

**RAPPORT
N° 2012/O2/182**

ASSEMBLEE DE CORSE

2EME SESSION ORDINAIRE DE 2012

REUNION DES 8 ET 9 NOVEMBRE

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

**AVIS DE LA COLLECTIVITE TERRITORIALE DE CORSE
SUR LE PROJET REGIONAL DE SANTE (PRS) 2012-2017**

COMMISSION COMPETENTE :

COMMISSION DU DEVELOPPEMENT SOCIAL ET CULTUREL

COLLECTIVITE TERRITORIALE DE CORSE
République Française

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

OBJET : Avis de la Collectivité Territoriale de Corse sur le Projet Régional de Santé.

L'Agence régionale de Santé (ARS) est chargée de l'élaboration et de la mise en œuvre du projet régional de santé (PRS), qui définit pour cinq ans les objectifs, les priorités et la stratégie de l'agence en matière de santé. Le projet régional de santé sera arrêté, comme le prévoient les textes, par le Directeur Général de l'agence régionale de santé après avis du Préfet de région, du Conseil Régional, des Conseils Généraux, des Conseils Municipaux, ainsi que de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie.

C'est dans ce cadre que la Région est amenée à se prononcer sur ce document dans un calendrier extrêmement contraint.

Il est important de souligner en préambule que le domaine de la santé publique relève des missions pleines et entières de l'Etat, donc de la solidarité nationale. La Collectivité, toutefois consciente des problèmes du secteur de la santé en Corse, a souhaité être un partenaire privilégié.

Bien que n'ayant pas compétence obligatoire en matière de santé, la Région a en effet décidé de s'investir sur cette question majeure pour la Corse, en l'abordant sous l'angle du bien-être de la population, finalité d'un développement durable pour tous. C'est également à travers cette approche humaniste que la Région a examiné le projet régional de santé.

Par cet exercice, elle veut une contribution critique, qui se veut constructive, à l'élaboration de la politique de santé en Corse et ce, au service de l'intérêt des corses et des territoires, dont elle souhaite relayer les attentes très fortes et les réelles inquiétudes.

I- Les fondements de l'intervention régionale en matière de santé :

I.1 La santé, socle d'un projet politique humaniste et durable visant au bien-être de la population

La Région appréhende la santé, non pas de façon réductrice comme une absence de maladie ou le résultat d'une prise en charge médicale, mais bien comme un état de bien-être global. Elle considère qu'il s'agit d'une finalité vers laquelle l'ensemble des actions doivent converger, mais aussi la condition nécessaire d'un développement durable de la société. En effet, les indicateurs de santé sont bien souvent révélateurs de l'état de la société. Les crises économiques produisent des effets que l'on constate malheureusement aisément sur la santé des populations, à travers notamment l'augmentation des troubles du mal-être, des conduites

addictives, des suicides, du nombre d'interruptions volontaires de grossesses (19,6 IVG pour 1 000 femmes en 2009) et le développement des maladies chroniques. Accroissement des inégalités sociales et territoriales, dégradation des conditions de travail, dégradation de l'environnement, individualisation de la société, réification et marchandisation du corps... Autant d'enjeux de santé, symptômes des dysfonctionnements de la société.

La politique de santé ne saurait par conséquent se réduire à n'être qu'une politique de soins : elle doit être le socle d'une politique humaniste de développement, visant au bien-être de toute la population.

I.2 La santé est un bien commun qui est une priorité forte dans le PADDUC

Compte tenu des caractéristiques particulières de la Corse, notamment sa physionomie, celle d'une île coupée en deux par un massif montagneux avec des communications intérieures difficiles, mais également sa démographie, caractérisée par un vieillissement notoire de sa population, la problématique santé en Corse est particulièrement aigue, notamment dans une période où les financements manquent pour assurer un service public de qualité.

Ajouté à cela les perspectives inquiétantes sur les tendances démographiques à l'horizon 2040 : une personne sur trois aura plus de 65 ans (contre une sur cinq actuellement) et une sur huit aura plus de 80 ans. Ceci se combinera avec un recul de la natalité. La Corse n'a donc pas d'autres choix que d'anticiper, si elle ne veut pas voir s'accroître d'avantage la dégradation de son système de santé.

L'offre de santé est actuellement sous la contrainte des réalités insulaires :

- L'isolement et la dispersion de la population : un grand nombre de communes sont éloignées de plus d'une heure et de plus d'une demi-heure d'un hôpital et/ou d'un médecin. La question de l'offre de soins de premier recours est donc essentielle.
- Une pénurie de médecins en Corse. Malgré les mesures prises par la CTC comme le dispositif d'aides aux étudiants en médecine qui souhaitent s'installer dans une zone rurale « fragile », il sera difficile d'inverser la tendance, compte tenu de l'inquiétante pyramide des âges dans la profession des médecins généralistes et du nombre d'années d'étude pour former des médecins ou des spécialistes.
On notera toutefois que la situation actuelle, c'est-à-dire le déficit de médecins est le résultat d'une politique catastrophique, qui visait, par le numerus clausus, à former moins de médecins en pensant ainsi réduire les dépenses de santé des patients. Nous payons donc en Corse très durement, les effets de ces choix politiques que nous ne partageons pas, puisque notre priorité est avant tout l'épanouissement des individus et le progrès humain.
- L'activité touristique et son flux de touristes évalué à plus de 3 millions de personnes ramenant la population à une valeur annuelle moyenne corrigée de 600 000 habitants. Face à de telles variations entre la saison estivale et le reste de l'année, le système de santé est confronté à un effort permanent d'adaptation. L'impact se traduit par une augmentation de la consommation en médecine ambulatoire et un accroissement du recours aux consultations non programmées dans les établissements de santé.

- Les inégalités sociales de santé sont importantes : De multiples situations d'équilibre précaire concernent des personnes âgées, des personnes handicapées, des familles monoparentales ainsi que des populations en extrême difficulté pour lesquelles l'urgence sociale et sanitaire est vécue au quotidien. Les familles monoparentales sont les plus concernées par la précarité ; leur niveau de vie médian est de 17 % à la moyenne régionale.
- Un sous-équipement notoire en matière d'équipements et un besoin de modernisation.
- La nécessité, pour certaines pathologies, de se rendre sur le continent, faute de spécialistes sur l'île.

Face à l'aggravation très préoccupante des inégalités et en raison de l'imbrication des problématiques sanitaires avec celle de l'aménagement du territoire (compétence légale de notre collectivité) la politique de la santé devra être prise en compte dans le PADDUC et répondre aux spécificités de nos différents territoires.

Le PADDUC s'est en effet donné comme priorité de fournir à chaque citoyen, dans chaque territoire, les chances les plus équitables de vivre et de s'épanouir sur cette terre. Dans le sondage réalisé auprès des corses en juin 2012, les corses se sont prononcés à 85 % qu'il est prioritaire de faciliter l'accès aux soins sur tout le territoire. Questionnés plus particulièrement sur les priorités en Corse pour les 20 prochaines années c'est très nettement la nécessité d'un accès à la santé pour tous qui se démarque à 60 %. Ce n'est donc pas un hasard si le PADDUC intègre largement la problématique santé par des politiques d'aménagement sanitaire performant, par un schéma de répartition des grands aménagements du territoire au service d'une optimisation de la couverture de santé en Corse.

II- Le PRS : un document technique issu d'une méthodologie contraignante qui fragilise l'approche transversale des problématiques régionales de santé néanmoins développée :

1- Les limites de la méthode utilisée

Le projet régional de santé précédé par le Plan stratégique régional de santé de début 2011 repose sur trois axes essentiels :

- La réduction des inégalités sociales et territoriales de santé en garantissant une offre de prévention efficiente.
- La fluidité du parcours de prise en charge sanitaire et médico-sociale en lien avec le développement de la prévention et l'éducation thérapeutique du patient.
- La coproduction des politiques de santé par les professionnels et les usagers

Ces derniers ont d'ailleurs vu leur participation s'accroître depuis la loi HPST de 2009 qui a permis un maillage quasi intégral de la présence des usagers dans les instances de décision, la participation à plusieurs processus de consultation ou concertation à travers la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie. Maillon essentiel de la démocratie sanitaire, le statut de l'utilisateur mérite ainsi d'être précisé et renforcé par des actions d'accompagnement et de formation.

Si la philosophie générale du Projet Régional de Santé se veut ouverte et décloisonnée en permettant une mobilisation de tous les acteurs, des usagers du système de soins aux professionnels de santé, le caractère contraignant de la méthode n'a répondu qu'en partie aux attentes de la population sur des enjeux majeurs pour les années à venir.

Le plan stratégique régional de santé qui constitue la première étape du PRS en définissant les grandes orientations des schémas et des programmes afférents, s'avère en décalage avec la nature des problématiques repérées. Ce constat s'explique par deux éléments essentiels :

- le temps écoulé entre l'énoncé d'un diagnostic début 2011 et la finalisation, fin 2012, d'un PRS s'inscrivant sur la période 2012-2016.
- Une territorialisation des enjeux parfois éloignée des réalités vécues dans les micro-territoires par le recours à des référentiels non partagés par les principaux intéressés.

Malgré une volonté affichée de coproduire une politique régionale de santé avec les professionnels, les usagers, représentants d'institutions et élus, on ne peut que constater les limites d'un exercice qui n'est pas conforme aux effets attendus de la large concertation annoncée. Les délais contraignants de sa réalisation ont été obérés par le retard pris en 2011. La concertation à mener dans une période de deux mois sur un document chargé de définir les grandes orientations de la politique de santé pour les cinq prochaines années se révèle, de ce fait, limitée.

Une évolution dans la méthode est cependant perceptible. Une attitude plus ouverte et soucieuse d'intégrer la réalité des dynamiques territoriales a en effet prévalu au cours des derniers mois d'élaboration du PRS.

2- Un document très technique et peu lisible

Le PRS se présente comme un document volumineux d'environ 1000 pages dont l'éclatement dans différents schémas et programmes ne permettent pas d'appréhender globalement les enjeux et interrogent sur le caractère opérationnel des actions à mener.

Il se divise en effet en :

- un plan stratégique régional de santé (PSRS).
- trois schémas qui déclinent les priorités dans les domaines relevant de l'offre de soins hospitaliers et ambulatoires (SROS-PRS), de la prévention (SRP), du médico-social (SROMS).
- quatre programmes chargés de décliner les modalités d'action spécifiques des schémas : le Programme Régional d'accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS), le Programme Interdépartemental des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC), le Programme pluriannuel Régional de Gestion du Risque (PPRGDR), le programme Régional de Télémédecine (PRT).

Ce morcellement rend donc la déclinaison opérationnelle du document peu lisible car constitué par une série de plans d'actions souvent présentés sous forme d'objectifs et assortis d'un volet dédié à la mise en œuvre peu développé.

La lecture de l'ensemble de ces documents fait toutefois apparaître l'interdépendance inhérente aux contenus des divers schémas et programmes à travers des exemples concrets de décloisonnement du sanitaire et du médico-social, du rôle attendu du volet promotion et prévention de la santé dans le parcours de soins des patients.

Il manque toutefois un document très général qui mette en valeur les principaux objectifs et enjeux du document associés aux modalités concrètes de mise en œuvre.

Si la plupart des constats et objectifs sont partagés par la Région, des points de vigilance sont à souligner dans les différents schémas pour garantir un cadre cohérent de mise en œuvre et l'assurance d'une coordination des différents leviers d'intervention à la main de la CTC :

- **Sur le SROS (volet ambulatoire)**, la volonté de constituer une instance régionale de pilotage (IRP) réunissant l'ARS, la CTC et le SGAC sur toutes les mesures relatives à l'organisation de l'offre de soins de premiers recours allant de l'implantation des MSP à la détermination de mesures incitatives en direction des professionnels constitue une avancée importante. L'élaboration du cahier des charges de la Permanence de soins en ambulatoire (PDSA) programmé d'ici la fin de l'année constituera une étape fondamentale dans la structuration de l'offre de soins en ambulatoire dans la mesure où elle en est le socle.
- **Sur le volet hospitalier du SROS**, la nécessité de veiller à la graduation de l'offre de soins du premier recours au recours suprarégional demeure fondamentale dans la mesure où elle garantit l'efficacité de la prise en charge à développer localement dans une logique visant à éviter les ruptures dans les parcours de soins.
- **Sur le schéma du médico-social (SROMS)** : les orientations semblent équilibrées et correspondent à l'adaptation des modes de prise en charge du handicap et de la dépendance aux besoins actuels et à venir de la population. Une attention particulière est à apporter aux problématiques de prise en charge d'enfants atteints de troubles psychiatriques. Plus globalement, les modalités de prise en charge du handicap moteur et psychique se posent avec acuité en lien avec l'allongement de la durée de vie et la diversité des réponses à apporter en fonction des pathologies (autisme, pluri handicaps ...). Tout l'enjeu réside dans la capacité à proposer une offre de prise en charge complète et complémentaire pour l'ensemble des besoins identifiés par filière. Il faut ainsi veiller à ce que « la structuration de la prise en charge du handicap vieillissant selon une filière graduée » ne repose pas en grande partie sur la création de structures de répit pour les aidants car cette modalité de prise en charge ne saurait être pérennisée et doit s'envisager comme un dispositif transitoire à articuler avec les SSIAD et HAD. Le développement et la formalisation, dans chaque territoire de santé, de modes de coordination entre acteurs sanitaires et médicosociaux constitue, à ce titre, un des principaux enjeux de ce schéma.
- **Sur le schéma régional de prévention** : les orientations prévues sur les grandes thématiques sont globalement partagées et nécessitent un travail étroit pour rechercher de la coordination et de la complémentarité sur les opérations de prévention à décliner localement via les contrats locaux de santé. La CTC est souvent saisie parallèlement sur les mêmes dossiers pour

lesquels la mise en place d'un appel à projets régional a vocation à être instauré. L'effet levier de la coordination d'actions régionales de prévention selon une déclinaison micro-locale adaptée aux différents territoires s'avère, de ce fait, particulièrement nécessaire dans le domaine de la prévention. En matière de lutte contre l'obésité par exemple, un travail commun est à mener dans la mesure où la CTC est responsable de la restauration scolaire dans les établissements.

- **Sur le Programme Régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS)**, programme transversal par excellence destiné à construire des réponses adaptées aux personnes particulièrement vulnérables aux inégalités sociales et territoriales de santé, la CTC entend mener un travail commun dans le cadre de la Mission Régionale d'Information et d'Action sur la Précarité et l'Exclusion Sociale. La connaissance des difficultés de ces publics en matière d'accès aux soins conjuguées aux caractéristiques du renoncement aux soins à l'échelle de la Région constituent ainsi un préalable pour construire des réponses adaptées aux besoins repérés. De nombreux objectifs de ce programme comme la lutte contre l'habitat indigne ou l'accès à un logement des personnes cumulant précarité avec certains types de pathologies nécessitent de mener un travail commun par l'intermédiaire des dispositifs régionaux existants (règlement des aides au logement, lutte contre la précarité énergétique ...).
- **Sur le Programme Régional de Télémédecine (PRT)** : Il est regrettable que le retard pris dans la constitution du Groupement de coopération sanitaire dédié à la mise en réseau des établissements de santé de l'île induise autant d'impacts sur la réalisation des autres projets régionaux de télésanté. Dans le même ordre d'idées, les contretemps observés dans le déploiement des Maisons de santé pluridisciplinaires sur le territoire a pour effet de fragiliser les fonds provisionnés par la CTC sur le volet télémédecine de ces structures. Outil aux perspectives intéressantes compte tenu du poids des contraintes géographiques sur les déterminants de santé observés sur l'île, la télémédecine ne pourra constituer une véritable plus-value qu'une fois un certain nombre de prérequis satisfaits en terme de sécurisation des parcours de soins.

En dépit du manque de lisibilité lié au cadre relativement rigide imposé par le niveau national, le document présente un caractère complet et transversal. La complexité de l'exercice impose d'éviter une approche ouvertement hostile qui s'avérerait, à terme, contreproductive et à contresens des actions que la CTC souhaite voir développer en étroite coordination avec l'ARS afin d'endiguer les inégalités sociales et territoriales de santé dans une logique d'aménagement du territoire.

L'objectif est donc plutôt de faire intégrer les principales attentes de la Collectivité Territoriale en considérant que ce document programmatique n'a pas vocation à figer le système régional de santé pour les cinq prochaines années.

III- Les attentes de la Région à l'issue de la procédure de consultation :

La formalisation des attentes de la Région vous est proposée à travers les sept amendements suivants :

- **Amendement n° 1** : Compte tenu de l'absence de Centre Hospitalier Universitaire et de l'activité souvent dérogoire au regard des plateaux

techniques à disposition des deux principaux établissements hospitalier de l'île que sont le Centre Hospitalier Général de Bastia (CHB) et celui d'Ajaccio (CHA), une mise à niveau et une modernisation des équipements de ces deux pôles accessibles nécessitent d'être clairement actées dans le PRS.

Cette demande doit être d'autant mieux prise en compte que les taux de fuite observés ne sont pas si importants au regard des équipements offerts. De plus, la Corse n'apparaît pas surdotée au regard des variations importantes de population auxquelles elle se trouve soumise si l'on tient compte des 3 millions de touristes et des semi-résidents, souvent retraités et présentant des pathologies lourdes. La traçabilité de ce flux est cependant impossible car ces personnes ne sont pas assurées en Corse.

- **Amendement n° 2** : L'absence de prise en considération des éléments précédemment développés dans la détermination des zonages et des coefficients correcteurs associés, conduit à demander, une nouvelle fois, que soit examinée la possibilité d'augmenter le coefficient géographique correcteur de 8 % à 10 % (à l'instar de l'Île-de-France). L'approche mise en avant jusqu'à présent par le Ministère repose sur une analyse financière erronée qui ne tient pas compte du volume des activités en T2A conjugué aux surcoûts subis sur l'ensemble des achats des établissements. Le surcoût engendré par le stockage des produits constitue également une variable déterminante.
- **Amendement n° 3** : Les enjeux identifiés sur le premier recours et les perspectives d'une diminution de 30 % des effectifs de médecins généralistes dans le rural d'ici 5 ans, conduisent à demander que soit établie une cartographie précise de l'offre de soins de 1^{er} recours. La notion de permanence des soins doit constituer un critère clé. A titre d'illustration, si l'isolement est bien identifié dans le PSRS comme premier déterminant de la santé d'après une enquête réalisée auprès des élus en janvier 2011, le fait que « le nombre de communes éloignées d'une offre de premier recours ne concentre que 3,5 % de la population de Corse-du-Sud et 6,5 % de la population de Haute-Corse » suscite une interrogation quant aux critères utilisés.

Dans le même ordre d'idées, la CTC demande à être destinataire des résultats régionaux de l'enquête ministérielle en cours relative à l'identification des territoires où le délai de prise en charge de la population pour des soins urgents est supérieur à 30 minutes (instruction n° DGOS/R2/2012/267 du 3 juillet 2012). Cette transmission devra également contenir les solutions locales d'amélioration proposées. Cette demande est en effet indissociable de la phase de concertation qui devra être engagée avec les professionnels de l'urgence et les collectivités locales concernées comme le prévoit l'instruction ministérielle.

- **Amendement n° 4** : Compte tenu des inégalités sociales de santé observées, la Collectivité Territoriale demande de pouvoir disposer d'un état des lieux de l'offre de soins ambulatoires en secteur 1 afin de conditionner les aides allouées par la Région aux engagements d'exercer en secteur 1, tant pour les généralistes que pour les spécialistes.
- **Amendement n° 5** : Considérant le manque de lisibilité du PRS, la CTC demande que soit élaborée une synthèse financière des différents programmes destinée à mieux appréhender l'adéquation entre l'allocation des ressources et les objectifs définis dans chacun d'entre eux dans un cadre annuel et pluriannuel.

Cette nécessité se trouve renforcée par le manque de clarté quant à la hiérarchisation sur l'ensemble des documents. Aucun phasage indicatif n'est

en effet évoqué. Cet aspect risque de se révéler, à moyen terme, contre performant dans la mesure où le nécessaire partenariat avec la région sur des projets comme des opérations structurantes en matière hospitalière ou des opérations de prise en charge de la dépendance nécessitent une programmation et une instruction coordonnées. Cette préoccupation rejoint d'ailleurs la remarque sur le dimensionnement de volumes financiers évoquée précédemment, aspect fondamental pour optimiser les leviers d'actions dont dispose la Région.

Amendement n° 6 : Cet amendement présente un caractère général et connexe aux autres amendements dans la mesure où la CTC demande que l'ARS fasse référence à la résolution du Parlement Européen du 12 septembre 2010 portant sur la stratégie européenne en faveur du développement économique et social des régions montagneuses, insulaires et à faible densité de population pour faire intégrer les contraintes de l'insularité. La Corse, montagne dans la mer avec une altitude moyenne de 568 m, fait d'elle la plus montagneuse des îles de méditerranée occidentale et cadre pleinement au contenu de cette résolution. Le texte reconnaît en effet les défis spécifiques liés à l'évolution démographique, aux difficultés d'accès, à l'approvisionnement énergétique (...) et « invite la Commission et les Etats membres à veiller à ce que ces régions bénéficient d'un régime spécifique (...) pendant la prochaine programmation.

Le partage de cette reconnaissance par le niveau national permettrait de remédier à une allocation des ressources trop aléatoire comme c'est le cas des EVASAN qui constituent la variable d'ajustement budgétaire en fin d'année alors que c'est une composante essentielle de l'insularité.

Amendement n° 7 : La CTC souhaite être associée à la graduation de l'offre de soins et notamment aux modalités d'articulation entre le recours régional et suprarégional dans la perspective d'institutionnaliser ses interventions en matière de transport et d'hébergement pour les patients dont l'état de santé les conduit à une hospitalisation sur le continent. Cette volonté a pour objectif d'améliorer, sur des critères précis, la qualité de prise en charge de ces personnes liée aux contraintes largement développées précédemment.

Au vu du contenu de ces amendements, nous vous proposons d'émettre un avis favorable à ce document sous réserve de leur intégration par l'ARS dans le Projet Régional de Santé.

Je vous prie de bien vouloir en délibérer.

ASSEMBLEE DE CORSE

**DELIBERATION N° 12/ AC DE L'ASSEMBLEE DE CORSE
PORTANT AVIS SUR LE PROJET REGIONAL DE SANTE 2012-2017**

SEANCE DU

L'An deux mille douze, le , l'Assemblée de Corse, régulièrement convoquée s'est réunie au nombre prescrit par la loi, dans le lieu habituel de ses séances, sous la présidence de M. Dominique BUCCHINI, Président de l'Assemblée de Corse.

L'ASSEMBLEE DE CORSE

- VU** le Code Général des Collectivités Territoriales, Titre II - Livre IV - IV^{ème} partie,
- VU** le Projet Régional de Santé soumis à la consultation publique le 18 septembre 2012 pour une période deux mois,
- SUR** rapport du Président du Conseil Exécutif de Corse,
- SUR** rapport de la Commission du Développement Social et Culturel,

APRES EN AVOIR DELIBERE

ARTICLE PREMIER :

DECIDE d'émettre un avis FAVORABLE sur le Projet Régional de Santé sous réserve de l'intégration des amendements adoptés dans le cadre du présent avis.

ARTICLE 2 :

AUTORISE le Président du Conseil Exécutif de Corse à transmettre au Préfet et au Directeur Régional de l'Agence Régionale de Santé les termes de la délibération en demandant sa prise en compte dans la mise en œuvre du Projet Régional de Santé.

ARTICLE 3 :

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

AJACCIO, le

Le Président de l'Assemblée de Corse,

Dominique BUCCHINI