la première année de médecine est proposée à Corte. Les médecins de plus de 69 ans représentent 10% de l'effectif total.
- La **densité médicale** Corse dans les établissements publics et la densité de médecins libéraux.
- Le **recensement des postes vacants** et la dépendance à l'afflux de praticiens venant exercer en Corse mais non-inscrits au Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS).

- Le **taux de fuite** et la raison des fuites (démographie médicale, manque d'équipement, notoriété des médecins du continent...).

Cette démarche pourrait à terme être utilisée afin de sélectionner et prioriser les filières à universitariser dans le futur CHRU. Il s'agira ainsi **d'assurer la qualité et l'exhaustivité des données d'entrée** afin que le choix des filières soit basé sur des critères objectifs et quantifiés. A titre d'exemple, si l'on considère les scores de criticité établis en 2019, les filières à universitariser seraient la rhumatologie, la néphrologie, la pneumologie et la neurologie médicale.

**Piste de travail n° 23** Associer un score de criticité aux filières hospitalières en se basant sur la pyramide des âges des médecins, sur la densité médicale, sur le nombre de postes vacants et sur le taux de fuite et universitariser en priorité les filières les plus critiques.

### 3. UNE ACTIVITE DE RECHERCHE A STRUCTURER

La **recherche médicale** est un axe incontournable de la création d'un CHRU pour **conforter la stratégie de développement de la formation universitaire**. Elle constitue une mission du service public hospitalier et un facteur déterminant pour les dotations de l'établissement. Sa structuration permet d'étudier les causes des pathologies et d'évaluer de nouvelles avancées diagnostiques et thérapeutiques dans le but de prévenir les pathologies et d'améliorer la prise en charge des patients.

La **recherche en Corse est déjà féconde** pour certaines activités mais **doit être confortée dans la perspective de la création d'un CHRU**. La stratégie de recherche doit être définie en tenant compte des **spécificités de la Corse** et des **problématiques de sa population** (insularité, population vieillissante et isolée...).

La présente partie dresse un **état des lieux** des principales activités de recherche en Corse qui se sont structurées ces dernières années avec des acteurs porteurs des projets et initiatives pour développer la recherche clinique et fondamentale. Elle précise ensuite la **stratégie de recherche** envisagée dans le cadre de la création du CHRU.

#### a) L'état des lieux des activités de recherche en Corse

Cette partie ne présente pas un état des lieux exhaustif de la recherche en Corse, mais elle **expose les activités de recherche les plus avancées à ce jour et leurs perspectives d'évolution**.

##### *L'activité de recherche en cardiologie*

La recherche clinique en cardiologie a été initiée en 2009 en Corse avec la création d'une association indépendante des structures hospitalières et de l'Université : l'Association de Recherche et de Formation en Cardiologie Interventionnelle, qui a permis de recruter une Attachée de Recherche Clinique (ARC). Ces travaux ont abouti à la création d'une **Unité de Recherche Clinique (URC) au sein du CH de Bastia en 2022**.

En dix ans, **850 patients ont été inclus dans les études cliniques** sur le centre de recherche (études multicentriques randomisées, registres...). Deux thèses et mémoires ont également été réalisées sur :

1. L'impact de la réadaptation cardiaque sur l'adhésion au régime méditerranéen
2. L'impact de la réadaptation cardiaque sur la fonction diastolique et les capacités fonctionnelles

Des **projets régionaux d'Article 51** sont également en **phase d'expérimentation** comme :

- **EVA Corse** (porté par le CHB) qui est un programme de réadaptation cardiaque au plus près des patients en s'appuyant sur les SSR et les équipes de soins primaires et en mobilisant un mode de financement forfaitaire intégrant une prime d'efficacité et de qualité. Actuellement, une centaine de patients ont terminé l'expérimentation.
- **Read'hy** qui est un programme de réadaptation cardiaque connectée de dix semaines avec un suivi à distance et une évaluation hebdomadaire en présentiel.

La structuration de cette activité de recherche est **cohérente avec certaines problématiques** auxquelles la Corse est confrontée : le vieillissement avéré de la population et la prévalence des pathologies chroniques telles que les maladies cardio-vasculaires et certains types de cancers.

### *L'activité de recherche en épidémiologie et virologie des maladies infectieuses*

Avec l'intensification de la mondialisation et des changements climatiques globaux, le **rythme d'émergence des épidémies à l'échelle régionale comme mondiale ne cesse de s'accroître**. La structuration de la recherche en épidémiologie et virologie des maladies infectieuses en Corse vise à **prévenir l'émergence de maladies**. En pratique, des **systèmes de détection des pathogènes** potentiellement émergents et pouvant représenter un risque sanitaire en Corse sont développés. Cette recherche se fera à la fois chez l'homme, l'animal et les vecteurs qui véhiculent les agents pathogènes. Une telle approche implique un **effort transdisciplinaire** dans le but commun d'aider à la prédiction, la prévention et la préparation aux menaces sanitaires. Pour ce faire, il est prévu de mettre en place une **collaboration de type One-Health** au niveau de la Corse incluant différentes compétences et expertises locales et nationales. Cette collaboration, en plus de permettre une réalisation exhaustive des objectifs, permettra de **consolider les relations entre les institutions corse et nationales** (voire internationales) et participera ainsi au **rayonnement de la Corse**. L'expertise de l'Unité de Valorisation Énergétique (UVE) dans le développement de techniques de détection des agents pathogènes émergents et à risque d'émergence est et sera fondamentale dans la réalisation de ces travaux de recherche.

Pour structurer cette activité de recherche, l'**UR7310** (Université de Corse Pascal Paoli – Antenne Méditerranée du réseau sentinelles INSERM) a été créée autour de six axes principaux :

- ◆ Développer le projet scientifique : l'objectif principal est de développer un modèle d'Observation du Vivant de type One Health via la mise en place d'un système de **recueil épidémiologique et virologique** pertinent basé sur les technologies de l'information les plus récentes des cas incidents et prévalents des pathologies humaines et animales. Ce dispositif permettrait également de dresser une liste d'agents émergents susceptibles de présenter des risques sanitaires.
- ◆ Participer au **développement des systèmes d'alerte** et de **veille sanitaire** en Corse via :
  - L'animation et l'organisation de l'Antenne Méditerranée du réseau Sentinelles INSERM. Cette antenne rassemblant trois régions (la Corse, PACA et l'Occitanie) est constituée de plus de 200 médecins généralistes et pédiatres participant aux activités de surveillance et de recherche du réseau Sentinelles.
  - Une collaboration étroite avec l'ARS de Corse et la Cellule Interrégionale Épidémiologique (CIRE) PACA-Corse.
- ◆ Renforcer la **collaboration multidisciplinaire** avec les professionnels de la santé humaine (hospitaliers, libéraux, santé communautaire), de la santé animale (vétérinaires, INRAE, CIRAD), les chercheurs (virologues, infectiologues, épidémiologistes) et autres professionnels concernés. L'unité de recherche participe au développement des activités de recherche de la Fédération de Recherche (FRES) de l'Université de Corse.
- ◆ Continuer à **s'ouvrir à l'international** via la participation à des projets de type H2020 au niveau européen.

- ◆ Valoriser les travaux de recherche et de surveillance de l'UR7310 en vue de **développer de nouveaux partenariats (académiques et extra-académiques)**.
- ◆ Contribuer à la **formation de doctorants et des jeunes docteurs** sur les problématiques de l'unité.

A ce jour, **trois thématiques** majeures de recherche ont été développées par cette unité :

1. Les aspects épidémiologiques et virologiques de l'infection par le virus de l'Hépatite E
2. La dynamique épidémiologique des pathologies respiratoires (SARS-CoV-2 et influenza) en population générale et en médecine générale (réseau Sentinelles)
3. La caractérisation des agents pathogènes transmis par les tiques (en collaboration avec l'UVE)

L'équipe de recherche dispose de **deux laboratoires équipés** et est parvenue à **constituer un réseau territorial** autour de ces thématiques. Le nombre de publications de l'unité en épidémiologie et virologie a doublé : de 2011 à 2015, 22 publications ont été réalisées, tandis que **44 ont été comptabilisées sur la période 2016-2021**.

L'ensemble des projets de cette unité sont développés **en accord avec les spécificités de la Corse**. La Corse est un **excellent site pour étudier le cycle épidémiologique de pathogènes émergents** et à risque d'émergence à l'interface entre les humains et les animaux dans des écosystèmes diversifiés. Les caractéristiques spécifiques de l'île permettent de déterminer des paramètres multifactoriels combinés (les paramètres environnementaux et climatiques, les caractéristiques du virus et de ses vecteurs et leur écologie) possiblement impliqués dans la circulation de pathogènes émergents. L'objectif principal étant de déterminer le cycle biologique, écologique et épidémiologique de virus émergents, dans une zone définie par une grande variété d'écosystèmes en utilisant une approche intégrative (observationnelle et expérimentale), multi-échelle et One Health. Les **acteurs non académiques** (comme l'Office du Développement Agricole et Rurale de Corse, le Parc Naturel Régional de Corse, les laboratoires d'analyse médicale...) **sont impliqués** dans nos projets et associés à nos publications.

#### *L'activité de recherche sur le vieillissement*

A l'heure actuelle, la **recherche appliquée et expérimentale** en Corse autour du **vieillessement** normal et pathologique **se résume à quelques travaux empiriques**. Le principal **frein** identifié est **l'absence d'IRM fonctionnel et de PET-Scan** nécessaires à la recherche en neurosciences, notamment pour les biomarqueurs de maladies neurodégénératives.

Dans le cadre de la mise en œuvre du schéma de l'autonomie 2022-2026, la Collectivité de Corse a initié des travaux en vue de la création d'un **gérontopôle en Corse**. Ce projet est une démarche novatrice pour favoriser l'émergence de nouvelles actions et initiatives au **bénéfice des personnes âgées** avec l'ensemble des acteurs du champ du **bien vieillir**, mais aussi de ceux relevant des champs du développement territorial, de la recherche, de l'économie et de la formation. Sur le modèle des huit gérontopôles existants déjà en France, le cahier des charges prévoit une articulation bâtie autour d'un noyau académique, clinique et économique. En tant que partenaire académique du projet, l'Université de Corse est associée à la démarche de création du futur gérontopôle corse et participe à la mise en œuvre d'un laboratoire vivant ou « **Living Lab** ». En servant d'incubateur pour des projets de recherche et d'innovation dans les domaines de l'habitat adapté, évolutif, connecté, intelligent et pour tout projet pluridisciplinaire alliant les Sciences Humaines et Sociales avec les Sciences du Numérique, le « Living Lab » devrait contribuer au développement de l'innovation à travers la recherche et l'expérimentation de solutions innovantes dédiées aux usagers de la société civile (personnes fragiles vieillissantes ou en perte d'autonomie, aidants familiaux, professionnels de santé) et favoriser la montée en compétences des professionnels et des aidants à travers la formation. Cette structure permettra d'encourager **le développement de projets de recherche et d'innovation en associant différents acteurs** : les universitaires, les usagers et les industriels.

En parallèle, le Centre Mémoire de Ressource et de Recherche (CMRR) permet de **dispenser des consultations mémoire** à Bastia et Ajaccio et des consultations de proximité. Cette structure soutient également le **projet ICOPE** co-piloté par la FCCIS qui est une démarche d'expérimentation pour la **prévention structurée afin de réduire la perte d'autonomie**. L'approche est fonctionnelle, déterminée par l'évaluation et le suivi des capacités intrinsèques dès soixante ans (locomotion, état nutritionnel, santé mentale, cognition, audition, vision) suivie d'actions de prévention ciblées. A ce titre, des ateliers mémoire, mobilité, gestion de émotions sont dispensés.

L'activité de recherche sur le vieillissement en Corse est portée par des acteurs dynamiques qui impulsent le développement de nouveaux projets. Cependant, **cette activité doit être renforcée dans la perspective de création du CHRU** au vu des enjeux de la Corse. Dans un contexte où existent déjà sur le continent plusieurs pôles de recherche, la Corse a une spécificité à apporter à la recherche sur cette thématique : La Corse par sa position géographique est le territoire métropolitain le plus exposé aux impacts du **réchauffement Climatique**. Associé à sa tradition culturelle de maintien à domicile des personnes très âgées, La Corse peut devenir la référence dans la recherche sur les impacts du réchauffement climatique sur cette population et les réponses à y apporter.

### **L'activité de recherche en infectiologie et antibiorésistance**

La **recherche clinique en infectiologie et antibiorésistance en Corse** se limite à la **participation ponctuelle de certaines équipes** à des projets de recherche généralement nationaux. Ces dernières sont freinées par un **manque de moyens humains**, notamment l'absence récurrente d'attachés et de techniciens de recherche. A ce jour, quelques études cliniques ont été menées dans le cadre de PHRC (Programme Hospitalier de Recherche Clinique), notamment une étude nationale sur la résistance des entérobactéries (BLSE) aux antibiotiques. Plus récemment, l'Unité Fonctionnelle d'Infectiologie du CH Ajaccio a participé au projet AIRBUS-ATB avec une étude sur l'évaluation des avis des infectiologues pour le bon usage des antibiotiques en médecine générale (une publication est à venir). Pendant la crise sanitaire liée à la Covid-19, une proposition d'étude (Coverage) pour le traitement précoce du Covid-19 a été lancée aux CH de Bastia et d'Ajaccio. La difficulté d'inclure les médecins généralistes à l'étude ainsi que la mise à disposition d'un vaccin ont conduit à l'abandon de l'étude. Actuellement, quatre infectiologues sont en poste en Corse, dont deux à Ajaccio et deux à Bastia. Des travaux sont également en cours pour **monter une Unité de Recherche Clinique (URC) et recruter un ARC à horizon fin 2023**. En parallèle, des discussions sont initiées sur les possibles projets communs avec l'UR7310, en particulier pour des études sur les arboviroses.

La **recherche fondamentale et appliquée** en infectiologie et antibiorésistance est principalement **portée par l'Université**. L'UMR-CNRS 6134 Sciences Pour l'Environnement (SPE) est structurée autour de deux axes participant à la recherche en infectiologie et antibiorésistance :

#### ► **L'axe « Environnement et Santé » :**

- Cet axe de recherche développe des **approches collaboratives et pluridisciplinaires**, qui se déclinent autour de trois grands domaines : l'antibiorésistance, la paléo-microbiologie et la microbiologie environnementale.
- Ces travaux visent à atteindre **deux objectifs** : identifier de nouvelles molécules actives dans des substances d'origine naturelle et comprendre leurs mécanismes d'action vis-à-vis de bactéries sensibles et résistantes aux antibiotiques.
- L'équipe a très récemment initié des **études bioarchéologiques sur la santé des populations corses** à travers le temps afin d'approfondir ses connaissances sur les interactions hôtes-agents pathogènes. L'implication de pathogènes dans l'histoire humaine récente et passée a joué un rôle majeur dans la distribution des maladies infectieuses. Ces études devraient permettre de **préciser l'état sanitaire des populations corses au regard des pathologies zoonotiques** (brucellose, tuberculose), endémiques (paludisme) et épidémiques (variole), de

même que les **infections chroniques** (lèpre, tréponématoses) qui ont pu être transmises par contacts fréquents avec le reste des populations méditerranéennes. Cette activité de recherche a mobilisé plusieurs types d'acteurs dont le Directeur de Recherche de l'UMR-CNRS 7268 ADES EFS de l'Université d'Aix-Marseille.

- **L'axe « Gestion des eaux en Méditerranée »** : au sein de cette équipe, le groupe de recherche en parasitologie mène des travaux sur les maladies à transmission vectorielle et sur les infections parasitaires qui touchent la santé humaine et animale au niveau insulaire et dans le bassin méditerranéen. Ces travaux ont donné lieu à une production scientifique diversifiée dans ce domaine.

Les travaux menés dans le cadre du projet de création du CHRU ont permis aux acteurs clés de la recherche en Corse de se réunir lors d'ateliers de travail. De ces rencontres est née une **proposition de collaboration entre le laboratoire UMR-CNRS 6134 SPE de l'Université de Corse et le laboratoire Vialle** : ce dernier offre la mise à disposition de souches bactériennes provenant d'isolats cliniques prélevés *in situ* (Clinique Maynard, Polyclinique Furiani) afin de donner une coloration plus spécifique aux travaux de recherche sur l'antibiorésistance en Corse.

Les compétences de l'UMR-CNRS 6134 SPE de l'Université de Corse sur la thématique de recherche en infectiologie et antibiorésistance constituent un **point fort indéniable**. Les activités de recherche menées au sein de cette UMR ont donné lieu à une **production scientifique riche et diversifiée**. Il est également important de souligner que la démarche mise en œuvre au sein de l'axe « Environnement et santé » qui consiste à identifier de nouvelles molécules actives à partir de ressources naturelles spécifiques, voire endémiques à la Corse, apporte une **réelle valeur ajoutée en termes de spécificité de recherche**.

#### *L'activité de recherche en médecine numérique*

Depuis les 3 dernières années a été initié un partenariat entre l'équipe COMPO d'Aix Marseille Université<sup>38</sup> et l'Université de Corse afin d'impulser un groupe de recherche sur la médecine numérique dont fait partie l'Intelligence Artificielle.

L'activité scientifique de COMPO porte sur **l'invention et le développement de nouveaux modèles mathématiques et méthodologies computationnelles afin d'intégrer les données de l'oncologie clinique** (essais et soins de routine) et expérimentale dans des modèles explicatifs et prédictifs. L'accent est mis sur les données longitudinales (dynamiques) et les méthodes visent à combiner la modélisation mécaniste (c'est-à-dire des modèles qui simulent les processus pharmaco-patho-physiologiques) avec l'apprentissage statistique (machine). Les principaux objectifs sont :

- De développer l'oncologie personnalisée
- D'aider à la conception et à l'analyse prédictive des essais cliniques.

Pour y parvenir, l'équipe réunit uniquement des mathématiciens, des pharmacologues et des oncologues médicaux. L'activité de recherche est structurée autour de trois axes principaux :

1. Modélisation quantitative pour l'oncologie clinique personnalisée ;
2. Individualisation du régime des médicaments anticancéreux ;
3. Optimisation.

<sup>38</sup> COMPO (COMPutational pharmacology and clinical Oncology) [Benzekry/Ciccolini]

Inria Méditerranée - Centre de Recherches en Cancérologie de Marseille - Inserm U1068, CNRS UMR7258, Institut Paoli-Calmettes - Pharmacy faculty, Aix-Marseille University

À l'instar de l'équipe COMPO, cet axe de recherche développe une dynamique qui a pour but d'utiliser plus généralement la modélisation en médecine clinique et pas seulement en oncologie.

Ainsi, un premier sujet de thèse est en cours sur la modélisation mathématique des traitements par iode 131 du cancer métastatique de la thyroïde en collaboration entre le Chu de Marseille (Pr Taieb, PU-PH médecine Nucléaire CHU de Marseille), COMPO et l'Université de Corse.

Un autre sujet devrait débiter en septembre 2023 sur le diagnostic précoce du cancer de la prostate (Dr Muracciole, PH radiothérapeute au CHU de Marseille) par modélisation mathématique de la cinétique du PSA d'un patient donné.

En outre, une collaboration avec le Pr Papazian (PU-PH réanimation, CHU de Marseille et CH de Bastia) sur la modélisation mathématique de la gestion de l'héparine est en cours. Il est à noter qu'un séminaire de travail autour de cette thématique a eu lieu à Ajaccio en mai 2023.

## b) Une nouvelle stratégie de recherche dans la perspective du CHRU

### *Une stratégie de recherche orientée autour de trois axes privilégiés*

La stratégie de recherche en Corse envisagée dans la perspective de la consolidation des actions déjà en place et de la création du CHRU s'articule autour de **deux axes privilégiés par les acteurs concernés** et dans l'objectif de répondre de manière cohérente aux besoins et problématiques du territoire et de la population, en se fixant des **ambitions adaptées au contexte géographique, épidémiologique et pédagogique** de la Corse. Les deux volets identifiés sont les suivants :

- Les **maladies chroniques et infectieuses et leurs facteurs de risque**
- Le **vieillessement et en particulier face au réchauffement climatique**
- Les **mathématiques appliquées à la santé**

Différents éléments ont été pris en compte pour les sélectionner :

- Le vieillissement de la population
- Les pathologies prépondérantes
- L'insularité du territoire
- L'avancement des projets et initiatives en cours pour les différentes activités de recherche
- Les opportunités partenariales

### *Considérer la création d'un Conseil de Recherche Médicale et Environnementale de Corse*

En parallèle de l'actuelle Commission de Recherche de l'Université, la **création d'une structure de pilotage de la recherche** en Corse est souhaitée. Consacrée à la structuration, l'application et le suivi de la stratégie de recherche en Corse, ce **Conseil de Recherche Médicale et Environnementale de Corse** aurait pour but de **réunir les acteurs principaux** (universitaires, chercheurs, cliniciens...) **pour décliner et coordonner les activités de recherche à l'échelle régionale**. Il aurait également la charge **d'organiser les réponses aux appels d'offre** et de **construire les grands projets de recherche**. Indépendant des organes de gouvernance du CHRU, il serait adossé au CHRU : les projets de recherche émanant de cet organe seraient ensuite proposés à la direction du CHRU.

Par ailleurs, un **Comité Scientifique externe** se réunissant trois fois par an serait à constituer avec des **spécialistes du continent et des spécialistes étrangers** afin de présenter et débattre des grands projets de recherche fondamentale et clinique et bénéficier de leurs conseils, leur expertise, et de leur regard externe.



La mise en place de ces organes de pilotage de la recherche **constitue un préalable à la création d'un Centre d'Investigation Clinique (CIC)** à plus long terme et qui présente deux avantages majeurs :

- Obtenir une **dotations financière** importante qui permettrait notamment d'avoir des moyens de terrain (ARC).
- Obtenir **un label qui ferait du CIC une unité INSERM** évaluée par l'HCERES. Il serait alors possible de rattacher à une unité INSERM les personnels hospitaliers qui font de la recherche.

**Piste de travail n° 24** S'appuyer sur la dynamique et les activités de recherche déjà fécondes en Corse et structurer la stratégie de recherche autour de trois axes privilégiés : les maladies chroniques et infections et leurs facteurs de risque, le vieillissement et les mathématiques appliquées à la santé.

## CHAPITRE 4 : LA GOUVERNANCE ET LES MOYENS DE L'ACTION

### 1. L'ORGANISATION ACTUELLE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE CORSE

Six établissements publics de Corse sont aujourd'hui organisés en 2 Groupements Hospitaliers de Territoire auquel s'ajoute un hôpital à vocation psychiatrique, le centre hospitalier spécialisé de Castelluccio, qui est indépendant des 2 GHT mais qui prévoit dans un horizon proche d'adhérer au groupement hospitalier de la Corse-du-Sud dont l'établissement support est le centre hospitalier d'Ajaccio.

Le groupement hospitalier le territoire de Haute-Corse est en train d'achever la mise en place de directions communes couvrant les 3 sites de Corte-Tattone, Calvi-Balagne et Bastia. Le Groupement Hospitalier de Corse-du-Sud est actuellement focalisé sur l'intégration du Centre Hospitalier spécialisé de Castelluccio dans les 2 dimensions de son activité psychiatrie et cancérologie.

Le secteur privé a entrepris sa restructuration :

- À Ajaccio les cliniques se sont regroupées en un seul établissement : **Clinisud**.
- À Bastia le **groupe Al maviva** a acheté récemment les cliniques Maymard (clinique de la résidence, clinique Filippi, clinique de Toga). Ce groupe coexiste avec la **clinique de Furiani** et la **clinique San Ornello** qui est spécialisée en psychiatrie.

Au sud, à Porto Vecchio, la **clinique de l'Ospedale** vient d'être rachetée par la famille François qui possède plusieurs SMR en Corse.

Bien que de nombreuses coopérations se soit développées sur le plan médical entre établissements publics et privés et Sociétés de Laboratoire et de Radiologie sur leur territoire, elles n'ont donné jusqu'à maintenant lieu à aucune création de structures de gestion partagée d'activité.

La seule exception concerne la psychiatrie pour laquelle une Communauté Psychiatrique de Territoire existe depuis juillet 2021. Cette structure est un lieu d'échange et de concertation entre les différents titulaires d'autorisation de psychiatrie qu'ils soient publics ou privés dans le cadre d'un projet territorial de santé mentale de la Corse.

Un projet de Plateau d'Imagerie Médicale Mutualisées est en cours d'élaboration sur le bassin d'Ajaccio. La création d'un groupement de coopération sanitaire associant le Centre Hospitalier d'Ajaccio, celui de Castelluccio et les centres anticancéreux de Marseille et de Villejuif est en cours.

## 2. UNE GOUVERNANCE PUBLIC/PRIVE ORGANISEE AUTOUR DES TROIS DIMENSIONS DU CHRU : LES SOINS, LA FORMATION, LA RECHERCHE

Les responsables des établissements support des GHT, des établissements publics de proximité et des établissements privés ont conçu un projet innovant de gouvernance public privé pour le futur CHRU.

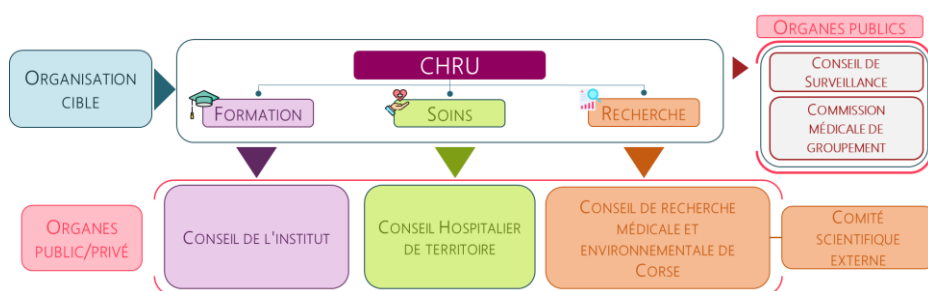
Ce schéma de gouvernance du futur CHRU est organisé spécifiquement pour chacune des trois dimensions du CHRU : **les soins, l'enseignement et la recherche.**

**Pour les soins**, à terme tous les établissements publics seront regroupés en une seule entité juridique CHRU avec un conseil de surveillance qui prend en compte la diversité territoriale des sites et donc intègre la présence d'élus sur les différents territoires. L'unicité de l'établissement ne doit pas faire oublier l'éclatement territorial des sites en Corse. Comme dans d'autres CHRU il sera nécessaire d'envisager des structures de proximité pour la gouvernance médicale et le dialogue social, voire conseil de surveillance local à compétence restreintes.

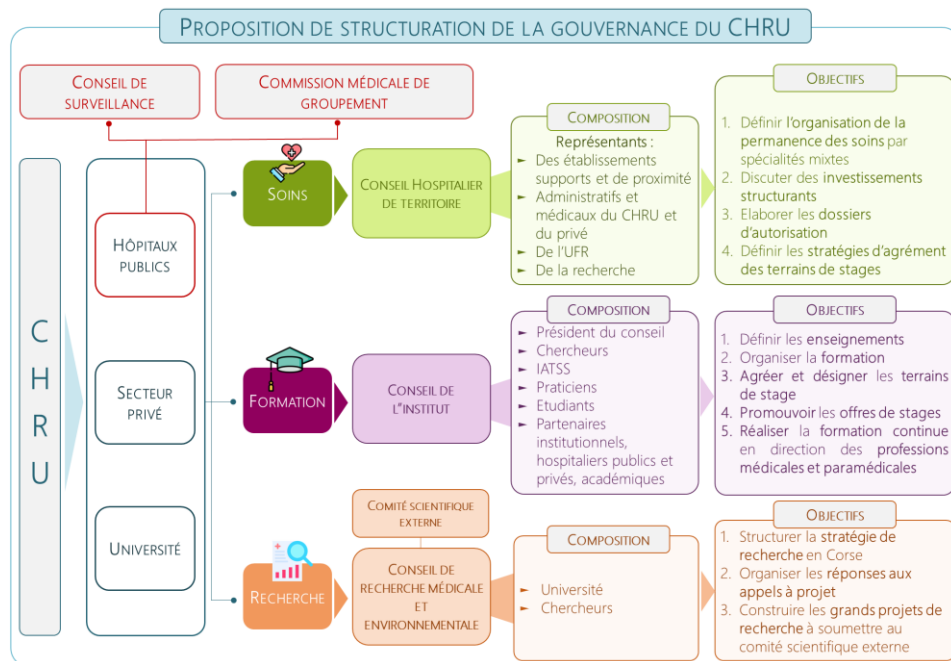
Cet établissement public participera à une structure de gouvernance commune avec le secteur privé qui a été dénommé provisoirement **Conseil Hospitalier de Territoire Corse**. C'est au niveau de cette instance de gouvernance où seraient représentés l'ensemble des acteurs participants au CHRU, établissements privés comme l'établissement public que seraient fixées les grandes orientations en matière de soins pour les investissements, les dossiers de demandes d'autorisations et pour l'organisation des soins par discipline ainsi que leur partage entre secteur public et secteur privé.

**Pour l'enseignement**, l'instance de gouvernance serait un **conseil de gestion** sous l'autorité de la Présidence de l'Université qui, à côté des enseignants et des étudiants, associera les représentants des établissements de soins publics et privés du territoire, les universités partenaires, et des personnalités qualifiées. Sa composition variera en fonction des thématiques abordées. Il sera en charge à la fois de l'organisation des enseignements, de l'agrément des terrains de stage, des relations universités-établissements et du développement de nouvelles formations adaptées aux besoins des établissements.

**Pour la recherche** il est prévu, d'une part un **conseil de la recherche médicale et environnementale** en charge de la structurer de la promouvoir et de rechercher les financements, et d'autre part un **conseil scientifique** qui réunirait des spécialistes reconnus des thématiques de recherche. Ce dernier apporterait son expertise et le recul adapté pour orienter l'évolution des thématiques de recherche.



La composition et les missions détaillées que pourraient progressivement assumer ces organes sont détaillées dans le schéma ci-dessous.



Lorsque le CHRU aura été créé, les demandes de postes de PUPH/MCU-PH/CCA seront faites avec le doyen de l'université et le directeur général du CHRU. Dans la **période transitoire, ces postes seront rattachés à CHRU du continent qui les mettra à disposition.**

**Piste de travail n° 25** Créer une instance de gouvernance, un Conseil Hospitalier de Territoire afin de permettre aux acteurs des établissements publics et privés de fixer de manière concertée les grandes orientations en matière de soins.

**Piste de travail n° 26** Faire évoluer dès maintenant le Conseil de gestion de l'IUS afin d'y intégrer les représentants des établissements publics et privés afin d'organiser la formation des étudiants, définir les enseignements, agréer et désigner les terrains de stage, promouvoir les offres de stages et fédérer autour de cette formation les acteurs clés de la santé.

**Piste de travail n° 27** Créer à terme, un Conseil de la Recherche Médicale et Environnementale réunissant les acteurs principaux de la recherche en Corse pour décliner et coordonner les activités de recherche à l'échelle régionale.

### 3. UNE DYNAMIQUE DE GOUVERNANCE COOPERATIVE PUBLIC/PRIVE EST D'ORES ET DEJA ENGAGEE

La mise en place de cette gouvernance innovante se fera au travers d'étapes successives qui restent à construire. D'ores-et-déjà des premières étapes ont été identifiées par les acteurs privés et publics de toute la Corse réunis en séminaire le 7 juillet à Corte en interaction avec l'ARS.

En ce qui concerne **les soins** deux structures de gouvernance sont envisagées à court terme qui préfigurent l'organisation future :

- **Un lieu de concertation sur le territoire de chacun des deux GHT** qui organise et structure les filières de soins dans leur articulation entre le public et le privé et avec la ville. Sa première mission est de définir le Projet Médical du Territoire.
- **Un lieu de concertation Inter GHT** qui porte quatre missions :
  - Construire une politique des ressources médicales communes aux deux GHT (recrutement, rémunération, etc.)
  - Structurer les hyper-spécialités entre les deux sites d'Ajaccio et Bastia
  - Définir les politiques de recours territorial et extra-territorial
  - Organiser les coopérations inter-GHT par disciplines (FMIH, PIE,)

En ce qui concerne **la formation**, l'Université propose de faire évoluer le conseil de gestion de l'IUS vers une première version du futur **conseil de gestion** présenté ci-dessus et au chapitre 3.1.c. Sa composition sera variable suivant les thématiques abordées. Il associera étroitement les établissements publics et privés à l'évolution du dispositif de formation médicale et paramédicale. Il aura pour mission entre autres de gérer à court terme le plan d'accroissement des internes accueillis en établissements comme en ville. Cette structure portera aussi la mise en œuvre à un horizon proche des formations paramédicales spécialisées sur les professions en déficit (IBODE, IADE, MER...).

Dans un premier temps il est envisagé que la gouvernance de **la recherche** s'organise dans le cadre de ce conseil de gestion afin de ne pas multiplier les instances de gouvernance, et qu'à terme le Conseil de Recherche Médicale et Environnemental soit créé (cf. chapitre 3.3.b).

**Piste de travail n° 28** Mettre en place dès maintenant dans chaque territoire de GHT une instance de concertation pour les établissements publics et privés et pour les structures de ville afin de définir une organisation des filières de prise en charge sur chaque territoire.

**Piste de travail n° 29** Constituer dès maintenant une instance de coordination inter-GHT pour y définir des politiques communes sur tout le territoire.

## CHAPITRE 5 : LES ENJEUX FINANCIERS

### 1. L'ÉTAT DES LIEUX DE LA SITUATION FINANCIERE DES ETABLISSEMENTS PUBLICS ET PRIVES

La situation actuelle consolidée des établissements publics est financièrement problématique avec un déficit récurrent et une dette cumulée qui est proche de 600 millions d'euros.

	2019	2021	2022
Recettes totales	407 562 900 €	477 146 984 €	490 527 337 €
Résultat net comptable (hors AC)	-70 312 318 €	-94 527 600 €	-112 824 520 €
Résultat net comptable consolidé	-40 588 898 €	-60 833 502 €	-72 339 961 €
Dettes cumulées	364 920 089 €	525 078 051 €	590 158 975 €
Dettes fournisseurs	66 985 852 €	93 132 383 €	95 878 666 €

Figure 4 : Situation consolidée des établissements publics de santé en Corse

Cette situation résulte de plusieurs facteurs connus : volumes infra critiques de nombreuses activités, inadéquation du coefficient géographique à la réalité des coûts de production des soins, et tensions sociales.

La situation des établissements privés est meilleure mais reste fragile au regard des investissements à engager.

	2019	2020	2021
Recettes totales	50 947 743 €	50 213 415 €	58 858 978 €
Résultat net comptable	- 501 179 €	- 806 745 €	379 432 €
Dettes cumulées	17 299 713 €	30 571 071 €	37 593 424 €
Dettes fournisseurs	4 693 325 €	4 540 325 €	5 949 695 €

Figure 5 : Situation consolidée de Clinisud, de la Clinique Maymard et de la Clinique de l'Hôpital

Pour comparer de manière objective l'activité des établissements publics à celle des établissements privés, il est important de rappeler que dans les recettes totales des établissements privés **ne figurent ni les honoraires, ni les consultations des médecins, ni les examens de laboratoire et de radiologie, ni les potentielles aides de l'état (MIG-AC)** qui sont en revanche pris en compte dans le chiffre d'affaires des établissements publics. L'analyse faite au chapitre 1 sur l'attractivité comparée par discipline est un outil mieux adapté.

## 2. LES ENJEUX FINANCIERS DE LA CREATION DU CHRU

La création par étapes du CHRU a 2 impacts principaux sur la santé des résidents en Corse :

- L'amélioration des prises en charge et tout particulièrement des maladies chroniques et donc une diminution des renoncements aux soins par en particulier les personnes âgées ou précaires.
- La diminution du recours à des soins sur le continent avec leurs coûts directs mesurés par les remboursements des transports (~30 millions d'euros en 2017) mais aussi tous les coûts indirects qui restent à la charge des patients et de leur famille.

Quatre natures de **coûts additionnels** ont été identifiés qui découlent de la mise en œuvre d'un CHRU. Certains d'entre eux sont des coûts qui devront être engagés indépendamment de la création du CHRU (par exemple : la reconstruction du centre hospitalier de Bastia, le déménagement des activités de radiothérapie et oncologie de Castelluccio sur le site

**Commenté [Id1]:** Commentaire pour Antoine de Canarelli: Il faudrait mentionner le besoin de remise à niveau et de réévaluation des financements et tarifications actuels pour éviter de partir sur de mauvaises bases. Prévoir immédiatement un socle de financement et une augmentation du coefficient géographique remettant les établissements publics et privés à l'équilibre me semble indispensable

du Centre Hospitalier d'Ajaccio, l'ouverture des deuxièmes et troisièmes années de médecine, la mise en place d'un PET-Scan<sup>39</sup>, les investissements pour développer l'accès numérique en santé sur le territoire...).

Nous avons donc retenu pour ce chapitre les coûts spécifiquement associés à la création du CHRU.

1. Les coûts associés à la **stabilisation de disciplines existantes et au développement de prises en charge absentes** ou insuffisamment développées sur le territoire pour être un vrai CHR.
2. Les coûts associés au développement de **la formation médicale et paramédicale**. Les coûts liés à la formation découlent de trois facteurs :
  - Le nombre d'internes : Aujourd'hui 57 internes dont 24 internes de spécialité sont présents en ville comme à l'hôpital, on peut escompter que le nombre d'internes de spécialité va doubler dans les cinq années à venir. Sur la base d'un cout annuel par interne de 53 0000 € cela représente un cout de 1,3 million d'euros.
  - Le cout d'encadrement de ces internes par des professionnels libéraux. Nous avons pris l'hypothèse que 20% des internes de spécialité seraient accueillis par des structures privées soit dix internes. L'encadrement d'un interne de spécialité représente un tiers du temps du praticien ce qui sur la base de la rémunération d'un MCU donnerait un coût additionnel de 31 000€ par interne et par an et donc pour deux semestres 310 000€.
  - Le coût du développement de formation tournantes d'IBODE, d'IADE, et de MER.
3. Les coûts associés à **l'universitarisation des fonctions** dans les établissements. Ce coût est directement corrélé au rythme d'universitarisation des fonctions. Si on retient comme exemple la montée en puissance du CHRU de la Réunion, on constate que 18 postes ont été créés en dix ans pour un surcoût total de 2 M€/an hors coefficient géographique. Compte-tenu de la proximité géographique de la Corse on peut escompter que la montée en puissance se fera sur un délai plus court.
4. Les coûts associés à **l'amélioration des transferts de patients et des professionnels** entre les deux pôles principaux. Le renforcement des coopérations entre les différents établissements publics et privés de l'ensemble de la Corse implique des **surcoûts au niveau des transports**. En effet, dans le futur CHRU, certaines prises en charge ne seront disponibles que sur un seul des deux bassins de population principaux qu'il soit en établissement public ou privé. Le renforcement des moyens de transports pour les professionnels comme pour les patients évoqués depuis longtemps devient essentiel. Compte-tenu de la géographie de la Corse, les transports devront se faire principalement par **voie aérienne** (hélicoptères ou petits avions). Une actualisation de l'étude réalisée pour la DGOS et l'ARS en 2009 sur les transports sanitaires peut être une voie rapide pour quantifier les investissements nécessaires.

**Piste de travail n° 30** Actualiser l'étude sur les transports sanitaires réalisée en 2009 par le Ministère de la Santé pour l'ARS Corse dans le cadre de la mission relative à la modernisation des SAMU.

## CONCLUSION

Les défis de santé spécifiques à la Corse sont élevés. La population Corse est plus âgée que sur le continent, plus isolée et plus précaire. Les lacunes de l'offre de soins actuelle conduisent à un recours important (15% en moyenne des séjours) à des soins sur le continent mais surtout conduisent dans de trop nombreux cas à **des renoncements aux soins**

<sup>39</sup> Note spécifique concernant le besoin d'un PET-Scan en Corse en Annexe 7 du document

**et des pertes de chances.** L'évolution projetée de la démographie des patients comme des professionnels conduit à une aggravation inéluctable des constats actuels.

Le travail engagé a permis de mobiliser l'ensemble des acteurs de la santé de Corse et de créer une dynamique de coopération public-privé et entre les deux départements de Haute-Corse et de Corse-du-Sud.

#### **Le projet de CHRU de Corse est un catalyseur de ressources et un terrain pour expérimenter des innovations.**

Les défis que rencontre la Corse sont communs à de nombreux territoires de CHRU du continent : déséquilibre entre disciplines public privé, présence insuffisante des internes sur le territoire, cloisonnement des exercices privé et public, insuffisante prise en charge par le privé des exigences de permanence des soins, lien insuffisamment développés entre l'université et les établissements, variation forte du volume de patients éligibles avec les périodes estivales...

Les propositions formulées par les acteurs de la santé Corses pour innover sont nombreuses et consensuelles :

- Création d'instances de concertation territoriales associant les acteurs du public et du privé pour organiser en proximité les filières de soins en incluant les structures de ville ;
- Organisation conjointe public/privé de l'accueil d'internes de spécialités ;
- Accès organisé et régulé des praticiens quel que soit leur statut aux plateaux techniques innovants ;
- Association des établissements publics et privés au conseil de gestion de l'Institut Universitaire de Santé de Corse, etc...

Certaines ne nécessitent pas une modification législative ou réglementaire et vont se mettre en place très vite. A titre d'exemple, la structure territoriale de concertation pour construire des filières de soins en coopération public/privé et ville-hôpital va se mettre en place très prochainement.

D'autres nécessitent des dérogations dont la Corse pourrait être **le terrain d'expérimentation et d'évaluation**. A ce titre, il permet de tester des évolutions d'un modèle CHRU français qui a connu peu de changements en 60 ans d'existence alors que l'univers de la santé a profondément changé tant sur le plan technique que sur les aspirations des professionnels et les attentes des patients.

Aujourd'hui les acteurs de la santé en Corse se projettent sur **un CHRU qui à terme réunira dans une seule structure tous les établissements publics** de l'île et qui agira **en concertation avec les acteurs privés libéraux** dans le cadre d'instances de gouvernance spécifiques aux soins, à l'enseignement et à la recherche.

L'appui des pouvoirs publics à cette forte dynamique en Corse peut avoir des effets immédiats pour les habitants et résidents de Corse afin d'améliorer leurs prises en charge par une meilleure organisation des ressources déjà disponibles.

A plus longue échéance ce projet améliore fortement et sécurise la réponse aux besoins de santé en Corse d'une population vieillissante et précaire grâce aux ressources médicales et paramédicales que le projet aura permis d'installer de manière pérenne.

Au-delà de la Corse il permet d'expérimenter des pistes d'évolution du modèle de CHRU français.

## 1. ANNEXE 1 : RAPPORT D'ACTIVITE DU CMRR DE CORSE

## RAPPORT D'ACTIVITE DU CMRR de Corse

Année 2022

Rapporteur Dr Marie Pierre PANCRAZI

## 1. Descriptif du CMRR

- Établissement de santé - Nom/Centre Hospitalier de Bastia BP 680 Lieudit Falconja 20604 BASTIA – Etablissement public de santé – FINESS géographique et juridique n°2620009400017
- Coordonnateur du CMRR : Dr Marie Pierre PANCRAZI Praticien Hospitalier.
- Spécialité du coordonnateur du CMRR : psychiatre et gériatre
- Rattaché à un établissement public scientifique et technique (INSERM, CNRS, etc.) : non mais convention avec le CMRR de Nice
- Est-ce que la totalité des ressources et des charges de votre centre sont retracées dans une unité fonctionnelle dédiée ? oui
- Existence et présence d'un référent malades jeunes Alzheimer ; d'un référent démence rares oui : Dr Marie Pierre PANCRAZI, Dr Laurina SIMONI BAZZICONI
- Nombre des Consultations Mémoire de territoire liées fonctionnellement au CMRR. 2 une à Bastia, une à Ajaccio
- Nombre des Consultations Mémoire de proximité liées fonctionnellement au CMRR. En construction 3 CH de proximité de Bonifacio, de Corte, de Calvi

## 2. Personnels (ETP) spécifiquement dédiés au CMRR

Profession	Spécialité	ETP
Médecins Gériatre, Psychiatre	Dr Pancrazi	0,8
Médecin neurologue	Dr Simoni	0,1
Infirmier (coordination et évaluation)	Mme TUSOLI	1
Psychologue	Mr Salducci	1
Orthophoniste	Mme Mastracci	Partenariat avec libéral
Secrétaire	Mme GIRAUDO	1

## 3. Activité du CMRR

- Activités de soins : (Data set généré automatiquement à partir de la banque nationale Alzheimer avec tableau historique)

1

Ces données ne concernent que le centre de Bastia je n'ai pas pu obtenir les données émanant d'Ajaccio (difficulté de recueil de données par ce centre liés à une carence de personnel)

- Cf. fiche de data (année n-1 et tableau récapitulatif), notamment :

- o File active : 662
- o Nombre de nouveaux patients : 467
- o Nombre de consultations médicales : 1188
- o Nombre de consultations de recours – critères de la BNA : 508

## - Adressage

- Nombre de patients adressés au centre par des médecins généralistes : 187
- Nombre de patients adressés par des neurologues libéraux : 6
- Nombre de patients adressés par d'autres spécialités : 97
- Nombre de patients adressés par une autre consultation mémoire : 113
- Nombre de patients venus spontanément : 57

## - Accès

- Une procédure formalisée pour l'adressage a-t-elle été mise en place par le CMRR ? OUI (validée par le service qualité). Si oui préciser ; distinctes pour les cas complexes et atypiques : non
- Des horaires/jours spécifiques (soirée, Week end...) ou rendez-vous spécifiques ont-ils été mis en place ? oui selon le médecin
- Des modalités d'accès en urgence au CMRR (hors service des urgences) ont-ils été mis en place ? oui

Si oui préciser. 2 à 4 plages d'urgence /semaine

## - Activité spécifique

- Consultations familles : oui (entretien de guidance avec le psychologue, entretien avec l'ensemble des aidants familiaux et le médecin)
- Réunion de groupes de paroles pour les aidants : oui. si oui : 10/an présentiel ou visio.
- Consultations d'information à la recherche : explicité lors de l'annonce du diagnostic.

## 4. Activité de ressources et expertises

- Réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) : oui/non ; nombre ; 4 par mois et un régional CMMR de Corse par mois
  - -Participation au staff mensuel clinique avec CMRR PACA Nice et staff neuropsychologique
  - -RCP le 1er lundi du mois avec le Centre expert SLA et génétique CHU Nice
- TLC/ : réalisation de TLC – oui/ - créneaux existants identifier le recours Oui
- TLE de recours – réalisation oui/ – créneaux soit 1/sem. ou lors de réunion de cas cliniques avec les partenaires extérieurs DAC, CPTS, UCC

2



- Éducation thérapeutique (ETP) : Programme ETP existant au sein du CMRR pour les patients du CMRR : oui ;
- Participation à des réunions formalisées d'éthique : oui/ ; nombre ; 1 par an (participation à des réunions des ERRERI /ERMAND).
- Partenariat avec des dispositifs d'appui aux aidants. Partenariat étroit avec l'association Corse Alzheimer ( fédération France Alzheimer), création d'une antenne 2B, signature charte Bastia ville aidante Alzheimer, permanences en commun , café des aidants, atelier en partenariat avec la médiathèque inclusive , art thérapie, atelier avec le fonds patrimonial, événements (21 septembre entre autres)
- Elaboration de protocoles de soins ? Oui/non. Si oui quelles thématiques ? gestion médicamenteuses et non médicamenteuses des troubles du comportement liés aux maladies neuroévolutives
- Diffusion de protocole de soins ? Oui/: thématiques. Accompagnement du quotidien et prévention des troubles du comportement
- Participation à la conception et mise en œuvre d'actions de prévention de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées : oui création d'un *parcours cerveau en santé* (atelier multi cible cognitif /gestion des émotions :hygiène de vie pour seniors de plus de 60ans, validé par la conférence des financeurs), copilotage par le Dr Pancrazi du programme régional Icope (art 51 OMS) avec la FCCIS
- Participation au Dispositif d'appui à la coordination (DAC)( Dr PANCAZI Vice-présidente)

#### 5. Activités d'animation et coordination des CM

- Réunions annuelles (oui) et nombre : 10 dans le rôle d'animation des CM rattachés fonctionnellement au CMRR. Réunion mensuelle en Visio comprenant échange de cas clinique , point d'actualisation des connaissances et partage d'outils

#### 6. Activités de pédagogie et d'enseignement (différencier participation et/ou organisation)

- Organisation des formations par le CMRR : non, type (DIU, DU, Master, CU...) et public cible.
- Nombre de cours, séminaire consacré aux Aphasies Primaires Progressives le (Auriane Gros (Maitre de conférences orthophoniste CHU Nice) ( ouvert aux professionnels orthophonistes , psychologues , médecins , IDE) ,
- Formations : oui; ADMR 2B ESA 4h,
- DAC 4h,
- Equipes territoriales de 1<sup>er</sup> recours Icope et CLIC 3 journées /an ( mai , septembre , octobre 22) ,
- Elaboration du cahier des charges ateliers de prévention labélisés Icope pour la conférence des financeurs de Corse

o Formation continue : par ex DIU, DU ; oui/non formation porteurs oui/non ; formation qualifiante pour paramédicaux, DPC (volume horaire de l'ensemble de l'équipe du CMRR) sur les MND.

o Formation continue réalisée par le CMRR auprès des EHPAD, médecins généralistes, paramédicaux (volume horaire de l'ensemble de l'équipe du CMRR).

3

o Nombre de stagiaires accueillis au sein du CMRR : 5.  
o Internes, externes. non  
o Étudiants en licence, master1 et/ou 2, thèse d'université, postdoctorant : accueil médecin DU coordinateur EHPAD

o psychologue sur le site ( 1 semaine) psychologue master I ( stage de 3mois) , psychologues équipes de proximité Balagne (formation débrouillage) , IDE pour Icope  
o Personnel recherche. non

#### 7. Activités de recherche (concerne l'année n-1)

A/ THEMATIQUES DE RECHERCHE clinique, translationnelle et/ou fondamentale

Néant

B/ PRODUCTION SCIENTIFIQUE

Nombre de publications en lien avec l'activité de la structure dans des revues internationales et/ou comité de lecture. Valeria Manera , Luis Agüera-Ortiz 2 3, Florence Askenazy , Bruno Dubois, Xavier Corveleyn, Liam Cross 9, Emma Febvre-Richards , Roxane Fabre, Nathalie Fernandez , Pierre Foulon , Auriane Gros 1, Cédric Gueyraud , Mikael Lebourhis , Patrick Malléa , Léa Martinez, Marie-Pierre Pancrazi, Magali, Vincent Robert , Laurent Tamagno , Susanne Thümmel , Philippe Robert  
In-Person and Remote Workshops for People With Neurocognitive Disorders: Recommendations From a Delphi Panel . Aging Neurosci 2022 Jan 21;13:747804. doi: 10.3389/fnagi.2021.747804. eCollection 2021.

- Nombre de points SIGAPS sur les 5 dernières. (Mettre le tableau SIGAPS).

Nombre de communications orales et invitation en congrès.  
Présentation congrès national éthique et maladies neuro dégénératives Nice sept 22  
Présentation communication congrès fragilité Toulouse mai 22

C/ RECHERCHE CLINIQUE

- *Recherche clinique académique*
- Nombre d'études (et noms) en cours en tant que centre investigateur associé : 1 (MARCO-Sens étude multicentrique longitudinale multimodale utilisant des marqueurs écologiques et sensoriels pour le diagnostic précoce et différentiel des pathologies corticales et sous-corticales)
- Nombre (et noms) d'études en cours en tant que centre investigateur principal en précisant multicentriques, monocentriques et le financement : 1
- Nombre total de patients inclus dans les études en cours : 72
- Etude Icope cohorte des aidants : analyse par dépistage de l'état de santé des aidants âgés de plus de 60ans de patients souffrant de DTA suivis au CMRR
- *Recherche clinique industrielle* nous n'avons pas de Pet scan sur le territoire ce qui est un élément requis pour ces études

4

- Nombre d'études en tant que centre investigateur associé (indiquez les phases des essais 1,2,3,4, le caractère mono ou multicentrique, national ou internationale et le nom de la maladie) : 0
- Nombre (et noms) d'études en tant que centre investigateur coordonnateur indiquez les phases des essais 1,2,3,4, le caractère mono ou multicentrique, national ou internationale et le nom de la maladie) : 0
- Nombre total de patients inclus dans les essais 0

#### D/ RECHERCHE FONDAMENTALE ET/OU TRANSLATIONNELLE

Modèles et méthodes utilisées (de façon synthétique).

Nombre de protocoles et/ou de financements en cours (précisez si national, international, académique ou industrielles) : 0

#### AIG

Copilotage art 51 Icope Corse avec FCCIS

Vice-présidence du CA du DAC

Vice-présidence du CTS Cismonte

Participation au Cotech Plaine orientale

#### Focus Situation géographique :

Micro territoire	Nombre
Grand-Bastia Cap Corse	394
Centre Corse	98
Balagne	70
Plaine Orientale	109
<b>Total Haute-Corse</b>	<b>611 patients</b>

#### Corse-du-Sud

Commune	Nombre
Ajaccio	5
Cauro	1
Piana	1
Afa	1
Lecci	2
Peri	1
Porto-Vecchio	26
Sainte Lucie de Porto-Vecchio	6
Sari Solenzara	4
Rapale	1
<b>Total Corse du sud</b>	<b>48 patients</b>
<b>Hors région</b>	<b>3 patients</b>

5

#### Focus Patients jeunes

46 patients

#### Stade :

- Plainte cognitive isolée : 7
- Troubles neurocognitifs mineurs : 27
- Troubles neurocognitifs majeurs : 10
- Non applicable : 2

Il est à déplorer un manque de structures d'accueil pour les sujets jeunes , le parcours Medico social est à renforcer

Gradation du parcours de prise en charge diagnostique des troubles cognitifs en Corse

Statut	Ressources	Implication	Point de rupture	Point à améliorer
Equipes de 1 <sup>er</sup> recours	Médecins traitants	Repérage	Manque de formation débrouillage et surtout gestion des troubles du comportement Risque embolisation du CMRR et CMT	Formation DPC Débrouillage et gestion troubles du comportement
	Equipes territoriales Icopé	Dépistage Step1 et Evaluation approfondie Step 2	Difficultés coordination intra équipe	Diffusion à l'ensemble du territoire
	Médecins traitant avec infirmières Asalées Grand Bastia Corse du Sud 3 IDE Asalées	Débrouillage		Développer IPA et IDE Asalée
Consultations de spécialistes	1 neurologue généraliste Bastia Et Ajaccio	Pas de consultation mémoire labélisée en libéral		
Coordination ville DAC	Référents parcours Sur toute la Corse	Débrouillage MMS Horloge	Situation de crise comportementale ( cf. résultats premiers mois)	Collaboration en cours à Formation troubles du comportement acteurs de 1 <sup>er</sup> recours Nécessité articulation avec santé mentale
ESMND	Référents ADMR 2B Cismonte et extrême sud ADMR 2AAjaccio	Evaluation et accompagnement à domicile	Durée prise en charge limitée à 3 mois	Collaboration possible ( déjà débutée) pour acculturation personnel à domicile à PEC adaptée

7

Hôpitaux de proximité				
Bonifacio	Médecin gériatre	Souhait de créer une CM de proximité Possibilité HJ sans IRM	Pas de neuropsychologue	Créer une consultation de débrouillage et monter en expertise avec l'aide du CMRR Partenariat IRM privée
Corte	Médecin gériatre	Difficile en l'état actuel des RH	Temps actuel très partiel possible	Temps médical dédié pour consultation de débrouillage Neuropsychologue
Plaine orientale				Envisager consultation de proximité
Calvi	Psychologue temps très partiel Médecin généraliste unité d'hospitalisation	Difficile en l'état actuel des RH	Pas de gériatre pas de neuropsychologue Pas d'IRM à proximité	Participation au staff régional Médecin dédié Formation ou embauche neuropsychologue
Sartène	Neuropsychologue UHR	UHR élément clef du parcours	Polyvalence de la psychologue	Communication avec CMRR
UCC de territoire	La Palmola ( Castelluccio non installée)	6 lits implication dans le parcours, participation au staff régional	Manque unité en Corse du Sud Manque 6 lits en 2B	Ouverture 12 lits en 2 A et compléter 2B
Hôpital de territoire				
Bastia CMT	Equipe pluridisciplinaire		Carence en temps médical 0, 3 ETP en 23 Délai d'attente 6 mois	Augmenter le temps médical passer à 0, 7 ETP
Ajaccio CMT	Equipe pluridisciplinaire		Carence en temps médicaux et secrétariat Délai d'attente 7,5 mois Absence d'hôpital de jour IRM éloignée de la CMT	Augmenter le temps médical 0, 5 ETP gériatre Recruter secrétaire Se rapprocher du plateau technique

8

CMRR	Equipe pluridisciplinaire Cs avancées 2 fois par an ( CHU Timone)	Reconnaissance des acteurs comme lieu de recours Reduction de taux de fuite sur le continent	Manque 1, 5 ETP de médecin Délai d'attente hors urgence 6mois Manque orthophoniste, assistante sociale Plateau technique : TEP Scan	Elaboration et diffusion de protocole de pris en charge médicamenteuse et non médicamenteuse Recrutement gériatre et neurologue pour renforcer l'équipe et faire des consultations avancées dans hôpitaux de proximité Collaboration avec CMRR de Nice ( cs de neurologue) Equipe mobile dédiée avec IDE et assistante sociale intérêt pour domicile notamment sujets jeunes
------	---	---	--	---

## 2. ANNEXE 2 : BILAN DISPOSITIF D'APPUI A LA COORDINATION

**DACORSICA**  
*Via Salute*

Dispositivo d'accoglienza  
pè a **cuordinazione**

Dispositif d'appui  
à la **coordination**

Le DAC, **encore** une structure de plus ?

---

### Le DAC Corsica = l'unification de 6 dispositifs

Un rassemblement d'acteurs offrant un service de coordination...

... au sein d'un DAC de Corse

... pour une réponse unique "Intégrée"

Unification des dispositifs existants autour d'un nouveau socle de missions au service des professionnels de la santé et au bénéfice des usagers en situation complexe.

**DACORSICA**  
*Via Salute*

Un guichet unique dédié aux professionnels de la santé pour les patients en situation complexe.

04.95.30.31.91

### Association Via Salute et son Conseil d'Administration

Une gouvernance équilibrée représentant les différents secteurs

**Bureau**

Composé de 13 membres dont :

**Président :** Xavier PIERI,  
**Secrétaire :** Igor GIUSTI,  
**Trouvador :** Julien CARROU,  
**Vice-Président :** Marie-Pierre PANCRAZI,  
**Vice-Président :** Laurent CARLINI,  
**Vice-Président :** Jean-Claude NATIVI

**Collège 1 - Les acteurs du domicile**

CARLINI Laurent - Médecin Libéral  
SUZZARINI Francesco - Médecin Libéral  
NATIVI Jean-Claude - ADMR 2B - MAGNY Nathalie (suppléant)  
JOYAT Marie-Paule - ADMR 2A - GIGON Eric (suppléant)  
RAFFAELLI Frédéric - IDEL  
VIVIANI Carole - IDEL  
GIUSTI Igor - FCCS - AGOSTINI François (suppléant)  
MAGUET Catherine - Masseur - Kinésithérapeute  
ORSINI Antoine - Pharmacien  
PIERI Xavier - Personne qualifiée ambulatoire

**Collège 2 - Les établissements**

PANCRAZI Marie-Pierre - Ch. Bastia - PERNIN Anne (suppléant)  
ROY Sophie - HAD UMCS - SCHMONT Frédéric (suppléant)  
ALBERTINI François - EHPAD /SYNERPA - ALBERTINI Antoine (suppléant)  
ARRIGHI François Aimé - EHPAD/FAM/FEHAP  
LHOMME Charlotte - CHCT - TRAMONI Eliabel  
CARROU Julien - Ch. Sartène  
MATTEI Marie-Nicolas - Ch. Ajaccio - BONAVITA Marc (suppléant)  
TARDI Antoine - PQ ES

**Collège 3 - Les usagers et les associations d'accompagnement de patient et d'usagers**

GONZALES Alexandre - PQ usagers  
CUCCHI Laetitia - INSEME - PONZEVERA Laura (suppléant)  
PERNIN François - Association la Cité  
ANDREANI Dominique - UNAFAM - MEFFETAR Samira (suppléant)

**Collège 4 - Les services sociaux**

LEONI Jean-François - MDPH - Mozziconacci Catherine (suppléant)  
VERLHAC Vincent - CARSAT - GUERRINI Beatrice (suppléant)

## Quelles sont les missions du DAC Corsica ?

### Le DAC Corsica = 3 missions :

**Mission 1**



**Informer Orienter**

Vous rechercher un spécialiste ?  
Guichet unique

**Mission 2**



**Coordonner les parcours complexes**

**Mission 3**



**Hébergement Temporaire**

**Mission 3**



**Animer le territoire**

Observatoire des ruptures de parcours  
Pôle formation

**Notre public :**

Le DAC Corsica a vocation à prendre en charge toute personne quel que soit son âge, sa pathologie ou son handicap.

**PUBLIC CIBLE** pour la mise en place du DAC Corsica : Personne âgée/ Senior

---

### En pratique



**Sollicitation d'un professionnel de la santé au DAC Corsica**  
04.95.30.31.91

Demande simple d'informations → Information ou orientation vers la /les ressource(s) dont CLIC

Situation essentielle comme complexe → Evaluation de la complexité de la situation par le DAC Corsica avec un PS prenant en charge la personne (IDE le plus souvent) via un entretien 10 min environ (Grille COMID)

→ Accompagnement personnalisé par IDE référente parcours avec :

- Evaluation multi dimensionnelle à domicile
- Suite à l'EGS ; Préconisations simples ou projet personnalisé de coordination en santé
- Suivi adapté aux besoins pour le maintien à domicile

Communication avec l'équipe soignante et autres professionnels via

### L'aidant principal de votre patient est hospitalisé en urgence ?

Le DAC Corsica peut être sollicité pour proposer une entrée en

#### Hébergement Temporaire

Pour un mois dans un EHPAD de l'île, avec une réduction du reste à charge.

Ce dispositif est uniquement coordonné par le DAC Corsica sous critères d'admission fixés selon un protocole de l' ARS.



**Figure 1** Représentation des six domaines du COMID

**Santé médicale**  
maladies, douleurs, polymédications, troubles cognitifs

**Facteurs socio-économiques**  
difficultés financières, absence ou épuisement du proche aidant, isolement social

**Santé mentale**  
dépression, maladie psychiatrique, addiction, anxiété ou angosse

**Intervenants**  
multiplicité d'intervenants, incohérence thérapeutique, problèmes d'assurance, troubleur émotionnelle ou physique

**Instabilité**  
dégradation de l'état de santé, changement de degré d'indépendance, changement des capacités cognitives

**Comportement**  
suffocations récurrentes, communication ambivalente, agressivité, opposition



**COMID**

**Outil de dépistage de la complexité**

**Outil d'aide à la décision à l'orientation du patient**




**EGS**

**Outil d'évaluation multidimensionnel des besoins du patient.**

**Outil d'aide à la décision de l'initiation d'un accompagnement DAC et de définition de son niveau.**

Volet autonomie		Volet continence	
Volet alimentation / bucco-dentaire		Volet audition	
Volet humeur		Volet vision	
Volet Cognition		Volet douleur	
Volet Troubles du comportement		Volet aidant	
Volet mobilité /pieds		Volet risque de maltraitance	
Volet risque médicamenteux		Volet risque escarre	



**Notre outil numérique de coordination**


Une solution intégrant le dossier de coordination du DAC et un **journal de liaison numérique** pour collaborer avec les membres de l'équipe de soins.


Le DAC Corsica reconnu réglementairement comme membre de l'équipe de soins autorisé à partager et accéder aux informations patients

Pour être équipé de **e-salute** adresser les demandes de création de compte à [parcours@corse-esante.fr](mailto:parcours@corse-esante.fr)

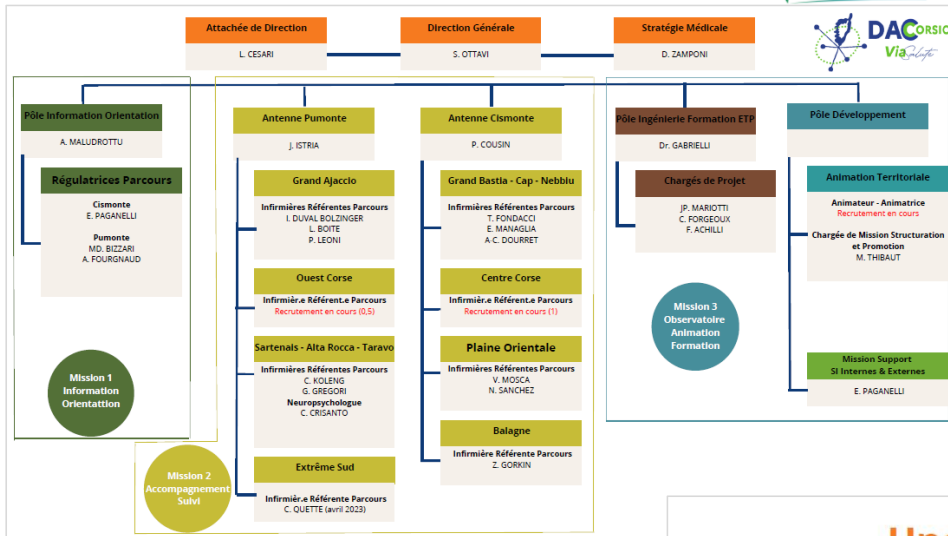
**2 modalités**

Être équipé en tant que structure au guichet d'orientation  
Être équipé en tant que professionnel de santé libéral

 **Tutoriel vidéo :**  
<https://youtu.be/g9w2OvPdF7g>



**Comment est organisé le DAC Corsica pour vous répondre ?**



## Une réponse territorialisée



Des IDE "Référent.es Parcours" sur tout le territoire pour

- accompagner les personnes en situation complexe.

Leurs rôles = Coordonner les soins et les aides

Et non les réaliser.



✉ [contact@dac.corsica](mailto:contact@dac.corsica)

📍 **Antenne Cismonte**  
6, rue Luce de Casabianca - 20200 Bastia

📍 **Siège social & Antenne Pumonte**  
Résidence Parc Impérial - Immeuble Le Trianon A1  
Route des Cèdres - 20000 Alajciu

**Du lundi au vendredi de 08h30 à 17h30\***

\*Astreinte de 08h00 à 08h30 et de 17h30 à 19h00  
\*Fermeture le samedi, le dimanche et les jours fériés



**04.95.30.31.91**

3. ANNEXE 3 : BILAN CORSICADERM 2022-2023

<div data-bbox="257 343 436 454">  <p> <b>URPS-ML</b>            UNION RÉGIONALE            DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ            MÉDECINS LIBÉRAUX DE CORSE            UNIONE REGIONALE            DEI PROFESSIONISTI E A SUCCESSI            MEDICINI LIBERALI DI CORSE         </p> </div> <div data-bbox="257 478 436 550"> <p>15/03/2023</p> </div> <div data-bbox="302 614 862 925"> <h1 style="text-align: center;">Bilan Du Réseau CorsicaDerm 2022/2023</h1> </div> <div data-bbox="280 941 862 981"> <p style="text-align: center;">Projet de télé expertise en dermatologie</p> </div> <div data-bbox="257 1212 347 1268">  <p> <b>URPS-ML</b>            UNION RÉGIONALE            DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ            MÉDECINS LIBÉRAUX DE CORSE            UNIONE REGIONALE            DEI PROFESSIONISTI E A SUCCESSI            MEDICINI LIBERALI DI CORSE         </p> </div> <div data-bbox="380 1236 705 1260"> <p>Projet Bilan du réseau Corsicaderm au 15/03/2023</p> </div> <div data-bbox="761 1212 806 1260"> <p style="text-align: center;">1</p> </div>	<div data-bbox="963 383 1489 406"> <p><b>Rappel du contexte</b></p> </div> <div data-bbox="963 414 1489 478"> <p>Le projet est né de plusieurs constats : Un vieillissement de la population, une augmentation de la prévalence des maladies chroniques, une démographie déficitaire des professionnels de santé et notamment celle des dermatologues.</p> </div> <div data-bbox="963 486 1489 574"> <p>Une recrudescence du nombre de tumeurs cutanées, une raréfaction des dermatologues sur le territoire, des délais de rendez-vous à + de 2 mois pour certains dermatologues, (voire pas ou plus de créneau de disponible pour les nouveaux patients), l'absence d'outil de télémedecine régionale et un cadre juridique de la télémedecine qui ne permettait pas le développement de cette nouvelle pratique sur le territoire.</p> </div> <div data-bbox="963 598 1220 622"> <p><b>2 axes prioritaires définis pour ce projet</b></p> </div> <div data-bbox="985 630 1489 726"> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Axe 1 : Créer un maillage territorial en dermatologie en donnant un point d'accès rapide à un avis dermatologique</b>, à proximité du lieu de vie des patients sur des territoires en déficit de dermatologues</li> <li>➤ <b>Axe 2 : Favoriser l'accès aux soins</b>, en diminuant les délais de rendez-vous et favoriser le dépistage précoce des tumeurs cutanées et des autres pathologies de la peau.</li> </ul> </div> <div data-bbox="963 734 1120 758"> <p><b>Publics cibles mobilisés</b></p> </div> <div data-bbox="985 750 1176 790"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les médecins généralistes</li> <li>• Les Patients</li> </ul> </div> <div data-bbox="963 798 1220 821"> <p><b>Combien de personnes en bénéficient ?</b></p> </div> <div data-bbox="963 813 1489 885"> <p>Dans un cadre expérimental, nous comptons mobiliser 8-10 dermatologues autour de ce projet et une quinzaine de médecins généralistes requérants qui pourront demander un avis de télé expertise pour leur patient. Le développement se fera progressivement tout au long du projet.</p> </div> <div data-bbox="963 909 1377 933"> <p><b>Quel est le lieu (ou quels sont les lieux) de réalisation de l'action ?</b></p> </div> <div data-bbox="963 925 1332 949"> <p>Le projet sera développé sur l'ensemble du territoire Corse.</p> </div> <div data-bbox="963 965 1120 989"> <p><b>Date de mise en œuvre</b></p> </div> <div data-bbox="963 981 1064 1005"> <p>11 février 2022</p> </div> <div data-bbox="963 1013 1209 1037"> <p><b>Partenariats et nature des partenariats</b></p> </div> <div data-bbox="963 1029 1489 1085"> <p>Partenariats identifiés en début de projet : la FCCIS qui doit soutenir le projet notamment via la communication et l'information auprès des structures d'exercices coordonnées.</p> </div> <div data-bbox="963 1212 1041 1268">  <p> <b>URPS-ML</b>            UNION RÉGIONALE            DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ            MÉDECINS LIBÉRAUX DE CORSE            UNIONE REGIONALE            DEI PROFESSIONISTI E A SUCCESSI            MEDICINI LIBERALI DI CORSE         </p> </div> <div data-bbox="1064 1236 1388 1260"> <p>Projet Bilan du réseau Corsicaderm au 15/03/2023</p> </div> <div data-bbox="1444 1212 1489 1260"> <p style="text-align: center;">2</p> </div>
--	---

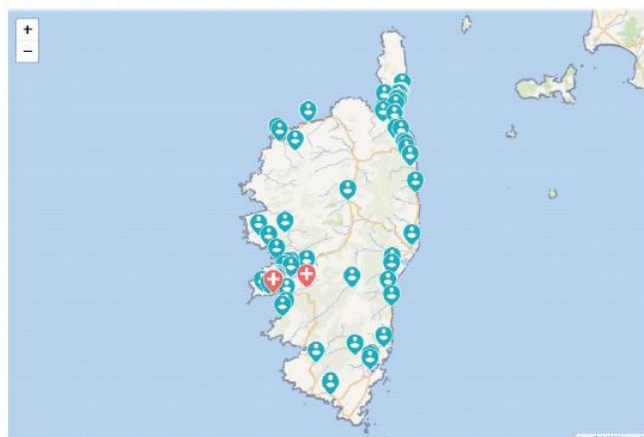


**Evaluation : indicateurs de réussite**

Objectifs et axes prioritaire	Cible	Indicateurs de suivi
Maillage territorial	Dermatologues	Nombre de dermatologues
	Médecins généralistes et autres professionnels de santé	Nombre de requérants
		Nombre de requérants distincts (qui a réalisé au moins 1 TLE)
Accès aux soins	Patients	Nombre de patients pris en charge
		Nombre de télé expertise
		Délai moyen de prise en charge
		% de TLE ayant donné lieu à une consultation en cabinet
		% de TLE sans consultation au cabinet

**Analyse du projet à la fin de la 1<sup>ère</sup> année**

**Axe 1 : Maillage territorial**



156 membres inscrits dans le réseau **CORSICADERM** dont :

Coté des requérants

- 146 médecins et autres professionnels de santé inscrits sur le réseau Corsicaderm, répartis comme suit :
- 126 Médecins Généralistes
- 13 spécialistes (cardio, pédiatre, chirurgien, gériatre, etc.)
- 4 internes
- 3 IDE
- 96 requérants distincts (ayant réalisé au moins 1 demande d'avis), soit 66 % d'usages.
- 940 Patients pris en charge.

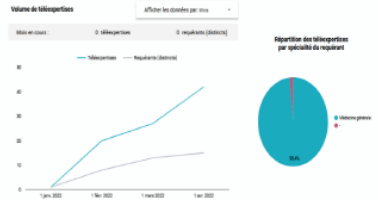
Coté des médecins dermatologue :

- 10 dermatologues répartis sur 3 grands territoires
- ✓ Ajaccio : 4 dermatologues (dont 1 dermatologue, hors département)
- ✓ Bastia : 2 dermatologues (dont 1 dermatologue avec une activité sur le continent et à Folelli)
- ✓ Extrême sud & plaine orientale (4 dermatologues, dont 2 onco-dermatologues avec une activité sur Paris et Sainte- Lucie de talano).

► Evolution et développement du réseau Corsicaderm.

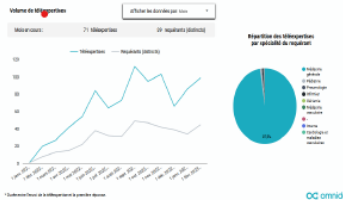
Chiffres clés

Nombre de consultations	91	Total des avis envoyés	2214	État de réponse moyen (en heures)*	12
Nombre de requérants distincts	29	Revenus globaux (en euros)	3014	État de réponse médian (en heures)*	1
% de demandes remboursées	27%	% de consultations facturées	227%	% de demandes sans réponse au 7 <sup>e</sup> jour	0%



Chiffres clés

Nombre de consultations	91	Total des avis envoyés	2214 €	État de réponse moyen (en heures)*	12
Nombre de requérants distincts	29	Revenus globaux (en euros)	440 €	État de réponse médian (en heures)*	1
% de demandes remboursées	26%	% de consultations facturées	27%	% de demandes sans réponse au 7 <sup>e</sup> jour	0%



**AU 02/05/2022**  
 Nombre de médecins requérants inscrits sur la plateforme :  
 → 50 médecins  
 Nombre de médecins requérants ayant effectués au moins 1 demande d'avis :  
 → 25 médecins  
 Nombre de dermatologues inscrits dans le réseau :  
 → 10 dermatologues  
 Nombre de Télé expertise :  
 → 90 TLE réalisées  
 → Délai de réponse moyen : 12h00  
 → 0 % de demandes sans réponses au 7 e jour

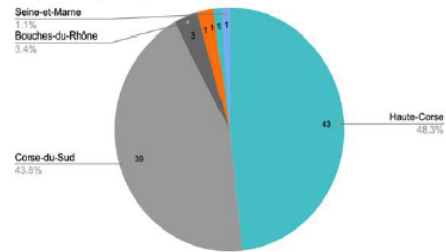
**AU 22/03/2023**  
 Nombre de médecins requérants inscrits sur la plateforme :  
 → 156 médecins  
 Nombre de médecins requérants ayant effectués au moins 1 demande d'avis :  
 → 98 médecins  
 Nombre de dermatologues inscrits dans le réseau :  
 → 10 dermatologues  
 Nombre de Télé expertise :  
 → 997 TLE réalisées  
 → Délai de réponse moyen : 29h00  
 → 2,9 % de demandes sans réponses au 7 e jour

► 97.5 % des demandes d'avis sont réalisées par des médecins généralistes et 2.5 % restant ont été réalisés par des spécialistes, ou autres professionnels de santé.

► Répartition des demandes

❖ Par département

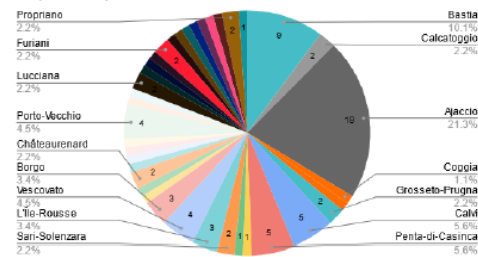
Répartition par département



► 39 % des demandes réalisées proviennent de requérants de Corse du Sud, 43 % de la haute Corse et 4,5 % d'autres départements (car 3 des dermatologues ont aussi une activité sur le continent)

❖ Par ville

Répartition par ville



► On observe une répartition homogène des requérants sur toute la Corse,

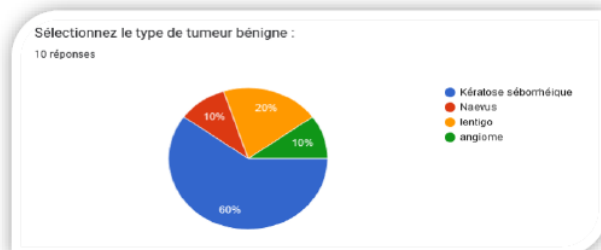
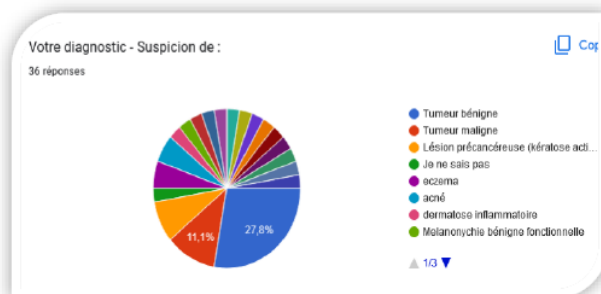
## Axe 2 : Accès aux soins

On observe une augmentation croissante et continue de demandes de télé expertises.

→ 940 patients ont été pris en charge depuis le début du projet, avec un délai de moyen de réponse de 29h00, (délai initialement prévu de 48h00).

→ Seule, 2,9 % des demandes sont restées sans réponses au 7<sup>e</sup> jour. (Due essentiellement à l'absence du dermatologue requis ou suite à des week-ends, ponts etc.)

Questionnaire de diagnostic de suspicion :



Sélectionnez le type de tumeur maligne :

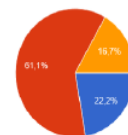
4 réponses



- Mélanome
- Carcinome basocellulaire
- Carcinome épidermoïde
- Maladie de Bowen

Qui a assuré ou assurera la consultation ?

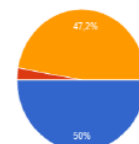
18 réponses



- Dermatologue habituel du patient
- Vous-même
- Autre dermatologue du réseau CorsicaDerm

Quel suivi a été ou sera réalisé suite à cette téléexpertise ?

36 réponses



- Consultation présentielle
- Demande d'une nouvelle téléexpertise (pour suivi)
- Aucun

## Conclusions

### Observations durant les 12 mois de projet :

Le bilan sur cette année est plus que satisfaisant au vu du nombre de télé expertises réalisées.

Les objectifs initialement prévus ont été largement atteints au niveau du maillage territorial, que sur le développement des usages puisque qu'à ce jour, 66 % des utilisateurs inscrits sur la plateforme ont effectué au moins une demande de télé expertise.

Nous pouvons en conclure qu'il y a un vrai besoin en ce qui concerne l'accès aux soins dans cette spécialité, que la télé expertise permet d'avoir un avis rapide lors d'une suspicion de tumeur cutanée et favorise par conséquent une meilleure prise en charge des patients et une diminution de la perte de chance.

Le choix de l'outil numérique a participé grandement au succès de ce projet car son ergonomie simple, a facilité son utilisation et le développement des usages.

Cette application est uniquement dédiée à la Télé expertise, nouvelle pratique qui correspond aux besoins du terrain des acteurs de la santé.

L'audit réalisé auprès des requérants met en évidence :

- Un besoin de formation pour le dépistage des tumeurs cutanées
- Un besoin de formation pour la prise des photographies.

En Conclusion :

### Difficultés rencontrées :

- Gestion du flux des demandes d'avis entre les territoires en début de projet.
- Formation des requérants insuffisante, notamment sur la qualité des photos.
- Extraction des données insuffisantes pour affiner les indicateurs souhaités.

### Points positifs :

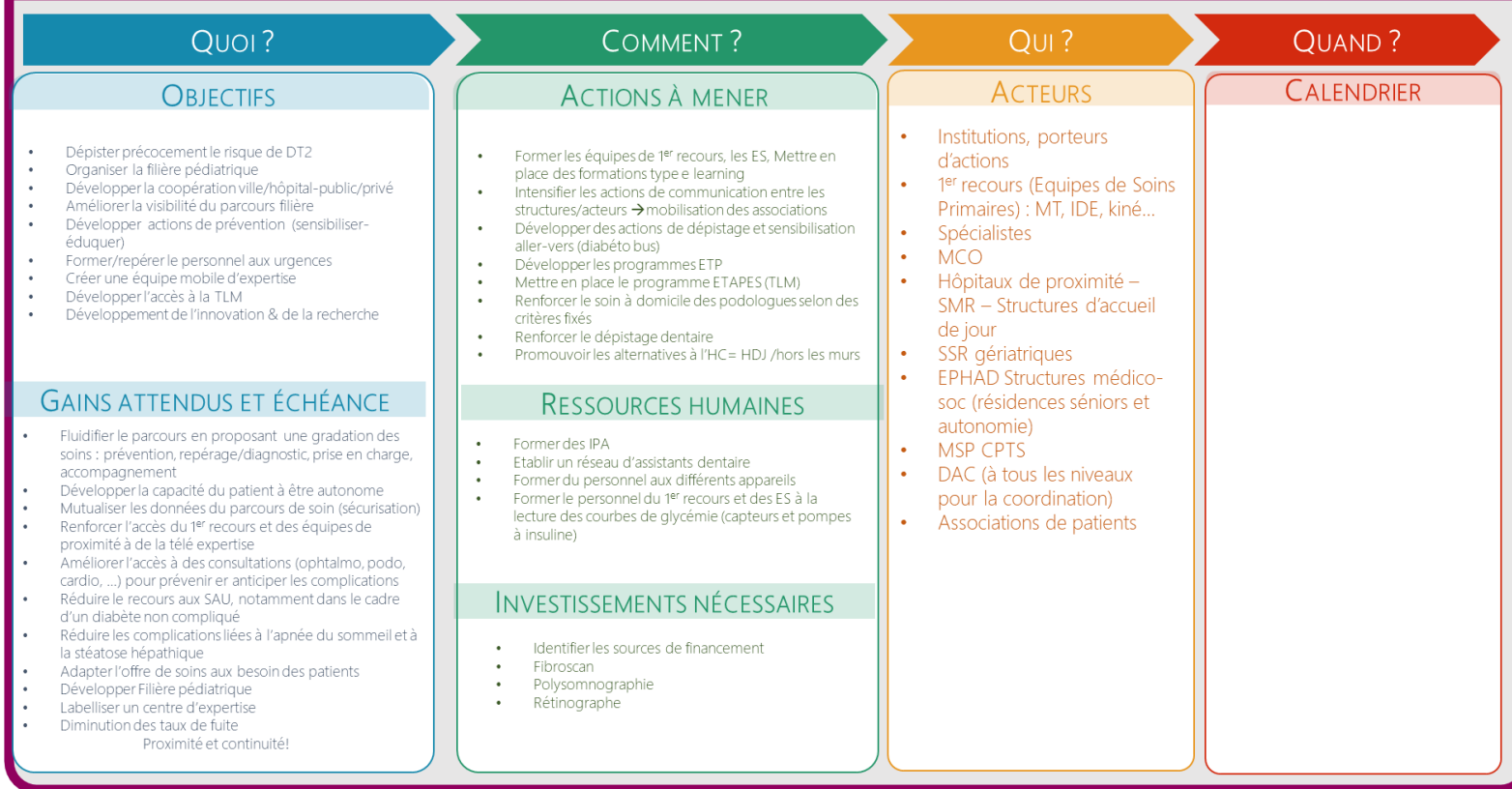
- Aucune difficulté de mise en place de l'outil numérique chez les professionnels de santé quel que soit le support utilisé PC et/ ou application.
- Bon accueil des médecins requérants.
- Un retour satisfaisant des requérants et requis.
- Un maillage territorial homogène, une amélioration des flux entre les territoires.
- Un accès aux soins favorisé pour les patients
- Un gain de temps pour la prise en charge et le dépistage des tumeurs cutanées.
- Une diminution des déplacements puisque 47,2% des demandes de Téléexpertises n'ont pas donné lieu à une consultation présenteielle.

4. ANNEXE 4 : FEUILLES DE ROUTE FILIERES MALADIES NEURODEGENERATIVES, MALADIES ENDOCRINIENNES, INSUFFISANCE CARDIAQUE

FEUILLE DE ROUTE			
Maladies neurodégénératives (Alzheimer, Parkinson, Sclérose en Plaques...)			
QUOI ?	COMMENT ?	QUI ?	QUAND ?
<p><b>OBJECTIFS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Assurer une articulation ville/hôpital, public/privé et mettre en place un parcours coordonné pour éviter les points de rupture dans la PEC des patients</li> <li>Intensifier les actions de prévention</li> <li>Améliorer le dispositif de repérage, d'adressage</li> <li>Développement de l'innovation &amp; de la recherche</li> </ul> <p><b>GAINS ATTENDUS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Arriver à avoir un parcours fluidifié et une gradation des soins dans les différentes étapes: prévention, repérage/diagnostic, prise en charge, accompagnement et empowerment</li> <li>Privilégier le maintien à domicile en autonomie, le bien vieillir</li> <li>Renforcer l'expertise du 1<sup>er</sup> recours et des équipes de proximité</li> <li>Réduire le recours aux SAU</li> </ul>	<p><b>ACTIONS À MENER</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Former les équipes de 1<sup>er</sup> recours, les ES, équipes de la filière gériatrique pour la PEC de la pathologie (accent sur troubles du comportement) → CMRR, DAC...</li> <li>Renforcer la territorialisation des outils favorisant la vie à domicile</li> <li>Intensifier les actions de communication entre les structures/acteurs &amp; auprès des aidants. Désigmatiser la maladie en incluant les mairies... → mobilisation des associations (art thérapie, visites de musée, culture &amp; santé...)</li> <li>Accessibilité universelle</li> <li>Amélioration des transports</li> <li>Living lab: domotique, domicile intelligent...</li> <li>Contribuer à la création d'un gérontopole</li> <li>Promouvoir les alternatives à l'institutionnalisation</li> <li>Structures dédiées aux patients jeunes</li> </ul> <p><b>RESSOURCES HUMAINES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Négociation avec les universités partenaires (Nice, Marseille...) pour l'obtention d'internes</li> <li>Engagement de la région pour le recrutement de médecins</li> </ul> <p><b>INVESTISSEMENTS NÉCESSAIRES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Identifier les sources de financement</li> <li>Accès au PET scan, scintigraphie, médecine nucléaire</li> </ul>	<p><b>ACTEURS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Institutions, porteurs d'actions</li> <li>1<sup>er</sup> recours (Equipes de Soins Primaires) : MT, IDE, kiné...</li> <li>Equipes Spécialisées Maladies Neurodégénératives</li> <li>EQLAAT, ICOPE</li> <li>Hôpitaux de proximité – SMR – Structures d'accueil de jour</li> <li>UCC, SSR gériatriques</li> <li>Equipes mobiles polyvalentes</li> <li>Consultations mémoires – CMRR (à tous les niveaux pour la coordination</li> <li>Centre de Ressources &amp; Compétences Sclérose En Plaques</li> <li>Hôpital de jour fragilité</li> <li>DAC (à tous les niveaux pour la coordination)</li> <li>Associations de patients</li> </ul>	<p><b>ECHÉANCE (CT/MT/LT)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Court &amp; moyen termes (notamment pour la relève médicale)</li> </ul>

## FEUILLE DE ROUTE

### Filière DIABETOLOGIE- ENDOCRINOLOGIE



## FEUILLE DE ROUTE

### Insuffisance cardiaque en CORSE projet régional

Quoi ?	Comment ?	Qui ?	Quand ?
<p><b>OBJECTIFS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Décloisonnement ville hôpital</li> <li>• Améliorer le dépistage insuffisance cardiaque à FE préservée</li> <li>• Améliorer le parcours de soin de l'insuffisance cardiaque : ville-hôpital-SSR</li> </ul> <p><b>GAINS ATTENDUS ET ÉCHÉANCE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuer les hospitalisations et morbidité (court terme)</li> <li>• Diminuer les hospitalisations par la voie des urgences</li> <li>• Mieux comprendre l'épidémiologie de l'insuffisance cardiaque (IC) en Corse (long terme)</li> <li>• Coordonner le parcours de soin portée régionale</li> <li>• Augmenter le recours à la réadaptation (12%)</li> <li>• Diminuer les délais de prise en charge</li> <li>• Traitement optimal</li> </ul>	<p><b>ACTIONS À MENER</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Création HDJ insuffisant cardiaque : alternative à l'hospitalisation aiguë</li> <li>• Création d'une unité de surveillance des IC</li> <li>• Collaboration avec université de Corte pour améliorer l'algorithme de prise en charge avec intelligence artificielle</li> <li>• Prise en charge coordonnée et multidisciplinaire : ETP, diet, titration médicamenteuse, APA</li> </ul> <p><b>RESSOURCES HUMAINES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 IDE</li> <li>• 2 ISPIC (IDE protocole coordination)</li> <li>• Psychologue</li> <li>• EAPA</li> <li>• Diet</li> </ul> <p><b>INVESTISSEMENTS NÉCESSAIRES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Serveur sécurisé avec hébergement des données de santé</li> <li>• Ressources humaines ETP ide APA diet</li> </ul>	<p><b>ACTEURS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Service de cardio</li> <li>• SSR cardio (CH B et Fino)</li> <li>• Cardiologues libéraux</li> <li>• Médecins traitants</li> <li>• Aidants</li> <li>• HAD</li> <li>• IDE libérale</li> <li>• Université de Corte</li> <li>• ISPIC</li> <li>• IPA</li> </ul>	<p><b>CALENDRIER</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• HDJ dernier trimestre 2023</li> <li>• Unité de surveillance dernier trimestre 2023</li> </ul>



## 5. ANNEXE 5 : LES HYPER-SPECIALITES A DEVELOPPER EN CORSE (ISSUS DES TRAVAUX DE L'ARS DANS LE CADRE DE L'ACTUALISATION DU SRS)

### 1/ Les hyper spécialités en rapport avec l'innovation technologie

L'Article L 1115-1 du CSP rappelle les conditions d'encadrement de la pratique en lien avec l'innovation.

Pour mémoire, l'article L1151-1 du CSP rappelle que « la pratique des actes, procédés, techniques et méthodes à visée diagnostique ou thérapeutique, ainsi que la prescription de certains dispositifs médicaux, de leurs accessoires, et l'utilisation de médicaments nécessitant un encadrement spécifique pour des raisons de santé publique ou susceptibles d'entraîner des dépenses injustifiées peuvent être soumises à des règles relatives :

- à la formation et la qualification des professionnels pouvant les prescrire, les pratiquer, les utiliser ou les mettre en œuvre sans préjudice, le cas échéant, du respect du code de déontologie médicale ;



Contribution filières hyper spécialisées en région Corse.

24/04/2023

- aux conditions techniques de leur réalisation.

Elles peuvent également être soumises à des règles de bonne pratique.

Ces règles sont fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis de la Haute Autorité de santé.

L'utilisation de ces dispositifs médicaux, de ces médicaments et la pratique de ces actes, procédés, techniques et méthodes à visée diagnostique ou thérapeutique peuvent être limitées pendant une période donnée à certains établissements de santé ou hôpitaux des armées. Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, conjointement avec le ministre de la défense en ce qui concerne les hôpitaux des armées, arrêtent, après avis de la Haute Autorité de santé, la liste de ces établissements ou hôpitaux ou précisent les critères au vu desquels les agences régionales de santé fixent la liste de ces établissements.

Les dispositions du présent article s'entendent sans préjudice des dispositions relatives aux recherches impliquant la personne humaine définies au titre II du présent livre et de celles relatives aux autorisations, aux conditions d'implantation de certaines activités de soins et aux conditions techniques de fonctionnement définies aux chapitres II, III et IV du titre II du livre Ier de la sixième partie. »

En dehors de toute autre considération, la prise en compte d'une spécificité régionale, assise sur le volet corse de la stratégie nationale de santé n'a pas été retenue pour autoriser la pratique de certains actes dès lors que les sociétés savantes en avaient validé le principe et les conditions techniques de mise en œuvre.

C'est le cas par exemple de la pose de TAVIs.

### POSE DE TAVIs

En l'état actuel du droit, les TAVIs ne sont pas inclus dans le périmètre de l'activité de cardiologie interventionnelle rénovée par le Décret n° 2022-380 du 16 mars 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie.

#### Critères d'éligibilité des centres implantant des TAVIs

L'activité d'implantation transcathéter des bioprothèses valvulaires aortiques (TAVIs) est encadrée depuis 2009 par l'application de l'article L.1151-1 du code de la santé publique ➡ relatif aux techniques innovantes. L'encadrement de cette activité a d'abord été précisé par la publication d'une liste nominative de 33 centres puis par la définition de critères de compétences et de moyens. Les critères d'éligibilité en cours de validité ont été définis par l'arrêté du 28 mars 2019 puis prorogés par l'arrêté du 16 décembre 2020 consécutivement à la dernière évaluation menée par la HAS.

Ces critères étant valables jusqu'au 31 décembre 2023, la HAS s'est auto-saisie pour évaluer l'opportunité de les faire évoluer (note de cadrage publiée le 9 janvier sur le site de la HAS). Les parties prenantes (CNP, associations de patients), les services du Ministère de la Santé et de la Prévention et les fabricants seront concertés pour actualiser le dernier rapport de 2020.

### 3/ Activités de mission d'intérêt général

Ci-joint la liste des activités non présentes sur la région

Les centres de référence maladies rares labellisés (hors centres inclus dans les MIG F05, F06, F07) et filières de santé maladies rares
Les centres labellisés Maladies hémorragiques constitutionnelles
Les centres labellisés mucoviscidose
Les centres labellisés Sclérose latérale amyotrophique (SLA) et autres maladies du neurone moteur
La mortalité périnatale
Les centres d'implantation cochléaire et du tronc cérébral
Les centres régionaux de pathologies professionnelles et environnementales (CRPPE)
Les services experts de lutte contre les hépatites virales
Les centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal (CPDPN)
Les centres de diagnostic préimplantatoire (CDPI)
les centres experts de la maladie de Parkinson
Les centres de référence pour infections ostéo-articulaires (CIOA)

Pour ces activités des partenariats existent avec la région PACA, il conviendra de s'interroger avec les professionnels concernés sur les axes d'amélioration à développer dans les partenariats existants et de recenser les activités nécessitant un relais sur l'île. La voie conventionnelle est à généraliser pour garantir la lisibilité de la filière et tenter une mise en réseau des acteurs de santé autour du patient.

De fait, les enseignements de l'article 51 Référent parcours porté par l'AFM Téléthon met en évidence :

- La valeur ajoutée de la structuration d'un niveau 2 à partir des CH d'Ajaccio et de Bastia ;
- Le caractère incontournable d'une intervention auprès des environnements en proximité du patient : médecin traitant, professionnels de l'accompagnement, aidants.



## FEUILLE DE ROUTE

Filière épileptologie

QUOI ?	COMMENT ?	QUI ?	QUAND ?
<p><b>OBJECTIFS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Assurer l'accès à l'offre de soins et le suivi des patients</li> <li>Prise en charge des cas complexes</li> <li>Récupérer les patients « perdus de vue »</li> <li>Animer le territoire</li> <li>Améliorer la transition enfant-adulte</li> </ul> <p><b>GAINS ATTENDUS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tout patient repéré est diagnostiqué et pris en charge</li> </ul>	<p><b>ACTIONS À MENER</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Renforcer le lien/coopération avec un établissement support (réanimation, avis confrère expert...)</li> <li>Assurer la formation des IDE EEG</li> </ul> <p><b>RESSOURCES HUMAINES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>2-3 neurologues</li> <li>IDE EEG</li> </ul> <p><b>INVESTISSEMENTS NÉCESSAIRES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>En cours d'acquisition de matériel de télé-interprétation (€)</li> </ul>	<p><b>ACTEURS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Travailler avec les associations de patients (pour récupérer les patients « perdus de vue »)</li> <li>Neurologues publics/privés</li> <li>Coordinateur</li> </ul>	<p><b>ECHÉANCE (CT/MT/LT)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>CT/MT : développement de cette hyper-spécialité espéré entre 3 et 5 ans</li> </ul>

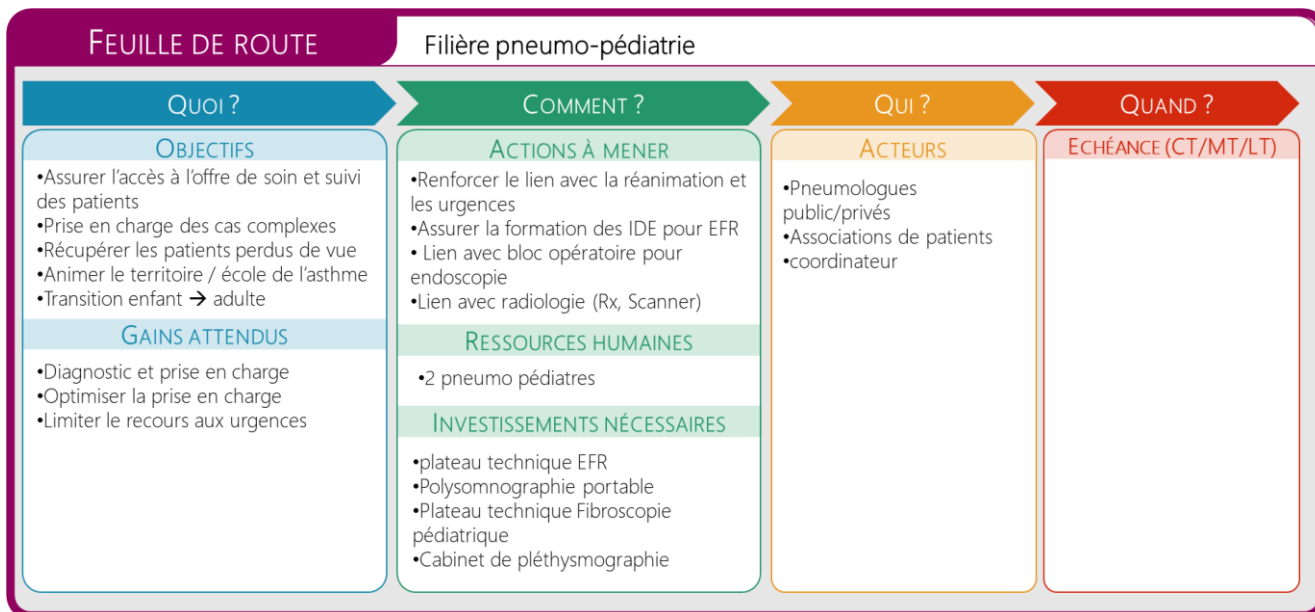
6. ANNEXE 6 : FEUILLE DE ROUTE DES SURSPECIALITES PEDIATRIQUES (ENDOCRINOLOGIE, NEUROLOGIE, CARDIOLOGIE, DOULEUR, PNEUMOLOGIE )

FEUILLE DE ROUTE		Filière endocrino-pédiatrie	
Quoi ?	COMMENT ?	QUI ?	QUAND ?
<p><b>OBJECTIFS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Assurer l'accès à l'offre de soin et suivi des patients diabétiques</li> <li>Créer une école du diabète</li> <li>Animer le territoire</li> <li>Initier les pompes à insuline/ pancréas artificiel</li> <li>Autres endocrinopathies /croissance/puberté</li> </ul> <p><b>GAINS ATTENDUS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Optimiser la prise en charge du DID</li> </ul>	<p><b>ACTIONS À MENER</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coopération avec confrère expert</li> <li>Lien avec laboratoires experts</li> <li>Lien avec radiologues</li> <li>Formation IDE/Puer</li> <li>Formation ETP</li> </ul> <p><b>RESSOURCES HUMAINES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>2 à 3 endocrino-pédiatres</li> <li>Équipe pluridisciplinaire école du diabète</li> </ul> <p><b>INVESTISSEMENTS NÉCESSAIRES</b></p>	<p><b>ACTEURS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Lien endocrino ville-hôpital</li> <li>Radiologues (Rx, IRM)</li> <li>Labos spécialisés</li> <li>Associations de patients</li> </ul>	<p><b>ECHÉANCE (CT/MT/LT)</b></p>

FEUILLE DE ROUTE		Filière douleur pédiatrie	
Quoi ?	COMMENT ?	QUI ?	QUAND ?
<p><b>OBJECTIFS</b></p>	<p><b>ACTIONS À MENER</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Formation soignants</li> <li>Participation au CLUD</li> <li>Établissement de protocoles</li> </ul> <p><b>RESSOURCES HUMAINES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1 pédiatre formé douleur</li> <li>Puéricultrice/ IDE formées</li> </ul> <p><b>INVESTISSEMENTS NÉCESSAIRES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Formation continue</li> </ul>	<p><b>ACTEURS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Lien avec le CLUD</li> <li>Pédiadol</li> </ul>	<p><b>ECHÉANCE (CT/MT/LT)</b></p>
<p><b>GAINS ATTENDUS</b></p>			

FEUILLE DE ROUTE			
Filière cardio-pédiatrie			
Quoi ?	COMMENT ?	QUI ?	QUAND ?
<p><b>OBJECTIFS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Assurer accès offre de soins et suivi des patients</li> <li>Diagnostic et prise en charge initiale principales cardiopathies congénitales</li> <li>Transfert des cas complexes ou chirurgicaux</li> </ul> <p><b>GAINS ATTENDUS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Réduction de morbi-mortalité</li> </ul>	<p><b>ACTIONS À MENER</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Lien avec soins intensifs cardiologiques /réanimation</li> <li>Lien avec gynéco-obstétriciens</li> </ul> <p><b>RESSOURCES HUMAINES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>2-3 cardio-pédiatres</li> <li>IDE cardiologie</li> </ul> <p><b>INVESTISSEMENTS NÉCESSAIRES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Appareils échographie cardiaque</li> <li>Appareils ECG</li> </ul>	<p><b>ACTEURS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cardiologues public/privé</li> </ul>	<p><b>ECHÉANCE (CT/MT/LT)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Opérationnel</li> </ul>

FEUILLE DE ROUTE			
Filière neuro pédiatrie autisme et troubles du neurodéveloppement			
Quoi ?	COMMENT ?	QUI ?	QUAND ?
<p><b>OBJECTIFS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Accès offre de soins et suivi des patients</li> <li>Prise en charge précoce</li> </ul> <p><b>GAINS ATTENDUS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Diagnostic et prise en charge</li> </ul>	<p><b>ACTIONS À MENER</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Renforcer la coopération existante entre les différentes structures du territoire</li> <li>Lien avec confrères experts</li> </ul> <p><b>RESSOURCES HUMAINES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Neurologues</li> <li>IDE pour EEG</li> <li>Radiologues (Scanner, IRM)</li> </ul> <p><b>INVESTISSEMENTS NÉCESSAIRES</b></p>	<p><b>ACTEURS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>CAMSP, PMI, IME, Orthophonistes, Kinésithérapeutes, Ergothérapeutes, Education Nationale, Société Civile</li> <li>Neurologues ville hôpital</li> <li>Coordinateur</li> <li>Associations de patients</li> </ul>	<p><b>ECHÉANCE (CT/MT/LT)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Poursuite du développement de cette filière mise en place en 2021</li> </ul>



## 7. ANNEXE 7 : NOTE SPECIFIQUE DETAILLANT LE BESOIN D'UN PET-SCAN EN CORSE

Entre juillet 2015 et juin 2016, les membres constitutifs du Comité Technique Régional de l'imagerie [COTERI], dont le Dr Burg, ont mis en place un groupe de travail ayant pour but d'analyser le besoin et la faisabilité de l'implantation d'un PET-Scan en Corse. Un dossier exposant les différents besoins auxquels répond l'implantation d'un PET-Scan en Corse (le besoin médical, le besoin industriel et le besoin financier) a été déposé au ministère de la Santé. Par ailleurs de nombreux travaux ont été réalisés pour inscrire ce projet dans le PRS 1 (2021-2016), et à nouveau dans le PRS 2 (2018-2023). A ce jour, le dossier reste sans réponse au niveau du ministère.

### Le besoin médical

Le PET-Scan, unité de Tomoscintigraphie par Emission de Position, est un équipement d'imagerie médicale qui permet de mettre en évidence les zones tumorales ou leurs extensions à l'aide de l'injection dans une veine et la propagation dans le corps du FDG-18 (fluoro-désoxy-glucose-18, atome légèrement radioactif).

La moyenne nationale pour cet équipement par territoire est de 1 PET-Scan pour 400 000 habitants. Alors que le cancer est la cause de mortalité de 30% des décès en Corse et que le PET-Scan permet l'exploration des pathologies cancéreuses principalement, aucune unité n'y est installée. Son utilisation ne se limite pas aux filières de cancérologie : il peut aussi servir en infectiologie, médecine interne, cardiologie et pour le traitement des pathologies osseuses.

Entre 2020 et 2022, le besoin d'examen réalisés par PET-Scan pour la population Corse, est passé de 3200 à 4200 et sa progression devrait doubler tous les 5-6 ans. Cependant, il existe un défaut de recours à ces examens de 50% pour différentes raisons : le refus des patients d'aller se faire soigner sur le continent, les délais importants de prise de rendez-vous, les impossibilités médicales de déplacer le patient, les patients isolés et les coûts de déplacement.

Les recherches réalisées exposent qu'un PET-Scan permettrait de réaliser au maximum 4000 examens annuellement. Compte-tenu de l'augmentation du besoin médical de la population pour ce type d'examen, le COTERI exposait dans ses travaux que 2 PET-Scan seraient nécessaires : un au CH d'Ajaccio et un au CH de Bastia dans les services de scintigraphie.

### Le besoin industriel

Il a été exposé dans les travaux du groupe que le frein principal à l'obtention d'un PET-Scan en Corse est l'éloignement du territoire par rapport aux centres de production de FDG-18 existants. En effet, le PET-Scan nécessite l'utilisation de FDG-18 dont la durée de vie est très courte : son temps d'utilisation maximal est de 12h à partir de la fin de sa production. Cette particularité implique une livraison quotidienne, rapide et fiable pour chacun des sites équipés en PET-Scan.

L'utilisation de FDG-18 produit sur le continent et ravitaillé par voie aérienne sur le territoire Corse n'est pas une solution envisagée par les rédacteurs du projet car la livraison est très coûteuse (entre 2,4 et 3,7 Millions d'euros par PET-Scan et par an) et qu'il existe un risque non-négligeable de non-respect des délais ou de rupture d'approvisionnement à cause des aléas de la livraison aérienne. L'installation d'un site « Cyclotron de production » pourrait avoir lieu au CH d'Ajaccio puisque l'établissement y est favorable et possède suffisamment de foncier disponible à son installation.

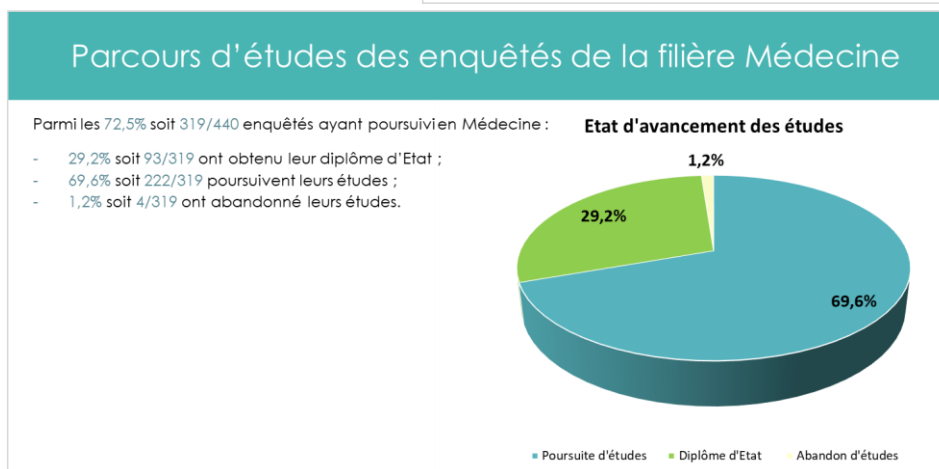
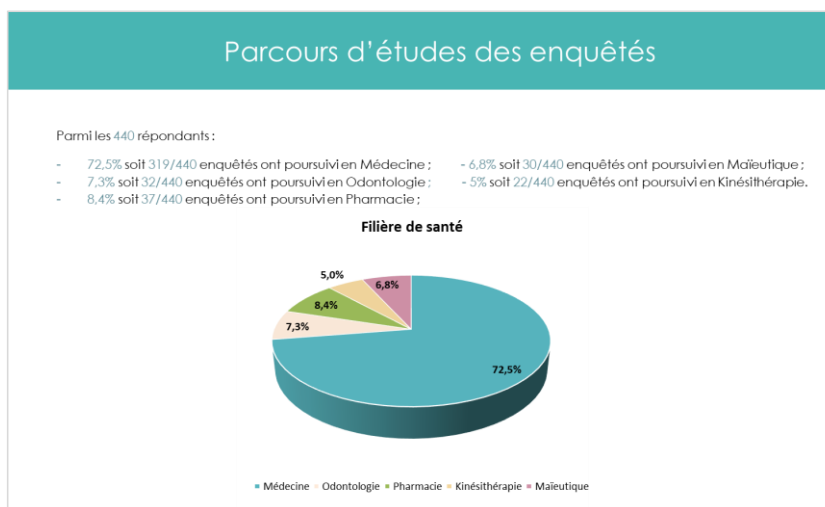
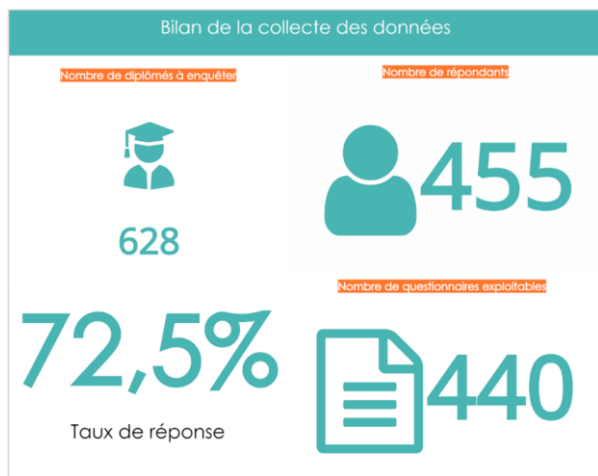
### Le besoin financier

Le groupe de travail a également réalisé une modélisation financière pour l'achat des 2 PET-Scan et d'un cyclotron. Le cyclotron (7,7M€) possède un investissement de production de 5M€, un investissement de livraison de 1M€, un coût de fonctionnement annuel d'environ 1,1M€ et une mise en service de 671k€. Les PET-Scan eux, nécessitent un investissement par site de 3,26M€, un coût de fonctionnement annuel d'environ 1M€, une mise en service de 159k€. Les recettes directes, venant des examens réalisés sont estimés à un coût de revient de 800€/patient.

Une mise à l'échelle en prenant en compte le contexte (crise du COVID-19, guerre en Ukraine, le SEGUR de la santé et l'inflation) donne une estimation d'investissement total du projet, tel qu'il a été pensé et modélisé de 15M€.

D'autre part, l'enquête décrit que des régions similaires en Outre-Mer par leur détachement de la France métropolitaine ont vu la mise en service d'un PET-Scan sur leur territoire depuis plusieurs années. C'est le cas de La Réunion dont le projet a vu le jour en 2007, la Martinique où le PET-Scan a été mis en service en 2018 et la Guadeloupe avec une mise en service en 2017. Ces installations ont coûté entre 11M€ et 18M€ d'investissement avec un fonctionnement avec un cyclotron de production tantôt privé (La Réunion, Martinique) et tantôt public (Guadeloupe).

## 8. ANNEXE 8 : ENQUETE D'INSERTION PROFESSIONNELLE ET DE SUIVI DES COHORTES DE L'UNIVERSITE DE CORTE

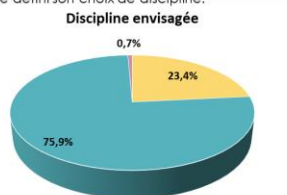


## Parcours d'études des enquêtés de la filière Médecine

### Etudiants inscrits entre la deuxième et la sixième année

Parmi les 137/222 enquêtés qui poursuivent leurs études entre la deuxième et la sixième année :

- 75,9% soit 104/137 envisagent de poursuivre vers un Diplôme d'Etudes Spécialisées de la discipline médicale ;
- 23,4% soit 32/137 envisagent de poursuivre vers un Diplôme d'Etudes Spécialisées de la discipline chirurgicale ;
- 0,7% soit 1/137 n'a pas encore défini son choix de discipline.



- Un Diplôme d'Etudes Spécialisées de la discipline chirurgicale
- Un Diplôme d'Etudes Spécialisées de la discipline médicale
- Autre

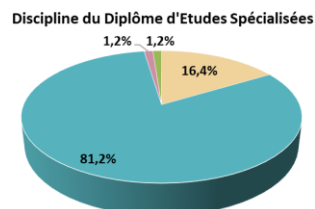
Parmi les 137 enquêtés, leur choix de spécialité sera motivé par les possibilités d'installation en Corse pour 78/137, par la possibilité d'effectuer une partie du cursus en Corse pour 20/137 et par leur attrait pour la spécialité ou en fonction de leur classement durant leurs études pour 39/137 enquêtés.

## Parcours d'études des enquêtés de la filière Médecine

### Etudiants inscrits en septième année ou plus

Parmi les 85/222 enquêtés qui poursuivent leurs études en septième année ou plus :

- 81,2% soit 69/85 ont choisi un Diplôme d'Etudes Spécialisées de la discipline médicale ;
- 16,4% soit 14/85 ont choisi un Diplôme d'Etudes Spécialisées de la discipline chirurgicale ;
- 1,2% soit 1/85 a choisi un Diplôme d'Etudes Spécialisées de la discipline biologique : biologie médicale ;
- 1,2% soit 1/85 n'a pas encore défini son choix.



- Un Diplôme d'Etudes Spécialisées de la discipline chirurgicale
- Un Diplôme d'Etudes Spécialisées de la discipline médicale
- Un Diplôme d'Etudes Spécialisées de la discipline biologique : biologie médicale
- Autre

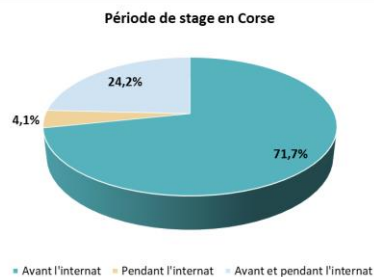
Parmi les 85 étudiants, leur choix de discipline a été motivé par les possibilités d'installation en Corse pour 40% soit 34/85 enquêtés, par la possibilité d'effectuer une partie de leur cursus en Corse pour 8,2% soit 7/85 enquêtés et par leur attrait pour la spécialité pour les 51,8% soit 44/85 enquêtés.

## Stages effectués par les enquêtés de la filière Médecine

### Période des stages effectués en Corse

Parmi les 173 enquêtés ayant effectué un ou des stages en Corse durant leurs études :

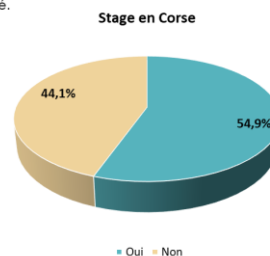
- 71,7% soit 124/173 enquêtés ont effectué leur(s) stage(s) avant l'internat ;
- 4,1% soit 7/173 enquêtés ont effectué leur(s) stage(s) pendant l'internat ;
- 24,2% soit 42/173 enquêtés ont effectué leur(s) stage(s) avant et pendant l'internat.



## Stages effectués par les enquêtés de la filière Médecine

### Lieu du stage

54,9% soit 173/315 des enquêtés ont effectué des stages en Corse durant leurs études et 45,1% soit 142/315 n'en n'ont pas effectué.



## Stages effectués par les enquêtés de la filière Médecine

Les enquêtés ont effectué leurs stages :

- Pour 74/173 au Centre Hospitalier de Bastia ;
- Pour 66/173 au Centre Hospitalier Notre Dame de la Miséricorde ;
- Pour 24/173 chez un praticien ;
- Pour 3/173 au Centre Hospitalier de Calvi ;
- Pour 2/173 au Centre Hospitalier Départemental de Castelluccio ;
- Pour 1/173 au Centre Hospitalier de Porto-Vecchio ;
- Pour 1/173 à la Polyclinique de Furiani ;
- Pour 1/173 à l'Hôpital Local de Bonifacio ;
- Pour 1/173 au Centre Hospitalier de Sartène.

### Raisons des stages effectués hors de Corse

Parmi les 142 enquêtés n'ayant pas effectué de stage en Corse durant leurs études, la raison était :

- Un manque d'opportunités pour 62,7% soit 89/142 enquêtés ;
- Un choix personnel pour 18,3% soit 26/142 enquêtés.

Et pour 19% soit 27/142 enquêtés, soit l'Université d'inscription ne le permettait pas, soit il n'y avait pas encore de stage prévu, soit ils ont saisi l'opportunité d'effectuer leur stage à proximité de leur université d'inscription.



## Intérêt d'un CHU pour les enquêtés

### Enquêtés ayant obtenu leur diplôme d'état

Parmi les enquêtés ayant obtenu leur diplôme d'état, soit 147 enquêtés, dans la perspective de création d'un CHU en Corse :

- 63,3% soit 93/147 sont intéressés pour y exercer une partie ou la totalité de leur métier ;
- 24,5% soit 36/147 ne le sont pas ;
- 12,2% soit 18/147 ne se sont pas prononcés.

Parmi les 36 enquêtés ne souhaitant pas exercer une partie ou la totalité de leur métier en Corse, les raisons communiquées par la majorité sont soit qu'ils ne résident pas en Corse soit qu'ils préfèrent exercer en libéral et non en milieu hospitalier.

Parmi les 93 enquêtés intéressés pour exercer une partie ou la totalité de leur métier au sein du CHU :

- 65 sont diplômés en médecine ;
- 11 sont diplômés en odontologie ;
- 10 sont diplômés en maïeutique ;
- 4 sont diplômés en pharmacie ;
- 3 sont diplômés en kinésithérapie ;

## Intérêt d'un CHU pour les enquêtés

### Enquêtés n'ayant pas encore obtenu leur diplôme d'état

Parmi les enquêtés n'ayant pas encore obtenu leur diplôme d'état, soit 285 enquêtés, dans la perspective de création d'un CHU en Corse :

- 64,2% soit 183/285 sont intéressés pour y exercer une partie ou la totalité de leur métier ;
- 17,9% soit 51/285 ne le sont pas ;
- 17,9% soit 51/285 ne se sont pas prononcés.

Parmi les 51 enquêtés ayant répondu négativement, ils ne sont majoritairement pas intéressés par une carrière hospitalo-universitaire ou préfèrent exercer en libéral, et d'autres ne souhaitent pas venir exercer en Corse.

Parmi les 183 enquêtés intéressés pour exercer une partie ou la totalité de leur métier au sein du CHU :

- 141 poursuivent leurs études en médecine ;
- 10 poursuivent leurs études en maïeutique ;
- 17 poursuivent leurs études en pharmacie ;
- 10 poursuivent leurs études en odontologie ;
- 5 poursuivent leurs études en kinésithérapie ;

## Intérêt d'un CHU pour les enquêtés de la filière Médecine

### Enquêtés n'ayant pas encore obtenu leur diplôme d'état

Parmi les enquêtés n'ayant pas encore obtenu leur diplôme d'état, soit 222 enquêtés, dans la perspective de création d'un CHU en Corse :

- 63,5% soit 141/222 sont intéressés pour y exercer une partie ou la totalité de leur métier ;
- 17,1% soit 38/222 ne le sont pas ;
- 19,4% soit 43/222 ne se sont pas prononcés.

Parmi les 38 enquêtés ayant répondu négativement :

- 22/38 ne sont pas intéressés par une carrière hospitalo-universitaire,
- 9/38 préfèrent exercer en libéral ;
- 5/38 ne souhaitent pas venir exercer en Corse ;
- 2/38 pensent que la création d'un CHU en Corse n'est pas réalisable.

### Enquêtés ayant obtenu leur diplôme d'état

Parmi les enquêtés ayant obtenu leur diplôme d'état, soit 93 enquêtés, dans la perspective de création d'un CHU en Corse :

- 69,9% soit 65/93 sont intéressés pour y exercer une partie ou la totalité de leur métier ;
- 19,4% soit 18/93 ne le sont pas ;
- 10,7% soit 10/93 ne se sont pas prononcés.

Parmi les 18 enquêtés ne souhaitant pas exercer une partie ou la totalité de leur métier en Corse, les raisons communiquées :

- 9/18, préfèrent exercer en libéral ;
- 6/18, ne résident pas en Corse ;
- 2/18, ne sont pas intéressés par une carrière hospitalo-universitaire,
- 1/18, pense que la création d'un CHR en Corse serait plus pertinent qu'un CHU.

## Constitution d'un réseau d'anciens étudiants

En vue de la constitution d'un réseau d'anciens étudiants, parmi les 440 enquêtés, 80,7% soit 355 ont accepté d'y adhérer.



N° 921

# ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

SEIZIÈME LÉGISLATURE

---

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 7 mars 2023.

## PROPOSITION DE LOI

*visant à la création d'un centre hospitalier universitaire en Corse,*

(Renvoyée à la commission des affaires sociales, à défaut de constitution d'une commission spéciale dans les délais prévus par les articles 30 et 31 du Règlement.)

présentée par Mesdames et Messieurs

Paul-André COLOMBANI, Jean-Félix ACQUAVIVA, Xavier ALBERTINI, Christine ARRIGHI, Joël AVIRAGNET, Nathalie BASSIRE, Béatrice BELLAMY, Manuel BOMPARD, Guy BRICOUT, Jean-Louis BRICOUT, Moetai BROTHERSON, Agnès CAREL, Steve CHAILLOUX, Hadrien CLOUET, Éric COQUEREL, Jean-François COULOMME, Hendrik DAVI, Charles de COURSON, Béatrice DESCAMPS, Martine ETIENNE, Olivier FALORNI, Emmanuel FERNANDES, Sylvie FERRER, Perceval GAILLARD, Clémence GUETTÉ, David GUIRAUD, Sébastien JUMEL, Philippe JUVIN, Mansour KAMARDINE, Andy KERBRAT, Brigitte KLINKERT, Mohamed LAQHILA, Élise LÉBOUCHER, Jean-Paul LECOQ, Tematai LE GAYIC, Didier LEMAIRE, Stéphane LENORMAND, Frédéric MAILLOT, Laurent MARCANGELI, Éliisa MARTIN, Max MATHIASIN, Frédéric MATHIEU, Paul MOLAC, Yannick MONNET, Pierre MOREL-À-L'HUISSIER, Christophe NAEGELEN, Hubert OTT, Bertrand PANCHER, Laurent PANIFOUS, Christophe PLASSARD, Philippe PRADAL, Richard RAMOS, Jean-Hugues

RATENON, Nicolas RAY, Davy RIMANE, Fabien ROUSSEL, Benjamin SAINT-HUILE, Aurélien SAINTOUL, Isabelle SANTIAGO, Mikaele SEO, Olivier SERVA, Ersilia SOUDAIS, David TAUPIAC, Matthias TAVEL, David VALENCE, Jiovanny WILLIAM, Estelle YOUSOUFFA,

députés.

## EXPOSÉ DES MOTIFS

MESDAMES, MESSIEURS,

La santé est un droit fondamental consacré par le onzième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946. Son accès doit être garanti à tous sur l'ensemble du territoire.

Les effets de la crise sanitaire liée à la pandémie de covid-19 en Corse, ainsi que la situation déjà largement dégradée du système de santé insulaire, ont pourtant mis en lumière un certain nombre de ses faiblesses structurelles, auxquelles il convient de porter remède tout en contribuant au développement économique, culturel et scientifique de l'île.

La Corse souffre en effet d'un manque manifeste de médecins sur l'ensemble de son territoire, avec une densité médicale de 258,8 médecins en activité régulière pour 100 000 habitants, permettant ainsi de qualifier l'île de désert médical. Il s'agit surtout de la seule région à n'être dotée d'aucun Centre hospitalier régional (CHR), ni d'aucun Centre hospitalier régional universitaire (CHRU).

La création des CHRU a pourtant été consacrée dès le 30 décembre 1958, par voie d'ordonnance. L'article premier de ladite ordonnance dispose à cet effet que *« dans les villes sièges de facultés de médecine, de facultés mixtes de médecine et de pharmacie ou d'écoles nationales de médecine et de pharmacie, les facultés ou écoles et les centres hospitaliers organisent conjointement l'ensemble de leurs services en centres de soins, d'enseignement et de recherche, conformément aux dispositions de la présente ordonnance. Ces centres prennent le nom de centres hospitaliers et universitaires »*.

Cette ordonnance a impulsé la création de très nombreux CHRU à partir des années 60, partout en France, et cela aussi bien en métropole que dans des territoires ultramarins comme la Guadeloupe et la Martinique. Cependant, il faut attendre les années 2000 afin que cette dynamique touche d'autres territoires ultramarins, à l'image de la Réunion – qui a obtenu un CHRU en 2012 –, ou de la Guyane où un projet est actuellement en cours afin d'y implanter un CHRU à horizon 2025.

Aujourd'hui, ce sont donc 33 CHRU qui sont répartis sur l'ensemble du territoire national et implantés dans différents chefs-lieux de régions ou métropoles dont ils portent le nom : Amiens, Angers, Besançon, Bordeaux, Brest, Caen, Clermont-Ferrand, Dijon, Fort-de-France, Grenoble,

La Réunion, Lille, Limoges, Lyon, Marseille, Montpellier, Nancy, Nantes, Nice, Nîmes, Paris, Pointe-à-Pitre, Poitiers, Reims, Rennes, Rouen, Saint-Etienne, Strasbourg, Toulouse, Tours. Ces hôpitaux sont liés par convention aux universités que compte leur région.

À ce jour, la Corse constitue donc une exception, et la ville d'Ajaccio est le seul chef-lieu de région dans le pays entier, DOM compris, où il n'existe pas de CHRU.

Cette spécificité sanitaire de la Corse qu'implique une telle exclusion du maillage territorial d'établissements publics de santé de ressort régional est le marqueur d'une véritable rupture du principe d'égalité. Elle constitue un frein indéniable à l'attractivité médicale de l'île, qui risque d'aggraver la dégradation de sa démographie médicale ainsi que de la qualité des soins auxquels ont accès les Corses.

Rappelons qu'actuellement, la Corse compte un total de 1949 « lits » et un ratio de seulement 18 lits de réanimation pour 100 000 habitants, ce qui en fait la région de métropole la moins dotée en lits de réanimation et donc la plus sensible à un risque de saturation de ses capacités de soins. Ce manque de moyens s'est fait fortement ressentir lors de la pandémie, accentuant les failles de notre système de santé à l'échelle nationale, mais surtout à l'échelle locale.

Cela est d'autant plus problématique que, chaque année, l'île est visitée par plus de 3 millions de personnes sur une période concentrée de mai à septembre. Cette fréquentation touristique est vectrice d'agents pathogènes extérieurs et d'une augmentation du nombre d'accidents (de la circulation, liés à la pratique d'activités sportives et aquatiques, etc.). Cette situation induit une augmentation conséquente de la demande de soins globale, conduisant à l'encombrement des services de santé.

L'impact de l'injustice historique que représente l'absence de structures hospitalières adaptées s'accroît à mesure de l'évolution démographique favorable de la Corse (+12 % en 10 ans) et du vieillissement progressif de sa population qui comptera potentiellement 21 000 séniors dépendants à l'horizon de 2030.

Les conséquences d'une telle situation sont lourdes sur le plan humain, social et financier pour la population, trop souvent contrainte de se rendre sur le continent pour bénéficier de soins. 26 000 déplacements sont ainsi enregistrés chaque année entre la Corse et le continent ; chaque famille est concernée mais le financement des transports en avion et bateau représente

seulement 18 % des frais de transports remboursés par les Caisses (2 % pour les mineurs).

L'accès à la santé est d'autant plus un enjeu de justice sociale que le taux de pauvreté dans l'île culmine à 16,1 % en Corse du Sud et à 20,6 % en Haute Corse, tandis que celui du renoncement aux soins y est particulièrement préoccupant.

Ces diverses observations amènent à conclure que l'accès à la santé est déficient en Corse.

Au-delà de la réparation d'une situation d'injustice, la légitimité de la création dans les prochaines années d'un CHRU en Corse repose également sur le fait qu'elle possède une population pondérée de 600 000 habitants par an, ce qui en termes d'échelle la rend éligible à accueillir un CHRU, comparativement aux autres territoires insulaires qui en sont déjà dotés.

Face à ce constat, la création d'un CHRU en Corse est une demande constamment formulée, tant par les acteurs de santé de l'île que par les élus locaux. En témoignent les délibérations, notamment n° 18/280 AC, n° 20/124 AC et N° 21/079 AC, de l'Assemblée de Corse, en date respectivement du 27 juillet 2018, 31 juillet 2020 et 29 avril 2021, qui s'inscrivent dans une trajectoire de création d'un CHR et d'un CHRU multi-sites en Corse, et ce afin de solutionner les carences récurrentes du système de santé régional en matière d'offre et d'équipements hospitaliers, qu'elle dénonce depuis des années.

Les deux objectifs fondamentaux qui sous-tendent cette demande sont, d'une part, une amélioration de l'accès aux soins pour la majorité des services de médecine et de spécialités, conformément au principe d'égal accès aux soins pour tous, non-appliqué aujourd'hui, et, d'autre part, l'essor croissant de l'enseignement et de la recherche, à travers le développement de services hospitalo-universitaires.

Les particularités de la Corse conduisent à se prononcer en faveur d'un portage juridique innovant, où une seule entité, dotée d'une personnalité juridique, fédèrera l'ensemble des établissements hospitaliers en y associant le secteur privé qui représente plus de 50 % de l'activité hospitalière insulaire, dans la mesure où celui-ci participe largement à la masse hospitalière significative qui légitime pour partie la création d'un CHRU.

Il est indéniable que la création d'un CHRU en Corse permettrait dès lors de fédérer et de conforter ses moyens hospitaliers. Par la nature de ses missions, un CHRU améliore l'offre de soins sur le territoire où il est implanté grâce, notamment, à un plateau technique performant et au fait qu'il concentre autour du soin, de l'enseignement et de la recherche, des praticiens de haut niveau dans une unité de lieu, de temps et d'action. Renforcer et structurer les dispositifs d'accès et de recours aux soins hospitaliers, c'est aussi renforcer l'accès de proximité à un système de santé gradué et de qualité.

Le CHRU est également un atout d'attractivité pour les personnels de santé, puisque les plans de carrière y sont plus avantageux. Il permettrait d'offrir à la jeunesse insulaire des formations complètes et des perspectives d'emploi dans le domaine de la santé, tout en développant au sein de l'Università di Corsica Pasquale Paoli, l'institut universitaire de santé en un nouveau pôle d'enseignement et de recherche fondé sur les spécificités et potentialités insulaires.

Cette implantation permettrait assurément de lutter plus efficacement contre la désertification médicale, puisque 60 % des internes exerçant en milieu libéral décident de s'installer là où ils ont été formés. La formation de nouveaux professionnels de santé sur le territoire augmentera donc mécaniquement le nombre de professionnels qui exercent dans l'île, tout comme le développement de pôles d'excellence sera un atout majeur pour faciliter le retour de Corses de la diaspora qui exercent actuellement dans d'autres territoires, faute d'existence de filières leur offrant l'opportunité de pratiquer leur spécialité.

Au demeurant, c'est également un outil vertueux au plan budgétaire, puisqu'il limiterait le recours à l'embauche d'intérimaires, procédé particulièrement coûteux qui nuit fortement à l'équilibre budgétaire des hôpitaux insulaires existants.

Un autre aspect important à souligner est l'intérêt de la création future de filières adaptées aux besoins de santé de la population, comme par exemple une filière cancérologie dans un territoire fortement touché par cette pathologie, qui pourra s'accompagner d'une mise en œuvre plus efficace de campagnes de prévention -notamment de détection de cancer chez la femme-, et plus généralement de politiques de santé publique.

Ainsi, la création d'un CHRU en Corse, apparaît comme une réponse pertinente et efficiente aux difficultés d'accès aux soins que connaît actuellement la Corse, réponse qui impulsera une nouvelle dynamique



économique dans la région, avec la création de nombreux emplois qui sont une perspective d'avenir pour la jeunesse corse.

Créer un CHRU en Corse, c'est corriger une inégalité flagrante d'accès à un droit ; c'est aussi garantir à la population l'accès à un bien fondamental : la santé.

L'**article 1<sup>er</sup>** vise à consacrer une obligation légale de faire de chaque chef-lieu de région le siège d'au moins un Centre Hospitalier Régional Universitaire.

En effet, les articles L. 6141-1 et suivants du code de la santé publique ne posent aucune obligation légale d'implanter un Centre Hospitalier Régional dans chaque région, ces établissements étant créés par décret lorsque leur ressort est national, interrégional ou régional (art. L. 6141-1 alinéa 2).

La création d'un CHR est l'étape indispensable à la création d'un CHRU, étant donné que ces derniers sont des CHR ayant passé une convention au titre du chapitre II du titre IV du code de la santé public avec une université comportant une ou plusieurs unités de formation et de recherche médicales, pharmaceutiques ou odontologiques, comme le dispose l'article L. 6141-2 du même code.

De cette absence d'obligation découle une inégalité de fait : il existe au moins un CHR dans toutes les régions de France, à l'exception de la Corse qui n'en compte aucun, et il existe au moins un CHRU au sein de chaque chef-lieu de région, à l'exception d'Ajaccio qui n'en compte aucun.

Afin de corriger cette situation défavorable à une partie de la population, cet article propose donc de se conformer au principe d'égalité d'accès aux soins en corrigeant cette situation sanitaire d'exception que connaît la Corse, à travers la création d'un CHR, puis d'un CHRU.

L'**article 2** quant à lui vise à établir un objectif dans le temps, à travers un calendrier encadrant la mise en place progressive d'un CHR puis d'un CHRU au sein du chef-lieu de la Collectivité de Corse, de par la conclusion d'une convention avec Università di Corsica Pasquale Paoli, dans les termes de l'article L. 6141-2 alinéa 2 du code de la santé publique.

Dans ce sens, les autorités universitaires de Corte ont donné leur plein accord, le 31 juillet 2020, à l'Assemblée de Corse, pour créer un premier

cycle complet d'études de médecine, création pour laquelle aucun obstacle majeur n'existe, d'ordre juridique ou d'ordre institutionnel.

Aussi, cet article fixe la date de création de cette entité à l'horizon du 1<sup>er</sup> janvier 2027, prévoyant ainsi une échéance cohérente qui permettra de préparer la définition d'une feuille de route visant à concrétiser dans des délais raisonnables l'ambition de porter au plus haut niveau possible l'offre de soins hospitaliers à laquelle la population insulaire a droit.

## PROPOSITION DE LOI

### **Article 1<sup>er</sup>**

- ① L'article L. 6141-2 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ② « Chaque chef-lieu de région est le siège d'un centre hospitalier universitaire. »

### **Article 2**

- ① I. – L'article premier entre en application à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2027.
- ② II. – Un décret détermine les modalités d'application de la présente proposition de loi. Il établit le calendrier de la mise en place progressive d'un centre hospitalier régional puis d'un centre hospitalier universitaire au sein du chef-lieu de la Collectivité de Corse.

### **Article 3**

- ① I. – La charge pour l'État est compensée à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle à l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I<sup>er</sup> du livre III du code des impositions sur les biens et services
- ② II. – La charge pour les organismes de sécurité sociale est compensée à due concurrence par la majoration de l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I<sup>er</sup> du livre III du code des impositions sur les biens et services.





