



EHESP

**Inspecteur de l'action sanitaire et
sociale**

Promotion : **2009-2011**

Date du Jury : **mars 2011**

**Réduction des flux sanitaires Corse-
Continent et continuité des soins :
Un enjeu stratégique pour la Corse.**

Laura HOUBAUT

Remerciements

A Monsieur Alain IVANIC, directeur adjoint de la DRJSCS de Corse et mon maître de stage, pour ses conseils et sa disponibilité tout au long de mes stages ;

A Monsieur Jean ARRIGHI, directeur de l'ORS, pour ses nombreuses informations, et son aide durant la réalisation de mon mémoire ;

A Monsieur le Docteur Jean-Louis WYART, Médecin Inspecteur Régional de Corse, pour sa disponibilité et son aide lors de l'élaboration du mémoire ;

A Monsieur le Docteur François CERVETTI, médecin-conseil de la CPAM de Corse-du-Sud, pour sa disponibilité et ses conseils ;

A Madame Isabelle COMBALAT, responsable du service Gestion des Risques à la CPAM de Corse-du-Sud, pour son accueil et sa disponibilité ;

A Madame Jeanne de PERETTI, responsable au sein du service de contrôle médical de la MSA, pour sa disponibilité et ses conseils lors de nos entretiens ;

A Monsieur Cédric BASTELICA, responsable prévention au RSI, pour sa disponibilité et pour les nombreuses informations ;

A Monsieur Rigobert MACLOU, à la CPAM de Haute-Corse, pour les informations transmises ;

Aux médecins généralistes ayant répondu à l'entretien téléphonique, pour leur disponibilité ;

A l'ensemble du personnel de la DRJSCS de Corse, pour son accueil et sa disponibilité ;

A l'ensemble du personnel de l'ARS de Corse pour son accueil au cours des stages.

Sommaire

Introduction.....	1
1. La réalité des flux entre la Corse et le continent.....	5
1.1. La distinction entre les données PMSI et les données des caisses d'assurance maladie	5
1.1.1. Le PMSI, un outil essentiel pour le constat des flux liés à une hospitalisation	5
1.1.2. Le rôle des caisses d'assurance maladie dans l'organisation des flux Corse-continent : Les enjeux de contrôle et de régulation.....	7
1.2. Le constat des flux entre la Corse et le continent au regard des données des caisses d'assurance maladie.....	8
1.2.1. Les flux sanitaires au sein du régime général	8
1.2.1.1. Les données de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) de Corse-du-Sud	8
1.2.1.1.1. Les données pour l'ensemble du régime général	8
1.2.1.1.2. Le logiciel GEDEON	11
1.2.1.1.3. La démarche au sein de la CPAM	13
1.2.1.2. Les données de la CPAM 2B.....	13
1.2.1.3. L'étude de l'Union Régionale des Caisses de l'Assurance Maladie (URCAM) pour le régime général réalisée en 2009.....	14
1.2.2. Les données RSI	15
1.2.3. Les données de la MSA.....	17
1.3. Les données PMSI, outil d'analyse des flux dans le domaine des hospitalisations.....	18
1.3.1. Les flux sanitaires Corse-Continent liés à une hospitalisation en 2009.....	19
1.3.2. Un taux d'hospitalisations continentales variant selon l'origine géographique du patient corse.....	22
1.4. Les flux sanitaires concernent l'ensemble des régions, mais est particulier en Corse du fait de l'insularité.....	24
1.4.1. Le rôle de l'ATIH dans la comparaison de l'activité au sein et entre les différentes régions.....	24
1.4.2. Le cas du département de l'Yonne	26
2. Les flux sanitaires : des causes multiples	29
2.1. Des flux liés aux conditions matérielles et géographiques	29
2.1.1. Des conditions techniques limitées pour une prise en charge adaptée.....	29
2.1.2. Les déplacements dans l'île ne sont pas toujours économiques.....	33

2.2.	L'influence des prescripteurs sur le choix du patient.....	34
2.2.1.	Les prescripteurs du continent.	34
2.2.2.	Le rôle déterminant des prescripteurs de Corse.	35
2.3.	Les flux liés à la décision du patient.....	35
2.4.	L'enquête téléphonique réalisée en 2000 par l'ORS.....	36
2.4.1.	Les objectifs de l'enquête.....	36
2.4.2.	Résultats de l'enquête et apports au regard de la situation des flux en 2010.	37
3.	La diminution des flux dans une optique d'amélioration de la prise en charge des usagers corses.	41
3.1.	Mener une action plurielle	41
3.1.1.	Agir sur le patient	41
3.1.2.	Agir sur les techniques et les professionnels	43
3.1.3.	Le maintien de l'activité en Corse et son coût.....	46
3.2.	Le taux incompressible des flux limite leur diminution	46
3.2.1.	Le libre-choix du patient.....	47
3.2.2.	Le développement des plateaux techniques est contraint par la dimension du territoire	47
	Conclusion.....	49

Liste des sigles utilisés

ALD : Affection Longue Durée
AP-HM : Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille
ARS : Agence Régionale de Santé
ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
ATP : Autres Frais de Transport
CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux
CHR : Centre Hospitalier Régional
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CNMATS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRS : Conférence Régionale de Santé
CRSA : Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie
CSP : Code de la Santé Publique
EP : Entente Préalable
ETP : Education Thérapeutique du Patient
GHM : Groupe Homogène de Malades
IASS : Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
MCO : Médecine-Chirurgie-Obstétrique
MIR : Médecin Inspecteur Régional
MSA : Mutuelle Sociale Agricole
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ORS : Observatoire Régional de Santé
PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur
PMA : Procréation Médicalement Assistée
PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PRS : Programme Régional de Santé
RSA : Résumé de Sortie Anonyme
RSI : Régime Social des Indépendants
SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins
SIOS : Schéma Interrégional d'Organisation Sanitaire/des Soins
SLM : Section Locale Mutualiste
RSS : Résumé de Sortie Standardisé
URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
VSL : Véhicule Sanitaire Léger

Introduction

La maladie et le besoin d'une prise en charge entraînent la volonté pour tout usager ou patient d'être soigné de manière optimale.

Mais au-delà de la volonté du patient, l'entourage de ce dernier, ainsi que le médecin traitant, ont un rôle important dans la recherche du soin le plus performant.

Le critère privilégié est la proximité du soin à solliciter, ce qui n'est pas toujours facile, dans la mesure où le plateau technique à proximité n'a pas un niveau suffisant pour répondre aux besoins.

Il est alors nécessaire de partir vers un autre département ou une autre région, si possible proche, pour être pris en charge.

Il existe aussi des cas où le patient souhaite partir malgré la possibilité pour lui d'être soigné sur le territoire où il réside.

Cette situation a des conséquences sur le patient, les professionnels de son territoire, mais aussi la caisse de Sécurité Sociale à laquelle il est affilié et de manière générale sur l'organisation. Des mesures ont ainsi été mises en place par les différents acteurs pour lutter contre ces flux de patients appelés « fuites ».

Toutes les régions et tous les départements connaissent le mécanisme des flux, tant par le fait que certaines spécialités ne sont pratiquées que dans quelques établissements sur le territoire national, mais aussi par exemple car certaines personnes sont persuadées que les soins dispensés seront forcément plus efficaces ailleurs.

Ces flux peuvent aussi s'effectuer dans le sens inverse, à savoir que des personnes extérieures à une région ou à un département viennent se faire soigner sur le territoire. Ceci est lié à l'« attractivité ».

Cependant, malgré une situation assez générale et qui concernent toutes les régions, le cas de la Corse est assez spécifique.

La Corse est une île de 300 000 habitants¹, située au plus près à 160 kilomètres des côtes du continent. On note que l'offre de soins locale ne répond pas totalement aux besoins de prise en charge des patients de la région.

En effet, il n'existe pas de Centre Hospitalier Universitaire (CHU) ni de Centre Hospitalier Régional (CHR) en Corse. Ainsi, certaines spécialités ne sont pas pratiquées en Corse : il n'existe pas de centre référence en cancer, de service de neurochirurgie de pointe, de chirurgie cardiaque, de maternité de niveau 3² ou de service de traitement des grands brûlés. Le parcours de soins est donc spécifique, puisqu'une première consultation peut

¹ 299 029 habitants au 1^{er} janvier 2007 (« *La Corse en bref*, 2007, Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) »).

² Les maternités de niveau 3 ont la particularité d'être équipées, sur place ou à proximité, d'un service de néonatalogie et de réanimation pédiatrique ou de réanimation néonatale, qui peuvent ainsi assurer le suivi médical et l'accompagnement adapté des grands prématurés ou des bébés présentant de graves détresses vitales

être faite en Corse, avant que la personne concernée soit orientée vers les spécialistes du continent.

Les résidents corses, s'ils doivent subir une opération lourde, vont être admis dans un établissement continental, ce qui nécessite une organisation spécifique. En effet, même s'il existe aussi sur le continent des zones éloignées de grands centres hospitaliers, l'impossibilité d'utiliser les transports routiers, et donc l'obligation de passer par des transports aériens ou maritimes pour la région Corse compliquent la prise en charge de ses résidents.

Dès lors, les conditions matérielles, techniques et humaines, mais également la question de la volonté du patient, entraînent des flux importants quant à de nombreuses pathologies et à différents soins.

Ces flux entraînent la nécessité de poser des règles, en matière de prise en charge, par les organismes d'assurance maladie, soit directement liées à cette problématique (règle du « bord à bord », remboursements à 100% ou 65% des bons de transport), soit plus générales, mais qui impactent directement l'organisation des flux (parcours coordonné du patient, amélioration des techniques).

Pourtant, ces différentes règles plus ou moins contraignantes posent la question de l'égalité de traitement face à la maladie: en effet, une personne résidant en Corse se voit payer le surcoût du « bord à bord », alors qu'une personne vivant près de la spécialité concernée n'aura par conséquent pas ce surplus à supporter.

Enfin, l'analyse permet de constater que les flux ne doivent pas être considérés comme tous pouvant être ou devant être réduits ; si des actions sont possibles, il existe bien un taux « incompressible », qui ne pourra jamais être revu à la baisse ou disparaître, et ce pour de nombreuses raisons tenant au patient, à son médecin mais aussi aux possibilités de planification sanitaire dans la région.

Le sujet des flux sanitaires concerne par ailleurs de nombreux acteurs dont l'Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale (IASS). En effet, si ce métier englobe de nombreux champs d'intervention, la planification est essentielle dans la fonction d'inspecteur. Avec les Agences Régionales de Santé (ARS), l'inspecteur est au cœur de l'action sanitaire dans chaque région, et sur chaque territoire.

Ainsi, le nouveau schéma régional d'organisation des soins (SROS), intégré dans le Programme Régional de Santé (PRS), permet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins. Il met également en lien l'adaptation nécessaire du système de santé à l'évolution de la population. Or, l'inspecteur va avoir un rôle important

à jouer dans l'élaboration de ce schéma, et avant tout dans le travail mené sur l'évaluation des besoins.

La problématique des flux sanitaires, très prégnante en Corse, et accentuée par l'insularité sera un élément prépondérant dans l'élaboration du schéma, notamment quant aux techniques à développer et aux questions de l'offre et des besoins du territoire.

Il est à noter que lors de mon stage et du travail mené pour mon mémoire, j'ai rencontré plusieurs fois le Médecin Inspecteur Régional de santé (MIR), et chef de projet du PRS à l'ARS de Corse. Une étude devait débiter sur la question des flux sanitaires entre la Corse et le continent dans le cadre de l'élaboration du PRS mais également du SROS.

Cette étude sera essentielle pour l'action de l'inspecteur qui pourra participer à l'élaboration des améliorations ou solutions pouvant être apportées à une prise en charge toujours plus efficiente des résidents corses.

Avant tout, les investigations ont dans un premier temps permis de revoir la problématique et de la réorienter. En effet, lors de l'élaboration du projet mémoire, la question de départ était de savoir en quoi l'organisation des flux sanitaires entre la Corse et le continent assurait-elle la continuité de la prise en charge des usagers. La correction du projet avait mené à de nouvelles pistes pour la problématique (en remplaçant la notion de prise en charge par celle des soins), et les recherches effectuées, ainsi que les entretiens menés ont permis d'arrêter une problématique différente, et résultant des constats et des perspectives mises en lumière.

En effet, il est à noter que la diminution des flux est un enjeu très fort, car les actions menées par les caisses de sécurité sociale, et même par l'Etat dans son offre de soins, tendent à prouver que ces flux ne sont pas tous acceptables ni justifiables.

Or, la diminution des flux a des limites. Au regard de différentes contraintes qui seront développées dans ce mémoire, la diminution des flux n'est pas une solution envisageable pour dans toutes les situations de départ sur le continent, car une prise en charge en dehors de la région peut être aussi la seule option possible dans une optique de continuité des soins.

Dès lors, la problématique de ce mémoire est de savoir *jusqu'ou limiter les flux sanitaires entre la Corse et le continent sans rompre la continuité des soins des usagers de la Corse.*

Le travail mené pour ce m'a dans un premier temps conduite à rencontrer de nombreux acteurs liés à cette problématique.

Ainsi, j'ai mené un premier travail de recherche auprès de l'Observatoire Régional de Santé de Corse (ORS), dont les travaux menés notamment sur les hospitalisations continentales et insulaires par l'outil de Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) étaient essentielles pour ce mémoire. Ainsi, j'ai rencontré plusieurs fois le directeur de l'ORS, dans le cadre du mémoire et pour l'exploitation des données PMSI.

La question de l'hospitalisation n'étant qu'un pan de mon travail et de ma problématique, j'ai également pris contact dans un second temps avec le médecin conseil de Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) de Corse-du-Sud, avec qui j'ai pu avoir deux entretiens, et qui m'ont permis d'analyser le système des accords fournis par les caisses de sécurité sociale afin que les patients puissent partir sur le continent, mais aussi d'avoir des pistes sur ce qu'engendraient ces flux en termes économiques, humains et techniques.

Au cours de ce travail d'investigation, j'ai également pris contact avec les trois autres caisses d'assurance maladie, à savoir la Mutuelle Sociale Agricole (MSA), le Régime Social des Indépendants (RSI) et la CPAM de Haute-Corse, et pu récolter de nouvelles informations essentiellement par entretien direct avec des responsables au sein de ces trois caisses.

En outre, j'ai élaboré un questionnaire à destination des médecins généralistes, posant différentes questions sur les raisons pour lesquelles leurs patients partaient sur le continent. Cependant, le manque de disponibilité de la plupart des médecins contactés n'a pas permis d'aller jusqu'au bout de cette démarche, mais les quelques entretiens et les informations qu'ils contiennent me semblent malgré tout suffisamment pertinents pour être exploités.

J'ai également rencontré à plusieurs reprises le MIR de l'ARS de Corse avec qui j'ai pu évoquer le sujet de mon mémoire et les pistes à poursuivre.

Enfin, parallèlement à ce travail d'entretien, j'ai étudié les différents documents liés à la question des flux entre la Corse et le continent³, ce qui nécessitait un travail de synthèse afin de les exploiter de manière optimale.

Les flux sanitaires entre la Corse et le continent (1) peuvent être liés à différentes causes techniques, humaines, ou tout simplement être le résultat du choix du patient (2). Si leur diminution paraît nécessaire pour palier à certains abus ou pour maintenir l'activité insulaire, un taux incompressible de ces flux se maintient, et ne saurait être réduit par les différentes actions pouvant être réalisées dans le cadre de la diminution de ces flux sanitaires (3).

³ Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SIOS) III, le Schéma Inter Région d'Organisation Sanitaire (SIOS) 2007-2012, documents ORS...

1. La réalité des flux entre la Corse et le continent.

Il est important de rappeler que le mémoire porte sur les flux sanitaires « de la Corse vers le continent ». On s'intéresse bien à un sens particulier des flux, à savoir le départ des assurés insulaires sur le continent pour être pris en charge. Ce type de flux est plus précisément qualifié de « fuites », puisqu'il a pour conséquence une perte dans la prise en charge insulaire.

A l'inverse, des personnes assurées sur le continent, soignées en Corse, créent l'effet d'« attractivité ».

Il est à noter que ce taux d'attractivité est surtout lié à l'importance du tourisme dans la région. Ainsi, les personnes vont consulter ou sont hospitalisées sur leur lieu de vacances, ce qui n'est donc pas lié à la volonté même du patient. De plus, la Corse ne dispose pas de structure développant une activité susceptible de faire venir des patients du continent.

Dès lors, l'étude de ces flux peut notamment se faire au regard de données concrètes. Celles-ci sont fournies tant par les différentes caisses du régime général et des régimes particuliers (1.2), mais aussi par l'outil PMSI (1.3), qui diffère des premières données (1.1) dans la mesure où il ne s'intéresse qu'aux hospitalisations, tant insulaires que continentales.

1.1. La distinction entre les données PMSI et les données des caisses d'assurance maladie

Deux sources permettent une évaluation des flux : les données PMSI (1.1.1) et les informations fournies par les caisses quant aux déplacements de leurs assurés (1.1.2)⁴.

1.1.1. Le PMSI, un outil essentiel pour le constat des flux liés à une hospitalisation

Depuis la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière⁵, les établissements de santé publics et privés doivent procéder à l'analyse de leur activité médicale et transmettre « aux agences régionales de santé, à l'Etat ou à la personne publique qu'il désigne et aux organismes d'assurance maladie, les informations relatives à leurs moyens de fonctionnement [et] à leur activité⁶ ».

⁴ Les données étudiées seront celles de 2009, avec des comparaisons par rapport aux autres années pour une meilleure lisibilité de l'évolution des flux.

⁵ Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

⁶ Article L6113-8 du Code de la Santé Publique.

Toujours selon le Code de la Santé Publique, « ils doivent mettre en œuvre des systèmes d'information qui tiennent compte notamment des pathologies et des modes de prise en charge⁷ », ce qui définit donc le PMSI.

Pour les séjours hospitaliers en soins de courte durée⁸, cette analyse est fondée sur le recueil systématique d'un petit nombre d'informations administratives et médicales qui constituent le Résumé de Sortie Standardisé (RSS).

Une fois traités, les RSS sont classés en groupes homogènes de malades (GHM). Ces différentes informations ont deux finalités :

- Le financement des établissements de santé par la tarification à l'activité (T2A)
- L'organisation de l'offre de soins

Tout séjour hospitalier en MCO doit donner lieu à la production d'un RSS, constitué d'un ou plusieurs résumés d'unité médicale (RUM).

Si le malade n'a fréquenté pendant son séjour qu'une seule unité médicale, le RSS équivaut strictement au RUM produit lors de ce séjour. Sinon, l'ensemble des RUM produits lors du séjour constitue le RSS.

Les informations contenues dans le RUM sont d'ordre administratif et médical⁹ et les consignes pour leur recueil sont décrites dans le guide méthodologique de production des résumés de séjour du PMSI en MCO.

Ensuite, le RSS est lui-même classé obligatoirement dans un groupe homogène de malades (GHM). La cohérence et l'homogénéité de chaque GHM sont assurées par des critères médical et économique.

En effet, la classification est non seulement fondée sur des références médicales, mais également sur le regroupement des séjours qui ont des consommations de ressources voisines.

Il faut souligner que les informations recueillies dans le cadre du PMSI sont protégées par le secret professionnel¹⁰. En outre, la création des fichiers et les traitements de données sont soumis à l'autorisation ou à l'avis préalable de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

La transmission d'informations s'opère au moyen du Résumé de Sortie Anonyme (RSA).

Depuis 2001, une procédure de chaînage des résumés de séjour a été mise en œuvre. Elle permet de relier entre elles, grâce à un numéro déchaînage anonyme, les différentes hospitalisations.

⁷ L6113-8 CSP

⁸ Médecine-Chirurgie-Obstétrique

⁹ Ces informations sont répertoriées dans l'arrêté du 31 décembre 2003 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicales des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie ou obstétrique et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L6113-8 CSP.

¹⁰ « Les destinataires des informations (...) mettent en œuvre, sous le contrôle de l'Etat au plan national et des agences au plan régional, un système d'informations commun respectant l'anonymat des patient », article L6113-8 CSP.

1.1.2. Le rôle des caisses d'assurance maladie dans l'organisation des flux Corse-continent : Les enjeux de contrôle et de régulation.

Une réglementation a été mise en place au niveau de l'assurance maladie afin d'organiser les modalités de prise en charge des frais de transport¹¹. L'instauration de règles précises au niveau national est également le moyen d'assurer une réelle égalité entre les différents patients, selon leur situation individuelle.

Différentes conditions sont ainsi posées par l'assurance maladie.

Tout d'abord, la prise en charge sera effective pour certains types de transports :

- liés à une hospitalisation (entrée et sortie) complète, partielle ou ambulatoire
- liés à des soins, ou des traitements en rapport avec une Affection Longue Durée (ALD)
- liés à des soins en rapport avec un accident du travail ou une maladie professionnelle,
- liés à la nécessité d'être impérativement allongé ou sous surveillance constante
- de longue distance (plus de 150kms aller)
- en série (au moins 4 transports de plus de 50 kms aller, sur une période de deux mois, pour un même traitement).

Ou pour certains types de convocation :

- Convocation par le service de contrôle médical
- Par un expert médical

Enfin, une consultation médicale d'appareillage, ou l'accompagnement d'un enfant de moins de 16 ans ou de toute autre personne dont l'état de santé nécessite l'assistance d'une autre personne sont d'autres motifs qui peuvent permettre une prise en charge des frais par la caisse.

Ensuite, le remboursement des frais de transports s'élève à 65%, mais dans certains cas à 100% (accident du travail, maladie professionnelle, transport en lien avec une ALD).

Cependant, il est à noter qu'une entente préalable est obligatoire dans certains cas.

Ainsi, pour être prise en charge, la personne doit remplir une « demande d'accord préalable-prescription médicale de transport »¹² sur laquelle il devra donner différents renseignements sur les raisons et les modalités de ce déplacement. Cette demande est remplie avec l'aide du médecin traitant. Ensuite, le médecin-conseil de la caisse analyse la demande renseignée afin de décider si la demande est légitime ou pas. Les cas dans lesquels cette demande d'accord préalable est indispensable sont les suivants :

- Les transports de longue distance (+ de 150 Km aller)
- Les transports en série (au moins 4 transports de + de 50 Km aller, sur une période de 2 mois, pour un même traitement)

¹¹ Ameli, « *Frais de transport, mode d'emploi* ».

¹² Articles 162-4-1-2, L321-1-2, L322-5, L432-1 et R322-10 Code de la Sécurité Sociale (CSS).

- Les transports en bateau, ou en avion sur ligne régulière¹³.

On note ainsi que les caisses d'assurance maladie jouent un rôle fondamental dans l'organisation des flux sanitaires, dans la mesure où les règles ci-dessus, instituées au niveau national, sont essentielles pour réguler les flux à l'échelon de chaque caisse locale d'assurance maladie.

En effet, cette réglementation est un outil essentiel quant au contrôle que mènent les caisses, et à leur prise de décision. Ces différentes règles permettent ainsi d'éviter des accords à outrance, sans contrôle ni analyse objective des situations.

En outre la règle, développée ci-après, concernant le « bord à bord », participe logiquement à la régulation des flux. Enfin, cette régulation des flux, si elle est avant tout de la responsabilité des caisses, est aussi assurée par une meilleure responsabilisation des patients.

1.2. Le constat des flux entre la Corse et le continent au regard des données des caisses d'assurance maladie

Les données des différentes caisses d'assurance maladie permettent d'avoir une vision supplémentaire et complémentaire de l'organisation des flux sanitaires. Ainsi, au-delà des informations fournies par le régime général (1.2.1) et par les régimes spéciaux (1.2.2, 1.2.3), il est également important d'étudier l'impact de ces flux vers le continent, tant pour les assurés que pour la caisse à laquelle ils sont affiliés.

1.2.1. Les flux sanitaires au sein du régime général

Ces données permettent d'avoir une autre approche dans l'analyse des flux sanitaires. En effet, les informations fournies par les caisses primaires permettent d'évaluer le coût des flux, d'analyser le nombre de personnes qui partent, mais aussi de s'inscrire dans une démarche d'observation afin de constater et d'évaluer les variations.

1.2.1.1. Les données de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) de Corse-du-Sud

Les informations fournies par la caisse lors d'entretiens étaient relatives à l'ensemble du régime général. En outre, les entretiens menés ont également permis de connaître le logiciel GEDEON, utilisés par la CPAM de Corse-du-Sud, mais également par la CPAM de Haute-Corse.

1.2.1.1.1. Les données pour l'ensemble du régime général

Ces données ont été fournies par la CPAM 2A et sont liées aux différents remboursements.

¹³ Article 322-10-4 CSS

Les informations initiales fournies font ainsi état des différents montants remboursés au niveau des transports ou « prestations »¹⁴.

On distingue parmi les différentes prestations les transports en ambulance, les Véhicule Sanitaire Léger (V.S.L), le taxi, et enfin les autres frais de transport¹⁵.

Ce sont ces derniers qui importent pour l'étude des flux, dans la mesure où ils regroupent tous les moyens de transport autres que les transports terrestres, à savoir l'avion et le bateau. Tous ces remboursements représentent bien des flux sanitaires, et plus exactement des fuites vers le continent.

Les données rappellent, au regard des ces différents mode de transport, les montants remboursés pour chaque catégorie de prescripteurs.

Ces derniers sont les omnipraticiens libéraux, les spécialistes libéraux et les établissements.

L'étude des montants remboursés pour chacune de ces catégories (les omnipraticiens et les spécialistes étant regroupés dans une seule et même catégorie dite des «libéraux»), a permis de comparer les catégories de prescripteurs, mais aussi les montants remboursés dans les deux départements.

Enfin, ces différentes informations ont été fournies dans un premier temps hors Sections Locales Mutualistes (SLM), et ensuite avec les montants SLM pris en compte.

Les SLM sont des sections sont au service des fonctionnaires et ont un rôle notamment de gestion de l'assurance maladie obligatoire et/ou complémentaire.

Les SLM représentent une part importante des remboursements du régime général, et ceci peut être notamment du au fait que cette catégorie socioprofessionnelle représente une part importante du secteur salarié en Corse, ce qui joue donc sur l'importance de cette catégorie dans les résultats finaux de remboursements.

➤ *Prescriptions par les établissements sanitaires*

Les différentes prescriptions concernent les établissements sanitaires sur l'ensemble de la région, et pour les «autres frais de transport» (ATP).

Ainsi, en 2007, 2 384 494€ ont été remboursés pour ce type de prestations ; en 2008, ce sont 1 901 480€ qui ont été remboursés, et 2 082 777€ en 2009.

Les données de la caisse font aussi une distinction entre les remboursements qui comprennent les SLM, et ceux hors SLM.

Ainsi, hors SLM, les remboursements effectués sont de 1 675 766€ en 2007.

En 2008, 1 204 013€ ont été remboursements pour ces prescriptions par les établissements sanitaires, et enfin 1 368 095€ en 2009.

¹⁴ Cf Annexe 1.

¹⁵ Ces autres frais de transport ne prennent pas en compte les frais d'hébergement consécutifs à des déplacements (cures thermales).

A noter que les SLM représentent, sur les trois années, 700 000€ du total des remboursements pour les établissements sanitaires, ce qui est une part sensiblement importante de ces montants.

➤ Prescriptions par les médecins libéraux

Avant tout, il s'agit de préciser que les libéraux sont les omnipraticiens et les spécialistes exerçant leur pratique en dehors d'un établissement.

Ainsi pour l'année 2007, les montants remboursés sont de 2 245 149€, et de 3 115 572€ en 2008. Enfin, en 2009, les montants remboursés s'élèvent à 3 008 478€.

Concernant les remboursements hors SLM, ces derniers s'élèvent à 1 846 416€ en 2007.

En 2008, les montants remboursés sont de 2 732 263€, puis de 2 583 089€ en 2009.

On note ainsi que les SLM représentent à peu près 400 000 euros chaque année du total des remboursements.

➤ Comparaison des deux secteurs et des deux départements de Corse

On note qu'en 2007, les ATP « Etablissements » et « Libéraux » sont à peu près au même niveau.

Or, dès 2008, et également pour l'année 2009, on observe une importante différence entre les deux, qui se retrouve pourtant seulement pour la CPAM de Corse-du-Sud.

Ainsi, pour la Corse-du-Sud, on note entre 2007 et 2008 une forte chute concernant les établissements (on passe de 1 558 690€ à 966 894€) et une forte inflation des remboursements pour les prescriptions des libéraux (782 079€ en 2007 et 1 600 688€ en 2008).

En revanche, de 2008 à 2009, une réelle stabilisation se fait entre les deux, mais les deux augmentent malgré tout.

En effet, en 2009, les montants remboursés pour les établissements sont de 996 131€, et ceux des libéraux sont de 1 715 460€.

L'importante chute pourrait s'expliquer par le fait que le parcours de soins coordonné¹⁶ a sans doute été mieux intégré par les établissements en 2008.

En effet, à la suite de la mise en place de ce parcours, l'assurance maladie est intervenue pour que les établissements participent à la modernisation du système de soins et de maîtrise des dépenses de santé.

Ainsi, un plan national d'actions de maîtrise médicalisée des prescriptions hospitalières exécutées en ville (M.M.H. - P.H.) a été défini en 2006 par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS). Dans le cadre de ce plan, les praticiens hospitaliers sont sensibilisés aux coûts de leurs prescriptions médicales, et

¹⁶ Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

incités à améliorer leur pratique dans un objectif de qualité et de maîtrise médicalisée des dépenses¹⁷.

Dans cette optique de responsabilisation des acteurs, qui passent par les établissements mais concernent également de ce fait les patients ; les établissements ont en effet sans doute renvoyés davantage les patients vers les médecins traitants pour obtenir des prescriptions de transport.

Mais cette analyse des chiffres reste hypothétique, dans la mesure où cette évolution ne se retrouve pas pour les chiffres relevés en Haute-Corse.

En effet, concernant la Haute-Corse, de 2007 à 2008, on observe une augmentation des remboursements pour les libéraux et les établissements, mais on n'observe pas la même baisse que dans l'autre département.

De 2008 à 2009, on note une diminution des remboursements « libéraux », mais une augmentation des remboursements « établissements ».

Pour la partie SLM, l'observation faite de ces différents remboursements, auxquels on ôte les remboursements SLM, ne montre pas un changement de ces différents baisses ou augmentations de remboursements. Dès lors, ceci amène à conclure que la catégorie SLM suit le mouvement de l'ensemble des remboursements, sans ainsi jouer un rôle important dans leur évolution.

1.2.1.1.2. Le logiciel GEDEON

Le logiciel GEDEON permet de répertorier, classer et comparer les données au niveau de la CPAM 2A. Ce logiciel délivre un accord pour le transport pour bénéficier d'un tiers payant. La caisse a deux semaines pour répondre à la demande d'accord préalable ; au-delà de ces deux semaines, le silence vaut accord.

L'accord est entré sur le logiciel, et transmis à l'agence de voyages. Ceci permet une traçabilité de tous les accords donnés aux assurés sociaux.

Il est à noter que des franchises ont été introduites sur les actes ; elles viennent donc en diminution.

Le principe posé par la caisse est que l'on accorde ce que le plateau technique local ne peut assurer.

Par les différentes données obligatoirement conservées par le logiciel, la CPAM a pu, après extraction de données du logiciel, mener une étude en 2009 quant aux flux concernant ses assurés, et donc de la Corse-du-Sud vers le continent.

¹⁷ Programmes de qualité et d'efficience « maladie » 2010, objectif « Renforcer l'efficience du système de soins et développer la maîtrise médicalisée des dépenses.

Cette étude a ainsi permis d'établir un classement des différents prescripteurs (libéraux, spécialistes et établissements de la région) et un classement des établissements de destination.

Concernant les prescripteurs, le premier d'entre eux est le centre hospitalier d'Ajaccio, suivie de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille (AP-HM) et l'institut Paoli Calmette, à Marseille également.

On note que certains libéraux se retrouvent « en tête du classement ».

Ainsi, par exemple, certains gynécologues sont présents dans ce classement, mais cela est dû essentiellement au fait que ces médecins sont spécialisés dans la procréation médicalement assistée.

Par ailleurs, les médecins généralistes qui se trouvent classés assez rapidement dans le classement sont ceux dont l'activité est très importante ; le nombre de prescriptions pour un départ sur le continent est de ce fait proportionnel à l'activité du médecin prescripteur.

La part des transports sur le continent a tendance à diminuer par rapport au nombre total des transports.

Il y a dix ans, les ATP représentaient 1/3 des transports. Cette diminution s'explique par une offre de soins plus importante sur l'île, ce qui permet de faire face à la demande de la part des assurés insulaires, et donc d'assurer à ces derniers, et pour certaines pathologies, une bonne prise en charge, voire même efficace, car les coûts engendrés seront généralement moins importants qu'un départ sur le continent.

Enfin, on note qu'en 2009, 5851 accords de transport ont été délivrés par la CPAM 2A.

Le classement des établissements a ainsi pu mettre en lumière les destinations privilégiées sur le continent. Le premier établissement pour lequel des bons de transports sont le plus octroyés est l'hôpital de la Timone, à Marseille. Viennent ensuite l'institut Paoli Calmette (Centre régional de lutte contre le cancer), l'hôpital de la Conception à Marseille, l'hôpital privé de Clairval à Marseille, notamment pour son pôle d'oncologie, et enfin la clinique de Monticelli, spécialisée dans l'ophtalmologie.

Ce classement illustre la règle du bord à bord, instituée par les caisses afin de limiter le coût des transports vers des destinations du continent.

Ceci va de pair avec la règle exposée ci-dessus quant à des bons de transport pour un établissement ou un médecin du continent dans la seule hypothèse où la région Corse ne pourrait assurer une réelle prise en charge.

1.2.1.1.3 La démarche au sein de la CPAM

Il est à noter que lorsqu'un avis négatif est délivré sur un transport, la commission d recours mise en place par la conseil de la CPAM est saisie par les assurés qui contestent ce refus.

S'il y a un refus de la prise en charge de transport, les gens peuvent ainsi contester. Selon les entretiens menés au sein de la caisse, il était possible parfois que la décision initiale de refus soit annulée pour que la prise en charge soit acceptée, au motif de l'absence de CHU en Corse.

Cette argumentation est discutable : en effet, se pose la question de la finalité des CHU: dans les CHU, on retrouve une médecine de pointe, souvent hyperspécialisée. Or, il n'y a pas forcément besoin de la compétence aussi affinée d'un CHU pour tous les actes qui n'ont pas la même gravité.

L'accompagnant est pris en compte pour les moins de 16 ans et les plus de 65 ans, et également en prenant compte le critère de l'état (phobie, hypoglycémie).

1.2.1.2. Les données de la CPAM 2B¹⁸

Différents observations peuvent être faites au regard de ces données¹⁹.

Elles identifient le nombre d'ententes préalables (EP) sollicitées auprès de la caisse, ce qui représente toutes les demandes n'entrant pas dans le champ des accords automatiques.

Ainsi, ces données au-delà du nombre total d'ententes préalables constituées, révèlent le nombre d'accords finalement délivrés par la caisse.

Enfin, ces différentes informations couvrent les mois de janvier à septembre 2010.

On note que le nombre de demandes s'élève à 6438 pour les 10 premiers mois de l'année 2010. Or, le nombre d'accords réels donnés pas la caisse de janvier 2010 à septembre 2010 s'élève à 5453.

Ainsi, 985 départs n'ont pas reçu d'autorisation de la caisse, ce qui signifie que les frais de transport sont à la charge des assurés.

Comme cela a été observé également avec les données RSI qui seront étudiées par la suite, si le nombre de transports se situe entre 600 et 700 par mois, on observe une nette diminution lors des deux mois d'été (486 pour juillet et 417 pour août).

En outre, on note que la grande majorité des patients font une demande pour un accompagnant.

On observe également que la plupart des patients sont pris en charge à 100% ; ainsi, seulement un patient sur 6 n'est pris en charge qu'à 65%.

¹⁸ Les informations reçues de la part de la caisse primaire ne sont pas de 2009 mais de 2010. Néanmoins, ceci n'influe pas sur l'étude des flux dans la mesure où il n'y a pas d'évolution importante de ces flux sur les deux années.

¹⁹ Cf Annexe 2.

Ceci permet donc de définir de manière générale les raisons du départ sur le continent, puisque la prise en charge à 100% du transport n'est possible que dans différents cas, définis par les règles nationales²⁰.

Enfin, quant à la destination des différents affiliés à la caisse, on note que Marseille vient largement en tête, suivie de Nice, et dans une moindre mesure de Paris.

On constate l'importance de la règle du « bord à bord » et de la recherche d'un soin au plus près. Cette logique est respectée ; pour s cas de prise en charge à Paris, on peut considérer que cela est justifié par une spécialité n'existant qu'à Paris, ou par le fait que certains patient continuent à vouloir être suivis par le même professionnel sur Paris comme c'était le cas lors des premiers départs et du début de la prise en charge.

1.2.1.3. L'étude de l'Union Régionale des Caisses de l'Assurance Maladie (URCAM) pour le régime général²¹ réalisée en 2009.

Dans un premier temps, l'URCAM a réalisé une requête concernant les assurés du régime général des caisses d'Ajaccio et de Bastia en 2009 (hors SLM).

Cette requête est extraite de la classification commune des actes médicaux (CCAM). Cette nomenclature française est destinée à coder les gestes pratiqués par les médecins, gestes techniques dans un premier temps, puis, par la suite, les actes intellectuels cliniques.

Elle sert à établir notamment, et dans le cadre des hôpitaux publics et privés, le PMSI et sa tarification des séjours hospitaliers transmis à l'Assurance Maladie dans le cadre de la T2A.

Dès lors, cette étude effectuée par l'URCAM permettait de relever les actes de médecins spécialistes libéraux réalisés pour des patients du régime général.

Ainsi, on note que la part des médecins installés en Corse est toujours très forte, et rarement en dessous des 90%.

Les taux les plus faibles sont ceux concernant l'anesthésie et la chirurgie, la part des médecins installés en Corse par rapport au nombre d'actes étant respectivement de 91% et 89%.

Ainsi, les prescripteurs qui envoient les patients sur le continent sont en très grande majorité installés en Corse, et dans une moindre mesure, des professionnels exerçant sur le continent ou bien des établissements du continent.

²⁰ AT-MP ou ALD

²¹ Cf Annexe 3.

1.2.2. Les données RSI

Le RSI est le régime obligatoire de Sécurité sociale qui assure la couverture maladie et retraite des artisans et des commerçants. Il prend en charge l'assurance maladie-maternité, l'assurance vieillesse de base des professions artisanales et enfin l'assurance vieillesse de base des professions industrielles et commerciales.

Il gère également le régime complémentaire obligatoire d'assurance vieillesse des professions artisanales, le régime complémentaire obligatoire d'assurance vieillesse des professions industrielles et commerciales, les régimes obligatoires d'assurance invalidité décès des professions artisanales et des professions industrielles et commerciales, et d'autres prestations (notamment les indemnités journalières).

Il est ainsi l'interlocuteur social unique pour l'ensemble de la protection sociale des artisans, des industriels et des commerçants depuis le 1er janvier 2008.

L'entretien avec le responsable du pôle « gestion du risque et prévention » au RSI de Corse a porté sur l'étude de la requête réalisée pour l'année 2009 sur les flux qui a tout d'abord permis de constater une distinction à faire entre deux terminologies. Ainsi, il est important de distinguer les personnes dites « patientes », et les personnes dites « accompagnants ».

Ainsi, le nombre d'unités de tarification pour l'année 2009 était de 1348, tandis que le nombre de prestations était de 2043. Cette différence de 695 s'explique par le fait que le nombre de prestations représentent le nombre de patients et des accompagnants²².

Or, les unités de tarification ne signifient pas que ce sont 1348 personnes qui sont parties au cours de l'année 2009. En effet, certaines personnes sont parties plusieurs fois sur le continent pendant l'année, ce qui explique ce total, même si dans la plupart des cas, les personnes ne partent qu'une fois ou deux en général. Ce constat a également été fait lors d'un entretien téléphonique réalisé lors de l'élaboration du mémoire ; ainsi, c'est la répétition qui fait le nombre.

En outre, sont comptés dans les données RSI tant les départs pour une consultation que ceux dans le but d'une opération.

Ainsi, 266 personnes affiliées au RSI sont parties une fois en 2009 sur le continent, 116 sont parties deux fois, ce qui constitue la très grande majorité des départs. Ensuite, on observe une diminution constante, même si beaucoup de personnes partent 3, 4, 5 ou 6 fois dans l'année, ce qui traduit l'importance du suivi des soins effectués sur le continent. On constate que le praticien qui fait la demande du bon de transport est dans la majorité des cas un omnipraticien.

Ceci s'explique avant tout par le principe du parcours cordonné, et du fait ainsi que les gens passent en premier lieu par leur médecin traitant. Ainsi, 885 prestations sont à l'origine demandées par un omnipraticien pour l'année 2009

²² Article R322-10-7 CSS

Ce sont ensuite 37 prestations qui ont pour origine un ophtalmologiste. Vient en troisième position la gynécologie. Il est à noter que les cas de départs sur le continent ayant pour origine la prescription d'un gynécologue sont assez nombreux. En effet, la raison principale est le nombre de demandes pour la procréation médicalement assistée (PMA), spécialité qui n'existe pas en Corse, et qui nécessite obligatoirement un départ sur le continent²³.

Ce type de flux ne peut être réduit facilement, car ils ne tiennent pas seulement de la simple volonté du patient d'être soigné sur le continent, mais bien de conditions matérielles et techniques insuffisantes.

L'étude sur l'année 2009 a également permis de voir à quelle période les départs sur le continent pour une consultation ou une opération étaient les plus fréquents, ce qui amenait à voir si l'on assistait certains mois à une hausse ou une baisse des départs, ou si au contraire il y avait une certaine constance.

Ainsi, on note que les mois de janvier, février, mars, avril, mai, septembre, octobre et novembre connaissent à peu près le même nombre de demandes de la part de leurs affiliés, à savoir des départs qui vont de 102 à 133 selon l'un de ces mois.

On observe une légère augmentation (147) au mois de juin, expliquée notamment par l'anticipation des congés. C'est ainsi que l'on observe une forte diminution des flux lors des deux mois d'été (85 pour le mois de juillet et 54 pour le mois d'août), observation que l'on peut faire également pour le mois de décembre (87), période également de vacances, et qui n'amène pas les gens à partir à cette période de l'année.

Il est important ici de signaler le type de démarche possible pour un assuré au RSI en cas de refus de délivrer un accord.

Deux sortes de refus sont possibles :

- refus médical : un mois pour demander une expertise médicale
- refus administratif : recours en commission de recours amiable, composée par les administrateurs du RSI, élus par les assurés. Le cas est traité de façon anonyme, et la plupart du temps, le refus est maintenu.

Dans ce cas, l'assuré a deux mois pour engager une action auprès du Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale.

²³ En France, la procréation médicalement assistée est remboursée à 100%. L'ensemble des examens est pris en compte, ainsi que les traitements qui le précèdent ou l'accompagnent. Deux conditions doivent être cependant respectées : la candidate à la maternité doit être âgée de moins de 43 ans, et seules quatre tentatives de fécondation in vitro et six inséminations intra-utérines sont prises en compte.

1.2.3. Les données de la MSA

La MSA assure la protection sociale du monde agricole et rural. A ce titre, elle prend en charge les actifs non salariés, comme les chefs d'exploitation ou les employeurs de main-d'œuvre, les salariés agricoles, ainsi que leurs ayants droit et les retraités.

L'entretien réalisé avec une responsable du service contrôle médical à la MSA a permis de mettre en lumière différents enjeux liés à la problématique des flux.

➤ Le système des bons de transports à la MSA

Le bon de transport parvient à la MSA et est toujours soumis au médecin conseil de la caisse.

Ceci est le premier barrage au contrôle médical.

Si la règle imposée par la caisse est également de refuser tout bon de transport pour être soigné sur le continent lorsque les soins existent en Corse, il existe malgré tout des exceptions pour lesquelles la caisse revoit sa position et peut accepter que la personne parte se faire soigner sur le continent. Ainsi, le premier cas peut être celui dans lequel l'opération sur place n'a rien apporté, et qu'ainsi, tout ce qui a pu être mis en œuvre au niveau du plateau technique de la région n'était pas suffisant.

Ensuite, si les soins pratiqués en Corse se sont révélés être un échec dans la prise en charge de l'état du patient, la demande d'un départ sur le continent sera accepté.

Lorsque la personne doit partir sur le continent, la règle appliquée est celle du « bord à bord » ; la personne est ainsi orientée vers des établissements à Marseille ou Nice par exemple.

Une très grosse surveillance est donc effectuée au niveau des départs. Ainsi, ce sont entre 1400 et 1600 bons qui sont délivrés chaque année pour les salariés et les exploitants agricoles²⁴.

Ces données ne prennent pas en compte les cas d'urgence, mais bien tous les départs organisés.

➤ Flux sanitaires et situation géographique de la Corse

De nombreuses questions ont ainsi été posées quant au contexte de la géographie du territoire corse et plus précisément de la distance. Au-delà de l'aspect économique, il y a également le risque du transport : un voyage par un véhicule, au vu en outre des routes, peut être déconseillé pour certaines pathologies, qui nécessitent peu de mouvement du corps.

La MSA constate que les flux ont tendance à stagner, or les remboursements diminuent, notamment avec la politique du bord à bord. Ainsi, les établissements vers lesquels partent les assurés sont L'Institut Paoli – Calmettes, l'hôpital privé de Clairval à

²⁴ L'entretien réalisé à la MSA faisait état de 1600 bons de transport remis en 2009.

Marseille, la clinique de Monticelli à Marseille, spécialisée dans l'ophtalmologie ; le Centre Antoine- Lacassagne, l'un des 20 centres français de lutte contre le cancer ; et enfin l'hôpital de L'Archet, à Nice.

Cependant, en cas de certaines pathologies, nécessitant de se rendre dans de grands centres tels que Necker à Paris²⁵ ou Lyon pour les grands brûlés²⁶, le bon est remis sans difficulté.

En outre, une personne qui souhaite se rendre à Paris, alors qu'un centre à Marseille pourrait la prendre en charge, se voit rembourser son trajet jusqu'à Marseille mais doit elle-même se charger de son billet jusqu'à Paris.

Ceci pose le problème des personnes qui sont suivies depuis plusieurs années par un praticien : en effet, elles souhaitent généralement que ce soit le même professionnel qui se charge de leur prise en charge et de leur suivi. Or, si le praticien ou le service se trouve sur Paris, la personne se verra refuser la prise en charge de leur transport jusqu'à Paris.

1.3. Les données PMSI, outil d'analyse des flux dans le domaine des hospitalisations.

Les données extraites du PMSI permettent d'analyser les raisons pour lesquelles les personnes partent sur le continent pour se faire soigner car elles mettent en lumière les pathologies ou soins qui font l'objet du plus grand nombre de flux. Au-delà de ce constat, les données PMSI permettent également de mesurer l'importance des flux sanitaires entre la Corse et le continent pour les hospitalisations.

Des enquêtes menées par l'ORS montrent que pour les flux des résidents corses sur le continent en vue d'une hospitalisation (MCO), la région de destination privilégiée était la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) suivie de l'Île-de-France, mais dans une moindre mesure par rapport à la région PACA²⁷.

Il est ainsi intéressant d'observer l'organisation générale des flux en 2009 de la Corse vers le continent quant à une hospitalisation (1.3.1), avant de se pencher sur une étude de ces fuites vers le continent plus orientée sur le découpage par microrégion de la région Corse (1.3.2).

²⁵ Etablissement Hospitalier Universitaire de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, l'hôpital Necker dispose de l'ensemble des spécialités médicales et chirurgicales pour les enfants.

²⁶ Centre Hospitalier Saint Joseph Saint Luc

²⁷ Au-delà des enquêtes déjà réalisées par l'ORS, les différentes informations ont été recueillies au cours d'entretiens et de travaux menés avec l'ORS par l'extraction d'informations pertinentes et répondant à la problématique. De nombreux entretiens ont été menés avec l'ORS, du mois de mai au mois d'octobre 2010.

1.3.1. Les flux sanitaires Corse-Continent liés à une hospitalisation en 2009

De nombreuses informations permettent d'avoir une connaissance tant du nombre d'hospitalisations des usagers corses, mais également de détailler ces hospitalisations pour comprendre le poids des flux sanitaires.

Avant tout chose, les hospitalisations qui doivent être retenues pour l'étude sont toutes celles qui concernent les assurés insulaires.

Cependant, des données peuvent concerner le nombre global des hospitalisations continentales et insulaires, mais ceci risque d'être faussé dans la mesure où des assurés domiciliés sur le continent sont également concernés par ces flux.

L'exemple le plus probant est celui des personnes qui viennent en vacances en Corse, et qui sont hospitalisées au cours de leur séjour.

Dès lors, en 2009, on dénombre que 132 573 assurés insulaires ont fait l'objet d'une hospitalisation.

En outre, sur ces 132 573 assurés, il s'agit de distinguer les personnes qui ont été hospitalisées dans un établissement insulaire, et qui sont au nombre de 115 136, des personnes hospitalisées dans un établissement continental, qui sont de 17 437.

Par ailleurs, on note que le nombre total d'hospitalisations, tant continentales qu'insulaires, est de 136 026 ; ce nombre diffère du nombre d'assurés insulaires hospitalisés, dans la mesure où une personne peut être hospitalisée plusieurs fois au cours d'une année.

Sur les 136 026 hospitalisations décomptées pour l'année 2009, 18 510 sont des hospitalisations continentales, soit 13,6% du nombre total.

En observant les données concernant ces flux, on note qu'il y a différentes régions de localisation de l'établissement continental qui accueille les patients, et certaines sont prédominantes.

Ainsi, sur les 18 510 hospitalisations, 79,6% des hospitalisations sont en région PACA.

Ensuite, 10,7% de ces hospitalisations sont effectuées en Ile de France 2,2% en Languedoc-Roussillon, 2% en Rhône-Alpes, 1,4% en Aquitaine, 1,2% en Midi-Pyrénées. Les autres régions représentent 2,9% du nombre total de ces hospitalisations.

Au-delà des régions privilégiées, on note plus précisément que les départements vers lesquels les résidents corses se tournent sont les Bouches-du-Rhône, et les Alpes-Maritimes dans une majeure partie des cas, ce qui ainsi explique l'importance des départs vers la région PACA.

L'importance des flux vers la région PACA s'explique notamment par le principe du « bord à bord », institué par les caisses d'assurance maladie comme principe quant au choix de la destination.

En effet, dans un souci économique, mais également pour raccourcir le temps de transport et ainsi préserver l'état de santé du patient, les villes sur la côte méditerranéenne sont privilégiées.

Par ailleurs, si l'Ile-de-France, et plus, précisément le département de Paris sont également une destination importante pour les usagers corses, ceci s'explique car ces derniers peuvent avoir été dans les premiers temps de leur maladie suivi par un spécialiste, et pour les nouvelles opérations, veulent que ce soit le même professionnel qui les prenne en charge.

Au-delà de la volonté du patient, ces flux vers la région Ile-de-France s'expliquent aussi par le fait que certains grands centres hospitaliers situés dans cette région sont les seuls à pouvoir prendre en charge certaines pathologies, de dispenser certains soins. On peut ici faire référence également au cas des maladies orphelines, pour lesquelles il n'y a parfois qu'un seul centre au niveau national qui peut prendre en charge ce type de pathologies.

Ensuite, au-delà des deux régions « phares » de destination, d'autres régions représentent un lieu de destination pour les assurés insulaires quant à une hospitalisation, mais ceci dans une moindre mesure car ces départ se situent entre 1,7 % et 0,3% des départs pour une hospitalisation continentale.

Les régions concernées sont le Languedoc-Roussillon (pour les départements de l'Hérault et celui du Gard), la région Rhône-Alpes (pour le département du Rhône), et enfin la région Aquitaine (principalement pour les départements des Pyrénées-Atlantiques et de la Gironde).

C'est au regard de la diversité des flux que l'on peut observer le rôle important de la famille.

En effet, malgré certaines règles du bord à bord, les gens privilégient souvent le lieu où se trouvent certains membres de leur famille, ou des proches, pour éviter l'isolement lié à une hospitalisation, et ainsi avoir le soutien de leurs proches habitant la région.

Ces départs peuvent souvent concernés des personnes qui sont à la retraite et qui ont décidé de s'installer en Corse.

Ayant parfois le statut d'assuré insulaire, leur famille et leurs proches sont généralement sur le continent. Cette situation les incite donc à vouloir être soigné près de ces derniers.

Après avoir étudié le nombre des hospitalisations continentales, et les lieux de ces hospitalisations, il s'agit dans un second temps de comparer les hospitalisations continentales et insulaires.

En effet, l'outil PMSI permet de récolter des données révélant, pour chaque pathologie, la façon dont se répartissent les personnes entre le continent et la Corse.

Il s'agit dès lors, au vu des résultats pour chaque pathologie, d'étudier si les personnes partent car il n'existe pas sur l'île la possibilité de prendre en charge certaines pathologies

ou soins, ou si elles partent alors qu'il existe en Corse une prise en charge adaptée, et qui pourrait répondre à leurs besoins.

Vint-huit soins, actes ou encore pathologies sont catégoriser par l'outil PMSI, et permettent la répartition des hospitalisations selon leur objet.

Les catégories d'hospitalisation sont les suivantes :

- Les activités inter spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues
- Autres prises en charge
- Autres symptômes ou motifs médicaux
- Brûlures
- Cardiologie
- Cathétérismes
- Chimiothérapie, radiothérapie, hors séances
- Digestif
- Douleurs chroniques, soins palliatifs
- Endocrinologie
- Gynécologie – Sein
- Hématologie
- Maladies infectieuses
- Nouveaux-nés
- Obstétrique
- Ophtalmologie
- ORL
- Orthopédie, traumatologie, rhumatologie
- Pneumologie
- Psychiatrie
- Séances
- Séjours en erreur
- Système nerveux
- Tissus cutané et tissu sous cutané
- Transplantation d'organes
- Traumatismes multiples ou complexes graves
- Uro-néphrologie et génital masculin
- Vasculaire périphérique

On note que de grands groupes peuvent être séparés en différentes catégories : c'est le cas de l'obstétrique, qui est une catégorie, et qui a été dissociée de la catégorie « nouveaux-nés ».

Si l'on observe ces données, et les taux qui, pour chaque catégorie, analysent le d'hospitalisations effectuées sur le continent, et celles réalisées en Corse, on note que dans tous les cas excepté un, le nombre d'hospitalisations continentales est inférieur à celui des hospitalisations dans un établissement de l'île.

Cela concerne la transplantation d'organes, pour laquelle sont recensées six hospitalisations sur le continent, et aucune pour l'île. En effet, la Corse n'est pas équipée pour assurer ce genre d'opération et de soins.

Pour d'autres catégories, les hospitalisations continentales sont relativement élevées, entre 30% et plus du total des hospitalisations des assurés insulaires.

Ainsi, pour la chimiothérapie et la radiothérapie hors séances par exemple, le nombre d'hospitalisations continentales est de 813, tandis que le nombre d'hospitalisations sur l'île est de 884 (soit 47,9% du total des hospitalisations).

Les activités inter spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues (29,7%), l'endocrinologie (34,2%), l'hématologie (30,3%), l'activité relative au système nerveux (30,5%) ont ainsi un taux d'hospitalisations sur le continent non négligeable. Ceci s'explique notamment quant à la diversité des différentes pathologies relatives à ces différentes catégories, et donc au fait que certaines activités spécialités n'existent pas en Corse. Dans le cas d'une pathologie sévère, une prise en charge continentale est la seule solution.

La répartition pour chaque catégorie entre Corse et continent, si elle est toujours « en faveur » des établissements de l'île, est en outre caractérisée par un important taux d'hospitalisations insulaires.

Les catégories « Activités inter spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues », « Hématologie », et « Système nerveux (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels » sont les seules qui avoisinent ou atteignent les 30% d'hospitalisations sur le continent.

1.3.2. Un taux d'hospitalisations continentales variant selon l'origine géographique du patient corse.

L'observation des flux sanitaires s'accompagne de l'analyse de l'origine géographique en Corse des patients.

La Corse a été découpée en plusieurs microrégions, au nombre de 19, afin d'avoir une analyse plus précise des flux.

Ainsi, les travaux de l'ORS ont permis d'avoir différentes analyses des flux tant vers le continent qu'au sein de la région elle-même, entre les microrégions.

Les études de l'ORS ont pour objet d'analyser l'origine géographique des patients hospitalisés dans les établissements de la région et du continent.

Pour 2008 et 2009, on note que pour chaque établissement « MCO » de la région Corse, les personnes qui y sont hospitalisées viennent en grande majorité de la microrégion dans laquelle se trouve l'établissement.

Par exemple, pour le centre hospitalier d'Ajaccio, sur les 25 048 hospitalisations effectuées en MCO en 2009, 76% sont des hospitalisations de résidents corses vivant dans la microrégion de la « zone d'Ajaccio »²⁸.

Cependant, concernant le Centre Hospitalier de Bastia, dont le nombre d'hospitalisations est de 28 822 en 2009, on note que le taux de résidents corses vivant dans la microrégion du « Grand Bastia » est de 50% seulement²⁹.

Ceci permet d'évoquer la question du déplacement au sein même de la région, et permet de constater que sauf pour les cas où les soins n'existent que dans les grands centres tels que le Centre Hospitalier d'Ajaccio ou le Centre Hospitalier de Bastia, les gens restent à proximité de leur domicile.

Enfin, au regard des 18 510 hospitalisations continentales recensées en 2009, les données du PMSI permettent de savoir de quelle microrégion viennent les assurés insulaires hospitalisés sur le continent³⁰.

Ainsi, il n'apparaît pas une tendance unique pour toutes les microrégions : en effet, l'étude porte sur l'évolution du nombre d'hospitalisations pour la microrégion, et permet de constater s'il y a une diminution ou une augmentation des hospitalisations.

Cette étude permet de constater que selon la microrégion, la situation est tout à fait différente : pour certaines microrégions, l'évolution du nombre d'hospitalisations est identique tant au niveau insulaire qu'au niveau continental, alors que dans d'autres cas on observe la tendance inverse (exemple : nombre d'hospitalisations global diminue, et les départs pour une hospitalisation continentale augmente).

Même si le résultat trouvé après cette étude ne permet pas de parler d'un ensemble homogène concernant les microrégions, il est tout de même intéressant d'étudier ces différents résultats séparément, dans la mesure où les microrégions sont très différentes les unes des autres.

Certaines sont urbaines, d'autres rurales, et l'âge de la population varie également, notamment quant à l'importance du taux d'urbanisation et de l'activité (on retrouvera des personnes plus âgées dans les zones rurales).

Dès lors, les pathologies, les soins, et tout simplement également le rapport avec la médecine sont tout à fait différents.

En outre, même si chaque microrégion connaît des flux de population, de départs sur le continent ou dans une autre microrégion pour une hospitalisation, le fait est que le taux

²⁸ Cf Annexe 4.

²⁹ Cf Annexe 5.

³⁰ Cf Annexe 6.

d'hospitalisations continentales, pour toutes les microrégions de Corse, représente une part importante du taux d'hospitalisation globale dans un établissement MCO.

1.4. Les flux sanitaires concernent l'ensemble des régions, mais est particulier en Corse du fait de l'insularité.

La question des flux ou fuites de patients est une problématique importante en France, et qui concerne toutes les régions à un degré plus ou moins important et pour des raisons différentes.

Ainsi, la circulaire du 6 mars 2006 relative aux schémas interrégionaux d'organisation sanitaire³¹ expose les priorités de ces nouveaux schémas, en faisant notamment référence à « une meilleure évaluation des besoins de santé », qui passe notamment par les flux de patients au sein de l'inter région ou même entre les inter régions.

En outre, ces flux ont permis également l'élaboration de cette cartographie en inter régions, dans la mesure où ceux-ci se font selon des critères, géographiques notamment, qui permettent de regrouper des régions entre elles.

La réalité des fuites de patients de la Corse n'est donc pas spécifique à cette région et d'autres régions voient leurs résidents partir dans d'autres régions, le plus généralement voisines, afin d'être soignés.

Pour observer l'importance de ces flux dans chaque région, l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) fournit des informations comparées utiles quant à cette question (1.4.1). Il est ainsi intéressant, après avoir comparé les régions quant à l'impact des flux sur leur territoire, de se pencher plus précisément sur le département de l'Yonne, cité lors d'entretiens comme élément de comparaison avec la Corse, et donc sujet également aux départs de ses résidents vers un autre territoire pour leur prise en charge médicale (1.4.2).

1.4.1. Le rôle de l'ATIH dans la comparaison de l'activité au sein et entre les différentes régions.

L'ATIH joue un rôle essentiel dans l'étude des flux. Les différentes données PMSI de chaque région sont centralisées au niveau de l'ATIH, qui a été instituée en 2000³².

La mission initiale de l'ATIH était liée à la mise en œuvre et à l'accessibilité aux tiers du PMSI. Depuis la mise en place de la T2A en 2004, le champ de compétence de l'ATIH s'est élargi dans la mesure où le PMSI fait partie des outils contribuant à mesurer la performance des établissements de santé.

³¹ Circulaire n°DHOS/04/2006/97 du 6 mars 2006.

³² Décret n°2000-1282 du 26 décembre 2000, repris dans le CSP aux articles R6113-33 et suivants qui précisent ses missions, son organisation et son fonctionnement budgétaire et comptable.

Dès lors, on peut retrouver sur le site de l'agence de nombreuses informations notamment celles relatives au PMSI ciblé MCO.

Il est intéressant dès lors de voir quelles sont les données pour chaque région concernant cette catégorie, afin d'apporter des éléments de comparaison à la situation corse.

Les données centralisées par l'agence s'étalent sur plusieurs années, et concernent différents éléments :

- les séjours de la région : l'ensemble des séjours et/ou séances dans l'ensemble des établissements de la région
- les séjours dans la région : les séjours pour des malades domiciliés dans la même région
- les séjours « domicile autre région » : séjours pour des malades domiciliés dans une autre région (attractivité)
- le domicile non précisé : les séjours pour des malades dont la région n'a pas été précisée
- les séjours avec domicile de la région : ensemble des séjours quel que soit le lien
- les séjours hors région : les fuites
- le solde, c'est-à-dire la différence entre le nombre de séjours réalisés dans la région et ceux faits pour des malades qui y sont domiciliés.

Si pour la région Corse, on note que le taux de fuite est supérieur car il dépasse sur plusieurs années les 10% de fuites, ce constat peut se faire aussi pour d'autres régions de France.

Ainsi, la Picardie en premier lieu connaît un taux de fuites de 18,5 % en 2009, et de 16,2% en 2010³³. Ceci s'explique notamment au regard du contexte géographique de cette région. En effet, au nord de la région se trouve le CHU de Lille, qui est l'un des plateaux techniques les plus développés, et qui entraîne des fuites pour une prise en charge dans cet établissement. Au sud de la région se trouve à proximité Paris, ce qui peut pousser les personnes à vouloir être soignées dans les centres qui s'y trouvent, et qui sont facilement accessibles.

La question de la situation géographique se pose aussi pour la région Centre : le taux de fuite en 2009 était de 12,1% et de 11,8% en 2010. Or, cette région, à proximité de la région parisienne, et donc de grands centres hospitaliers, connaît également un taux de fuites assez important ; pour la région Bourgogne ce taux de fuite est de 12,5% en 2009 et de 12,2% en 2010.

Les régions de Champagne-Ardenne, du Poitou-Charentes, et enfin l'Auvergne sont également soumises à des fuites de leurs patients.

³³ Les chiffres de 2010 sont provisoires et ne représentent qu'une estimation du fait de l'absence de données pour le dernier trimestre.

1.4.2. Le cas du département de l'Yonne

Lors d'un entretien à la CPAM de Corse-du-Sud avec la responsable du service « Gestion du Risque », il a notamment été fait référence au département de l'Yonne. Ce département, appartenant à la région Bourgogne, est également sujet à la fuite des résidents vers d'autres régions.

On note d'ailleurs que la Bourgogne est justement l'une des régions soumises aux flux, et plus précisément aux fuites vers d'autres régions.

Dans le cadre de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) du 6 septembre 2010³⁴ de la région Bourgogne, une présentation a été faite sur le taux de recours des bénéficiaires, en nombre de séjours MCO, dans le territoire de résidence.

Avant tout, la loi Hôpital-Patients-Santé-Territoire³⁵ a élargi les domaines de compétence de la CRSA, auparavant nommée Conférence Régionale de Santé (CRS).

Ses missions concernent maintenant les soins (en ville et à l'hôpital) mais aussi le champ médicosocial.

La CRSA est un organisme consultatif composé de plusieurs collèges au sein desquels sont notamment représentés les collectivités territoriales, les usagers et associations œuvrant dans les domaines de compétence de l'ARS, les représentants des Conférences de territoire, les organisations représentatives des salariés, des employeurs et des professions indépendantes, les professionnels du système de santé, les organismes gestionnaires des établissements et services de santé et médico-sociaux, les organismes de protection sociale.

Par ses avis, la CRSA concourt à la politique régionale de santé. En effet, elle peut faire toute proposition au directeur général de l'ARS sur l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de la politique de santé dans la région.

Ainsi, l'enquête menée par la CRSA de la région Bourgogne a permis de constater que 21,42% des séjours se font dans une autre région que la Bourgogne et que Paris et la Seine et Marne sont les destinations que l'on retrouve le plus souvent.

En outre, la Côte-d'Or, où se trouve notamment le CHU de Dijon, représente une destination également importante.

Ainsi, l'attractivité des territoires voisins, notamment quant à leurs plateaux techniques plus spécialisés et à la proximité de ces derniers amène à ce que les patients soient facilement enclins à se déplacer dans un autre département, voire même dans une autre région.

Si la situation de la Corse est particulière par son insularité et que les départs sur le continent nécessitent des modes de transport spécifiques, elle peut tout de même être

³⁴ CRSA, Projet Régional de Santé de Bourgogne, « *les territoires de santé* », septembre 2010.

³⁵ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

comparée à celles d'autres départements ou régions qui connaissent un taux de fuites important.

En effet, le constat est identique : des fuites permanentes vers d'autres territoires, notamment dans le cas où les soins existaient dans le département ont des effets extrêmement néfastes sur l'activité médicale du territoire concerné.

2. Les flux sanitaires : des causes multiples

Les flux sanitaires de la Corse vers le continent représentent ainsi une réalité très prégnante et un enjeu important pour la région. Par ailleurs, il est important de distinguer différents type de flux, et plus précisément des causes différentes, qui poussent ainsi les assurés insulaires à partir sur le continent pour être pris en charge

Si les conditions matérielles et géographiques jouent dans la décision de partir (2.1), des raisons humaines peuvent également influencer le choix de partir sur le continent, tant par le poids du prescripteur (2.2) que par la volonté même du patient de se déplacer (2.3).

2.1. Des flux liés aux conditions matérielles et géographiques

Si le problème du manque de technicité en Corse prévaut, et oblige les personnes à partir (2.1.1), la géographie même du territoire pose problème, joue sur la problématique des flux (2.1.2).

2.1.1. Des conditions techniques limitées pour une prise en charge adaptée.

Les raisons matérielles et techniques sont relativement nombreuses, et poussent la personne à partir vers des centres, établissements et professionnels compétents du continent.

➤ Des plateaux techniques parfois limités

Avant toute chose, il est important de rappeler que les établissements de santé publique sont répartis en différentes catégories, qui sont mentionnées par le Code de la Santé Publique³⁶.

Ainsi, sont distingués les centres hospitaliers ayant une vocation régionale de ceux ayant un champ de compétences plus limité.

On distingue trois catégories d'hôpital public :

- Les centres hospitaliers régionaux, qui peuvent signer des accords avec les universités pour former des centres hospitaliers universitaires.
- Les centres hospitaliers qui assurent les soins de la population des villes moyennes
- Les hôpitaux locaux qui accueillent des patients pour leur prise en charge, sans toutefois avoir la capacité d'assurer des soins complexes ou spécialisés.

En Corse, le secteur public hospitalier est composé de deux centres hospitaliers, d'un centre hospitalier spécialisé en maladies mentales, d'un centre hospitalier intercommunal et de deux hôpitaux locaux. Par ailleurs le secteur privé est composé de 17 établissements³⁷ : sept cliniques (médecine, chirurgie, obstétrique), trois cliniques

³⁶ Articles L1641-1 à L1641-8 CSP et articles L1642-1 à L1642-17 CSP.

³⁷ Cf Annexe 7.

psychiatriques, cinq établissements de soins de suite et de réadaptation et deux établissements d'hospitalisation à domicile³⁸.

Ainsi, on note que la région n'est pas dotée d'un CHU ni d'un CHR. Si les centres hospitaliers possèdent malgré tout un plateau technique important, mais plus ou moins développé selon son importance, ils doivent malgré tout s'adresser aux CHU pour certains soins très spécialisés³⁹.

Dès lors, le fait que la région Corse ne soit pas dotée d'un CHU ni même d'un CHR pose inévitablement la question des flux sanitaires, et plus précisément de ceux qui sont indispensables à la prise en charge des patients dans le cas de certaines pathologies qui exigent une certaine technicité du plateau technique hospitalier.

Ainsi, les spécialités pour lesquelles on observe le plus de départs sont la neurochirurgie, la cancérologie mais également l'orthopédie spécialisée.

➤ *L'absence de certaines spécialités dans la région malgré une forte densité des professionnels de santé libéraux*

La densité des professionnels de santé libéraux est très forte dans la région Corse⁴⁰. L'enquête menée par l'INSEE pose le nombre de médecins pour 100 000 habitants dans chaque département, et recense aussi leur nombre en moyenne nationale.

Pour les médecins généralistes, on note qu'ils sont 167 en Corse du Sud et 164 en Haute-Corse, contre 163 pour la moyenne nationale

Quant aux spécialistes, ils sont 171 pour 100 000 habitants en Corse-du-Sud, 138 en Haute-Corse, et 170 au niveau national.

Pour certaines fonctions médicales et paramédicales, le nombre de professionnels pour 10 000 habitants et pour la région Corse est supérieur à la moyenne nationale pour les spécialités de chirurgien-dentiste, de masseur-kinésithérapeute, d'infirmier⁴¹ et pour les pédicures-podologues.

Pourtant, malgré une densité de professionnels assez forte sur le territoire corse, qui démontre par ailleurs que l'offre de soins est extrêmement développée dans certains domaines, la région Corse est tout de même confrontée à un manque important de spécialités, qui entraîne des flux conséquents mais néanmoins inévitables sur le continent.

Ensuite pour ce qui a été vu notamment quant aux les départs sur le continent initiés par des gynécologues, la question ne se pose pas lorsque l'on remarque que ce sont des praticiens spécialisés dans la PMA.

³⁸ Etude INSEE, « 23 établissements et 5000 personnes pour soigner la population », C. BASTELICA, décembre 2007, (source DSS et de Corse-du-Sud).

³⁹ « Le plateau technique médical à l'hôpital », Collectif et Georges Broun, 2002.

⁴⁰ Etudes INSEE 2009.

⁴¹ Le taux d'infirmiers installés en Corse est extrêmement élevé par rapport à la moyenne nationale, puisqu'ils sont 28,2 pour 10 000 habitants en Corse, contre 10,5 au niveau national, ce qui représente un écart très marqué.

Or, cette spécialité n'existe pas en Corse, et le départ sur le continent est obligatoire dans ces cas-là.

Par ailleurs, des spécialités ont fait l'objet de schémas interrégionaux et la question des flux sanitaires apparaît dans ces schémas.

Ainsi, le SIOS – Méditerranée, Languedoc Roussillon, Provence Alpes Côte d'Azur – Corse a été fixé par arrêté et signé par les différents directeurs régionaux des Agences Régionales de l'Hospitalisation le 24 octobre 2007.

Ce schéma fait état des spécialités suivantes : la chirurgie cardiaque, la neurochirurgie et activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie, le traitement des grands brûlés, les greffes d'organes et les greffes de cellules souches hématopoïétiques⁴².

Le schéma souligne en outre la question de « l'isolement géographique » de la Corse, dans la mesure où il pourrait être parfois difficile, au vu de conditions géographiques (impossibilité de décoller ou d'atterrir), techniques ou humaines (le cas des grèves des contrôleurs aériens par exemple), de rejoindre facilement le continent, et donc de ne faire que renforcer le caractère insulaire et donc isolé de la région.

Les groupes de régions constituant les inter régions ont été fixés par arrêté. Sept inter régions ont été constituées. Leurs limites ont été définies en fonction des possibilités d'accès aux soins, des ressources d'offre de soins, des flux de patients et du partenariat déjà observés pour ces activités.

L'objectif de ce découpage est de disposer d'un territoire adapté à l'organisation des activités concernées, et par là-même d'identifier des besoins de soins suffisants pour justifier une offre de soins bien structurée avec un niveau d'activité permettant de garantir la qualité des soins.

➤ Le cas des ALD⁴³.

Selon le Code de sécurité sociale, il existe plusieurs cas dans lesquels la participation de l'assuré peut être limitée ou supprimée si celui-ci est atteint d'une affection déterminée⁴⁴.

Les personnes qui ont une ALD bénéficient donc d'un bon de transport, et n'ont pas à faire l'avance des frais.

Pour les ALD, la réglementation est d'autant plus marquante dans les cas de transports longs et relativement contraignants qui peuvent se faire entre la Corse et le continent.

Il est à noter que les entretiens réalisés au cours de la réalisation du mémoire ont révélé que le système des ALD a été reconnu comme entraînant parfois certains abus : par

⁴² Ces différentes spécialités sont celles retenues dans le décret n°2006-73 du 24 janvier 2006 pour faire l'objet d'un SIOS.

⁴³ Article L322-3 CSS.

⁴⁴ Affections inscrites sur une liste établie par décret après avis de la Haute Autorité de Santé à l'article L161-37 CSS.

exemple, le taxi est aussi remboursable quand une ALD est déclarée. Ceci est le système des taxis conventionnés.

Or, la géographie de la Corse pose le problème des personnes vivant dans des villages difficiles d'accès, et loin des villes : ainsi, des demandes, parfois injustifiées, sont faites pour appartenir à la catégorie ALD et donc bénéficier du taxi gratuit et par extension, à tous les autres moyens de transport.

Les demandes de départ sur le continent seront ainsi dans ces cas-là acceptés immédiatement, alors qu'à la base, une erreur de jugement a pu être faite quant à l'état de santé réel du patient.

Le lien avec les conditions matérielles se fonde sur des pathologies souvent très lourdes, pour lesquelles certains soins doivent être obligatoirement effectués dans un service spécialisé. Il est ainsi nécessaire de partir pour être pris en charge à certains moments, même si des soins, moins importants, pourront être faits sur place et éviter de nouveaux départs.

➤ Les maladies rares ou maladies orphelines

Ce type de pathologies pose de manière flagrante le problème des flux sanitaires. Si ces maladies ne concernent qu'un pan restreint de la population nationale en générale, et par là-même de la population corse, elles restent l'exemple même de la nécessité de partir au regard de l'inadéquation de l'offre du territoire. En effet, pour certaines pathologies, il s'avère qu'il n'existe qu'un centre national voire un ou deux spécialistes pour tout le territoire national, ce qui impose une prise en charge très lourde, passant par des allers et venues constants et contraignants pour la personne concernée.

Ainsi, les flux sanitaires sont ici incontournables pour une prise en charge effective et optimale de la personne.

➤ Une offre parfois inadéquate à la demande

Parallèlement à ce qui a été développé ci-dessus, des problèmes peuvent également se poser quand l'activité existe mais que la demande est trop importante.

Ceci va entraîner un temps d'attente pour un examen bien trop important, ce qui conduit irrémédiablement le patient à partir sur le continent, afin d'être pris en charge rapidement.

L'association « Imagerie-Santé-Avenir »⁴⁵ réalise depuis plusieurs années une enquête nationale auprès des structures disposant d'une « Imagerie par résonance magnétique » pour savoir quel était le délai d'attente pour obtenir une consultation⁴⁶.

⁴⁵ Cette association a pour mission un rôle de conseil stratégique, ainsi que l'organisation de campagnes sur la situation de l'imagerie en France.

⁴⁶ L'enquête se focalisait plus précisément sur une demande de rendez-vous dans le cas d'une suspicion de métastases.

Ainsi, de fortes disparités entre les régions ont été constatées, et la Corse fait partie des régions où le délai d'attente est le plus long à savoir en moyenne entre 40 et 50 jours d'attente.

Dans ces cas-là, l'activité existe sur le territoire, mais est insuffisante au regard de la demande.

Dès lors, les patients font une demande pour être pris en charge sur le continent, mais cette demande risque de ne pas être prise en compte car l'activité existe bien dans la région.

Ainsi, il est difficile de juger de la décision du patient qui préfère être rassuré en étant pris en charge rapidement, et ainsi créer un effet de fuites, très probablement non remboursable malgré une situation discutable.

2.1.2. Les déplacements dans l'île ne sont pas toujours économiques.

➤ Le contexte géographique ne joue pas toujours en faveur de l'état de santé des patients

La géographie du territoire corse est assez complexe ; ainsi le trajet, de 150 kilomètres à peine entre les deux grandes villes Ajaccio et Bastia, est de 3h, temps qu'il faut néanmoins allonger selon les saisons, mais selon l'état du patient. En effet, une personne qui doit être maintenue de manière stable entraîne une conduite extrêmement prudente. Au-delà du temps de trajet entre les deux grandes villes, la question du coût de ce trajet se pose.

Ainsi, pour le cas de la neurochirurgie, qui existe au Centre Hospitalier de Bastia, la situation est complexe, puisque les calculs effectués par les différentes caisses ont montré qu'un aller retour entre Ajaccio et Bastia par exemple était très cher. Le taxi, pour une telle distance et un tel temps de trajet, coûte plus cher que l'avion. Dans ce genre de cas, la MSA notamment accorde un bon de transport pour le continent, non seulement au regard de l'aspect économique, mais surtout par considération de l'état de santé de la personne, pour qui l'avion est plus supportable.

En outre, au-delà de la santé de la personne, on peut aussi se pencher sur l'infrastructure routière de l'île. Les deux grandes villes sont en effet reliées par une nationale, qui passe par un col d'altitude, souvent fermé en plein hiver pour cause de neige. Ainsi, en cas de fermeture de ce col, il faut longer les côtes de l'île pour pouvoir aller de l'une de ces deux villes à l'autre, ce qui rallonge fortement le temps de trajet en voiture.

Mais la question du trajet entre les deux grandes villes de Corse n'est qu'un premier problème parmi d'autres, car la région Corse est très montagneuse, parsemée de petites

routes parfois difficiles (nombreux tournants, ravins...), ce qui pose ainsi le problème des autres villes de Corse, mais aussi des petits villages plus ou moins isolés.

➤ Une recherche permanente d'un équilibre entre intérêt du patient et maintien d'une activité suffisante sur l'île

Il est parfois plus simple de prendre l'avion, voire le bateau pour se rendre sur le continent : les nombreuses conditions au voyage (état de santé de la personne, coût du trajet) sont souvent plus favorables dans le cas d'un flux sanitaire Corse-continent que dans le cas d'un maintien en Corse, sous prétexte que la spécialité exigée existe bien sur l'île.

Pour autant, cette question pose le problème de l'activité des structures : la question du coût doit être mise en balance avec l'activité des établissements ; si en raison d'un transport trop coûteux, les personnes de la région ne sont pas prises en charge dans l'établissement implanté sur le territoire, celui-ci ne répond pas aux conditions de son autorisation (seuil d'activité réglementaire), et voit donc son activité faiblir, ce qui peut entraîner la fermeture du service concerné.

2.2. L'influence des prescripteurs sur le choix du patient.

Par le terme générique de « prescripteurs », il s'agit bien de distinguer, et donc d'analyser la place tant des prescripteurs du continent (2.2.1) que ceux de Corse (2.2.2) dans l'orientation et le choix final du patient.

2.2.1. Les prescripteurs du continent.

La consultation d'un spécialiste du continent peut être sollicitée sous différentes formes. Généralement, les patients consultent dans un premier temps un médecin généraliste en Corse qui peut décider ainsi de faire partir son patient sur le continent car il souhaite le diriger vers un spécialiste.

Il est également possible que le médecin en Corse souhaite avoir un second avis sur un diagnostic. Dès lors, une fois sur le continent, la prise en charge peut entraîner de nombreuses consultations par un

Certains acteurs rencontrés évoquent l'effet de « clientélisme » : le patient est envoyé sur le continent simplement pour avis, mais le spécialiste du continent va le convoquer à nouveau, ce qui crée cet effet de fuite.

Enfin, il est également possible que le prescripteur du continent demande à ce que la personne puisse revenir afin d'assurer un suivi du dossier, mais aussi de lui permettre d'être soignée là où sa maladie a été dès le début prise en charge.

Ceci pose ainsi le problème du maintien de la personne dans un service qui n'est pas le seul à pouvoir la prendre en charge. En outre, le patient est généralement dans un lien de confiance fort, et souhaite rester auprès du professionnel qui le connaît et qui l'a soigné. C'est ici que le rôle des caisses est important pour contrôler si oui ou non les personnes ont réellement besoin de partir, et peuvent se voir remettre un bon de transport.

2.2.2. Le rôle déterminant des prescripteurs de Corse.

Le rôle des prescripteurs est essentiel, notamment dans l'orientation du patient. Au cours des entretiens, et notamment des entretiens téléphoniques⁴⁷ avec les médecins généralistes⁴⁸, il est apparu que le choix du médecin dans la destination n'était pas anodin.

En effet, les médecins de Corse choisissent de se tourner vers le CHU au sein duquel ils ont fait leurs études.

Les contacts professionnels, et le rapport de confiance qui se sont noués au fil des années, incitent très souvent les médecins de Corse à se tourner vers ceux qui les ont encadrés, et avec qui ils ont travaillé durant leur formation. En outre, le rôle du médecin de famille, et son influence ne sont pas à négliger.

En effet, le médecin est généralement le médecin de famille, habitué à soigner les membres, ou connaissant le dossier médical individuel.

Ainsi, sa légitimité est d'autant plus grande qu'un rapport privilégié s'est établi avec les patients et qu'il a donc un pouvoir de décision, ou du moins d'orientation non négligeable.

2.3. Les flux liés à la décision du patient

L'analyse porte sur les raisons du départ sur le continent, sur le choix de l'établissement, et sur la question de savoir si ceci aurait pu être fait en Corse. Dans la mesure où les raisons du refus d'être soigné en Corse sont relativement nombreuses, il s'agit d'étudier comment jouer sur ces fuites, et plus précisément comment intervenir afin de maintenir les patients en Corse.

Les raisons amenant le patient à refuser d'être soigné en Corse sont multiples :

➤ La recherche de l'anonymat

Une personne ne souhaitera pas être soignée en Corse car elle ne souhaite pas que sa pathologie soit connue. En partant sur le continent, il est plus facile de maintenir une certaine discrétion sur sa situation.

⁴⁷ Cf Annexe 8.

⁴⁸ Si peu d'entretiens ont pu être réalisés, ceux-ci ont malgré tout été corroborés par les réflexions des personnes rencontrées.

Les pathologies et les opérations qui peuvent amener les patients à partir sont très souvent le VIH, les situations liées de psychiatrie, ainsi que les soins de chirurgie esthétique...

Ces départs ne pourront être pris en charge par l'assurance maladie si des soins existent en Corse. Ce genre de situations est très délicat; car il est tout à fait compréhensible que les personnes souhaitent protéger leur vie privée ; or, les règles imposées quant aux remboursements des déplacements restent strictes.

➤ *Le sentiment d'être mieux soigné ailleurs.*

Même s'il existe de bonnes structures en Corse, et que les soins proposés sont adaptés, certains patients voudront partir sur le continent.

Pour certains, « *le meilleur médecin, c'est l'avion* » : cette expression illustre ce comportement et a par ailleurs été reprises dans certains articles de journaux.

Ce seront avant tout les personnes qui ne sont pas originaires de l'île, comme par exemple les retraités, et qui préfèrent donc être soignées dans un lieu qu'elles connaissent. Ceci s'accompagne très généralement du fait qu'elles ont des proches dans ces endroits, et qu'elles s'y sentent donc mieux.

Mais la volonté de partir en pensant que la prise en charge sera meilleure sur le continent peut aussi venir des usagers corses. En effet, les mauvaises expériences de proches par exemple, mais aussi tout simplement personnes qui restent persuadées que leur prise en charge sera plus adaptée ailleurs.

Ce type de décision peut poser la question de l'information des patients. En effet, cette attitude peut également venir d'une mauvaise connaissance de l'offre de soins locale, et de ce fait, d'une appréhension infondée quant à leur prise en charge adaptée sur le territoire.

2.4. L'enquête téléphonique réalisée en 2000 par l'ORS

Dans le cadre de l'étude des flux sanitaires, une étude téléphonique a été menée en 2000 par l'ORS de Corse afin de connaître l'avis des usagers sur leur choix du lieu de leur prise en charge sanitaire⁴⁹.

2.4.1. Les objectifs de l'enquête

Le groupe de travail a choisi de cibler parmi l'ensemble des ménages résidant en Corse, ceux dont au moins une personne du foyer avait eu recours à des soins importants dans les cinq dernières années, cette personne vivant en Corse à l'époque des soins⁵⁰.

⁴⁹ Le groupe de travail était composé de la statisticienne de la DSS, du statisticien de l'URCAM, du médecin-conseil du service médical de la CPAM 2A, d'un médecin généraliste représentant l'URLM, du directeur de l'ORS et du médecin de santé publique de l'ORS.

⁵⁰ L'enquête a été soumise au préalable au contrôle de la CNIL qui a émis un avis favorable.

Si cette enquête date de 10 ans maintenant, l'ORS, après avis, a considéré que cette enquête était toujours exploitable. Or, dès 2000 a été mis en avant le caractère « qualitatif subjectif » de l'enquête, dans la mesure où l'avis présenté peut varier.

Ceci est d'autant plus vrai au regard des années écoulées depuis cette enquête, celle-ci restant malgré tout pertinent, notamment par le fait que les réponses données par les personnes sont celles qui sont revenues lors d'entretiens avec les caisses primaires sur les raisons à donner aux départs sur le continent.

Sur les 3620 appels effectués, 1243 réponses répondaient aux critères d'inclusion de l'enquête, et a permis de faire ressortir certains constats.

L'ensemble des questionnaires relatés a été scindé en deux groupes :

- L'expérience de l'interlocuteur d'un départ sur le continent pour soin au sein d'un foyer
- L'expérience de l'interlocuteur d'un soin réalisé sur place au sein du foyer

2.4.2. Résultats de l'enquête et apports au regard de la situation des flux en 2010.

Cette enquête a été essentielle pour avoir une meilleure connaissance de l'avis des personnes étant parties sur le continent. Les résultats de l'enquête ont permis de constater comment les résidents corses appréhendaient les soins en Corse, et doivent également mis être en parallèle avec les flux tels qu'ils s'organisent dix ans après l'étude.

- Le constat majoritaire d'une confiance dans les structures locales malgré de nombreux départs liés au scepticisme de certains usagers corses.

Il s'agit ici d'axer l'étude de cette enquête principalement sur les raisons du départ sur le continent.

Dans les cas d'une expérience au sein du foyer d'un départ pour soin, différentes questions ont été posées.

A celle de savoir si les personnes pensaient que le soin était pratiqué en Corse, deux personnes sur cinq ont répondu « oui », et ont donc décidé de partir sur le continent en application du libre-choix.

A contrario, trois personnes sur cinq partent « par obligation », pensant que le soin n'existe pas en Corse.

Ensuite, à la question « si ce soin avait été réalisable en Corse, pensez-vous qu'il y aurait eu départ ? », sept personnes sur dix ont répondu Non, et privilégient le soin sur place, tandis que trois personnes sur dix seraient parties malgré tout.

Pour les personnes qui sont parties en sachant qu'il existait le soin sur place, les raisons qui les poussaient à agir dans cette direction sont les suivantes :

- Le manque de confiance
- Les conseils du médecin

- Des raisons médicales
- Une technicité locale jugée insuffisante
- Une insatisfaction pour des soins antérieurs
- La connaissance ou la renommée de l'équipe
- Une possibilité de globalité des soins
- Des raisons pratiques

Pour les personnes qui ne savaient pas que le soin existait sur place et qui seraient partis même en l'ayant su, les raisons de ce choix sont les suivantes :

- Le manque de confiance
- La renommée du service
- Une insatisfaction pour des soins antérieurs
- Une technicité locale jugée insuffisante

Ceci correspondrait donc aux personnes qui partent, ou partiraient toujours, en application du principe fondamental de libre choix du système de santé français.

Il est à noter que le questionnaire était également à destination des personnes restées sur place pour que le soin soit réalisé. A la question de savoir si le choix d'un soin réalisé sur place était délibéré, cinq personnes interrogées sur six ont répondu que cette décision était en effet choisie, tandis qu'une personne sur six considère que c'est une situation particulière qui a motivé le choix de rester sur place, tels que l'urgence de la prise en charge, les conseils du médecin, les raisons financières, les raisons familiales ou bien encore un problème de transport.

Les conclusions tirées de cette enquête ont avant tout été estimées comme devant être prises avec précaution, car les avis étaient pris à un moment donné, et étaient donc très probablement variables. Malgré tout, cette enquête a permis de constater un réel attachement de la population au système de soins insulaires, mais également de voir se dégager une probable méconnaissance de l'offre de soins insulaire, qui pousserait ainsi certains usagers à préférer être pris en charge sur le continent.

➤ *L'enquête au regard des évolutions réglementaires et techniques depuis ces dix dernières années.*

Si l'enquête date de 2000, les informations qu'elle apporte sur les raisons des départs des usagers corses, ou sur le fait qu'ils soient au contraire pris en charge en Corse restent pertinentes à l'heure actuelle.

Cependant, dix ans après, des évolutions notables ont marqué la prise en charge des usagers ; ainsi, si les différentes causes avancées par les patients lors que l'enquête téléphonique demeurent les mêmes, leur ordre aura certainement changé depuis.

Avant tout, la question du parcours coordonné a joué sur le patient. En effet, ceci a permis de diminuer les consultations parfois abusives de plusieurs professionnels par un seul et même patient. En ayant à passer par son médecin traitant pour être réorienté par la suite quant à de nombreuses spécialités, le patient ne peut donc plus décider de consulter trop souvent, à moins d'une augmentation notable du montant de chaque consultation effectuée en dehors de ce parcours de soins.

Par cette action, on peut donc noter que depuis ces dernières années, la responsabilisation du patient est un objectif essentiel et général dans la prise en charge.

Depuis 2000, l'évolution des techniques a également permis de jouer sur l'organisation des flux. Pour l'orthopédie par exemple, le développement de cette spécialité en Corse a directement contribué à la diminution des fuites vers le continent

Enfin, au cours des entretiens menés pour ce mémoire, il a souvent été fait référence à la réglementation plus coercitive en matière de bon de transport de la part des caisses d'assurance maladie.

Ainsi, par exemple, la procédure du « bord à bord » a modifié beaucoup de choses dans l'organisation des flux.

La volonté enfin de ne remettre des bons de transport vers le continent qu'en cas d'absence de spécialités en Corse fait partie des éléments ayant joué sur une certaine évolution des mouvements de patients, et donc aussi sur leur décision.

3. La diminution des flux dans une optique d'amélioration de la prise en charge des usagers corses.

Au vu des diverses raisons pour lesquelles les usagers corses partent sur le continent pour être soignés, la réponse à ces fuites doit forcément être multiple pour répondre de la manière la plus optimale à la problématique sensible des flux (3.1) ; cependant, certaines fuites sur le continent ne sont pas forcément faciles à réduire, dans la mesure où elles représentent un taux incompressible, qui pour le moment, reste inchangé (3.2).

3.1. Mener une action plurielle

La diminution des flux sanitaires entre la Corse et le continent nécessite différentes mesures, ayant pour cible tous les acteurs de ces flux, comme les patients, les techniques dans un sens très large (matériels, outils, professionnels).

Ainsi, si différentes actions peuvent être menées sur le patient (3.1.1) et sur les techniques (3.1.2) en les adaptant aux différentes causes des flux sanitaires, la question du coût de maintenir l'activité en Corse malgré un coût plus important qu'un départ (3.1.3) se pose obligatoirement. Enfin le rôle de l'inspecteur quant aux actions qui peuvent être menées (3.1.4) doit également être étudié, notamment au regard du positionnement adopté par l'ARS.

3.1.1. Agir sur le patient

C'est le côté aléatoire des flux : en effet, il est très difficile de jouer directement sur les personnes. Cependant, certaines actions peuvent être mises en place, plus ou moins contraignantes, afin, si l'on ne peut agir sur la volonté du patient, tenter de contraindre celui-ci à changer son mode de fonctionnement.

➤ Une meilleure information du patient

C'est la solution la moins lourde. Cette information va passer par les professionnels de santé, qui vont expliquer aux patients en quoi rester sur le territoire pour être soigné est plus simple. L'ARS notamment peut avoir un rôle à jouer quant à l'information, notamment par le pôle « prévention et promotion de la santé ». En effet, il peut être préconisé que les professionnels de santé, notamment par le système du parcours coordonné, d'informer leurs patients sur les modalités de prise en charge en Corse.

➤ Le développement de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) pour encadrer les flux sanitaires⁵¹.

L'éducation thérapeutique du patient peut également être envisagée comme moyen d'action directe sur le patient. La définition retenue est celle d'un rapport réalisé par

⁵¹ Dans son guide méthodologique de juin 2007, la HAS a défini l'ETP ainsi que ses finalités et son organisation.

l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) Europe en 1996⁵² ; ainsi, l'éducation thérapeutique du patient « vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie ».

L'ETP participe à l'amélioration de la santé du patient, de sa qualité de vie et de celle de ses proches. La condition est que cette ETP puisse être mise en place et accomplie dans le cadre d'un programme structuré, et adapté au patient.

Les finalités spécifiques de l'ETP sont l'acquisition et le maintien par le patient de compétences d'autosoins et la mobilisation ou l'acquisition de compétences d'adaptation.

Si la première action proposée est celle d'améliorer l'information du patient, l'ETP va plus loin dans la participation active du patient et dans une démarche formelle avec la réalisation d'un programme.

Ainsi, il serait intéressant d'utiliser l'ETP comme moyen d'action sur le patient. En effet, le programme personnalisé qui serait constitué pourrait donc proposer un soutien au patient à proximité, ce qui permettrait à ce dernier de sentir une véritable cohésion autour de lui, et facile à atteindre.

Le ou les professionnels qui le suivent (tant son médecin traitant en Corse, que les médecins du continent) pourraient se concerter pour permettre au patient de rester chez lui, et d'affronter la maladie plus aisément, notamment en ne supportant pas des trajets qui renforcent le sentiment d'une situation complexe et difficile.

Ainsi, si l'on permet au patient de rester sur place, et si celui-ci accepte ce mode de fonctionnement, celui-ci aurait moins besoin de partir, et donc les flux seraient en nette diminution.

➤ *Le respect et la recherche de la qualité comme fil rouge de l'amélioration des techniques*

Si les actions menées auprès des patients pour les inciter à rester sur le territoire corse sont essentielles pour éviter les abus, responsabiliser le patient et assurer une activité suffisante en Corse, la question se pose malgré tout des soins délivrés localement.

⁵² Rapport OMS-Europe, « *Therapeutic Patient Education – Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease* », 1996.

En effet, maintenir les patients en Corse suppose que la prise en charge soit optimale. Dès lors, obliger les patients à être soigné sur le territoire suppose une réponse de qualité et adaptée.

Si l'offre de soins en Corse équivaut à celle vers laquelle les patients souhaitent se tourner, il est alors envisageable d'opposer au patient un déremboursement.

3.1.2. Agir sur les techniques et les professionnels

Comme l'a signifié le médecin-conseil de la CPAM de Corse-du-Sud lors de l'un de nos différents entretiens, « chaque avancée en Corse et l'acquisition de compétences diminuent les flux sanitaires ».

Ainsi, il est important, afin de tendre à une diminution sensible des flux, de réfléchir à une modernisation et à une plus grande technicité de l'existant, au regard des besoins et des capacités du territoire corse.

➤ La décentralisation des techniques comme innovation

Il y a des contraintes d'organisation sanitaire, de sécurité sanitaire, de rareté des maladies, d'hyperspécialisation.

Par exemple, pour les maladies cardiovasculaires, l'innovation est la décentralisation de techniques : il est à noter que l'ophtalmologie par exemple en a bénéficié.

Pour l'ophtalmologie, des gens partaient sur le continent pour être opérés de la myopie ; cette chirurgie « de confort » n'est pas remboursée.

Ainsi, des spécialistes, tant dans le secteur privé que public, se sont installés en Corse.

La chirurgie de confort se développe rapidement : myopie, chirurgie esthétique, or les départs sont importants et difficiles à repérer dans les bases car il n'y a pas de remboursement.

Or, par le biais des demandes, une réflexion pourrait être menée sur les spécialités recherchées par les usagers corses, et entraînant ainsi un effet de fuites.

Dans cette optique de décentralisation des techniques, et par là-même d'ouverture sur de nouvelles spécialités, le Directeur Général de l'ARS de Corse a annoncé, fin 2010, la création d'un plateau de cardiologie interventionnelle porté par le Centre Hospitalier d'Ajaccio et le groupe des cliniques ajacciennes⁵³.

Ceci représenterait une amélioration du plateau technique hospitalier en Corse. Un autre effet, au-delà de l'attractivité certaine pour les professionnels, serait une possible diminution des flux sanitaires.

En effet, la chirurgie cardiaque étant inexistante en Corse, les flux induits par cette spécialité faisaient partie de ceux relevant du taux incompressible, c'est-à-dire qu'ils ne

⁵³ Informations issues de la conférence de presse trimestrielle de l'ARS de Corse qui s'est tenue le 13 décembre 2010.

pouvaient pas être diminués puisque le soin exigé pour la prise en charge ne pouvait être effectué dans la région Corse.

Or, la chirurgie cardiaque pose le problème de l'urgence de l'intervention, et du risque d'attente à laquelle pouvait être soumis le patient.

Dès lors, introduire cette spécialité représenterait une avancée médicale extrêmement importante pour la région.

L'action sur les flux, par l'amélioration des techniques serait ici probante. Il s'agit maintenant pour l'ARS de créer une coopération optimale entre les établissements, afin de s'assurer d'une véritable compétence en la matière, et ainsi de dynamiser cette activité de soins sur la Corse, tant pour répondre à la demande constituée par les résidents corses, mais aussi, à terme pour réaliser également une réelle attractivité, notamment des professionnels de santé.

Les entretiens réalisés pour ce mémoire ont souligné que l'introduction de spécialités exige beaucoup de temps, notamment du fait d'une réorganisation sanitaire, de l'impact sur l'offre de soins territoriale. Cependant ces spécialités sont amenées, dans la mesure du possible, à changer significativement le système.

Par ailleurs, l'implantation de nouvelles spécialités implique l'assurance d'une véritable qualité. Cette question représente un enjeu majeur pour la conduite d'un service, notamment s'il est nouveau.

➤ Mise en place de collaboration inter hospitalière et actions sur les regroupements pour favoriser la mutualisation des techniques

Le système de soins doit être égalitaire, ce qui a des conséquences sanitaires réelles sur le regroupement des structures.

Au sein de la médecine, il est parfois incontournable de partir sur le continent ; ces changements sont difficiles à mener car il faut des regroupements efficaces.

La mise en place d'une réelle collaboration entre des établissements continentaux et corses a déjà vu le jour, et amène à renforcer cette tendance.

Ainsi, le service de neurochirurgie à Bastia pratique entre 350 et 380 interventions chaque année.

Cependant, des patients doivent partir sur le continent pour être pris en charge lorsque les pathologies se révèlent complexes.

C'est pourquoi le Centre Hospitalier de Bastia a décidé de signer une convention d'une durée de cinq ans avec les CHU de Marseille et de Nice. Cette convention fait également suite aux préconisations du SIOS 2007-2012, qui, tout en rappelant que si l'hôpital de Bastia a la seule autorisation de neurochirurgie de la Corse, ce dernier n'atteignait pas le seuil d'activité minimale en raison de fuites vers le continent.

La collaboration entre les trois hôpitaux permettra aux médecins bastiais de suivre des formations.

En outre, des consultations, voire des opérations pourront être assurées par les neurochirurgiens de Nice et de Marseille.

Ainsi, les différences de compétences entre les divers établissements hospitaliers exigent d'établir des conventions de coopération entre les établissements.

➤ Renforcer le plateau technique existant

L'ARS de Corse a annoncé en décembre 2010, lors de sa conférence de presse, la modernisation du Centre Hospitalier de Bastia, qui pourrait notamment passer par une modernisation du service de neurochirurgie, au travers par exemple d'une plus grande capacité au niveau des personnels, ou du développement de techniques comme par exemple le développement de la télémédecine.

Cette modalité est différente de celle énoncée précédemment, à savoir maintenir des coopérations avec les établissements sur le continent, et donc de conserver certains soins comme « externalisés ».

Il est nécessaire que les établissements se donnent les moyens pour se renforcer dans ces spécialités.

➤ Développer la télémédecine

Il apparaît que pour certains patients, un déplacement sur le continent, dans le cadre d'une consultation auprès du médecin ou du spécialiste qui les a pris en charge, peut se révéler.

Il pourrait ainsi être intéressant de développer le système de la télémédecine, pour que seuls les données, informations et échanges de techniques circulent, ce qui permettrait au patient de ne pas se déplacer, souvent d'ailleurs pour des consultations rapides, et qui l'obligent à une organisation lourde.

Ainsi, le développement du service de neurochirurgie de Bastia passe par l'utilisation de cette pratique en liaison avec les établissements continentaux. Il est prévu la transmission de clichés sous support informatique, ce qui évitera notamment au patient des déplacements sur le continent.

Par ailleurs, cette dynamique devrait permettre d'organiser de nouvelles interventions qui ne sont pas pratiquées à l'heure actuelle.

En effet, un spécialiste du continent pourrait recevoir au moyen de la télémédecine, tous les examens effectués avant l'opération, et ensuite se déplacer dans la région pour effectuer l'opération.

Le décret de 2010⁵⁴ relatif à la télémédecine a pour objet précisément le développement de la télémédecine, ce qui annonce une innovation dans ce domaine, et le rôle majeur des ARS dans ce domaine⁵⁵.

3.1.3. Le maintien de l'activité en Corse et son coût

Lors des entretiens, la question du coût est souvent revenue comme problématique majeure, liée directement à l'organisation des flux entre la Corse et le continent.

En effet, la géographie de la Corse ne facilitant pas les trajets rapides, il a été constaté qu'il était plus onéreux d'effectuer le trajet Ajaccio-Bastia que de faire du « bord à bord ».

Ainsi, même si l'activité existe, le déplacement sur le continent du patient est pris en charge dans la mesure où cela revient moins cher qu'un déplacement en Corse.

Or, cela est une question importante dans la mesure où il s'agit de concilier l'aspect financier et l'aspect technique.

Toutefois, dans certains entretiens, il est apparu que l'activité d'un service prime : même si le déplacement sur le continent est moins onéreux, il faut aussi promouvoir l'activité des structures de l'île.

En outre, si l'on ne donne pas les possibilités pour un service de fonctionner, cela va non seulement l'empêcher de répondre aux conditions réglementaires de son ouverture, mais aussi empêcher le personnel travaillant sur ce service de multiplier les opérations et donc de mettre en œuvre ses compétences, et donc d'acquérir une certaine expérience.

3.2. Le taux incompressible des flux limite leur diminution

Mais la diminution des flux ne peut être envisagée comme une action globale.

En effet, les entretiens avec les différents professionnels, les données recueillies ont permis de constater qu'il existait un taux incompressible des flux.

Cela signifie que si des actions sont menées sur le patient, sur le comportement des médecins prescripteurs ainsi que sur les structures et plateaux techniques de la région, ceci ne pourra pas répondre à toutes les fuites sur le continent.

Ainsi, la question du libre-choix du patient met un frein à la volonté de le maintenir sur le territoire, notamment par de nouvelles techniques (3.2.1) ; or, le caractère de la région Corse ne lui permet pas par ailleurs de développer indéfiniment de nouvelles techniques, dans la mesure où l'activité nécessaire pour maintenir certaines spécialités risque de ne pas pouvoir être suffisante (3.2.2).

⁵⁴ Décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine.

⁵⁵ Cf Annexe 9.

De manière assez contradictoire malgré tout, le problème de désorganisation dans la région peut aussi jouer sur l'importance, au regard de l'état de santé du patient, de laisser ce dernier partir pour une prise en charge optimale (3.2.3).

3.2.1. Le libre-choix du patient

La liberté de choix du patient est très souvent revenue dans les différents entretiens. Cette problématique se pose notamment dans le cas où il n'existe qu'un service en Corse pouvant répondre à la demande. Le système de santé est fondé sur le libre-choix ; or, si un seul professionnel est compétent localement, ce libre-choix ne peut être respecté.

Ensuite, cette problématique se pose également lorsque des professionnels d'une même spécialité se trouvent en Corse et le continent.

Ainsi, peut-on empêcher de laisser partir lorsqu'un choix multiple s'offre au patient, et que celui-ci voudrait choisir ce qu'il semble le mieux pour lui ?

La question du choix pose celle de l'aspect consumériste des soins. Par exemple, le palmarès des hôpitaux, publié chaque année, a pour effet de proposer des éléments de choix aux patients. Ceci viendrait à contredire le fait de maintenir une personne sur son territoire, ou même le principe du « bord à bord ».

En effet, il peut ne pas être évident pour l'utilisateur que cette règle ait des effets financiers importants. La personne souhaitera aller là où elle l'entend et là où sa prise en charge lui donne confiance.

3.2.2. Le développement des plateaux techniques est contraint par la dimension du territoire

La Corse, au vu de sa géographie et de sa population sensiblement faible par rapport aux autres régions françaises (300 000 habitants), ne pourra pas devenir une région d'attractivité accrue.

Les médecins interrogés insistent sur cette réalité. Pour l'un d'entre eux, si la question de la diminution des flux est importante, il semble que ces derniers aient atteint un seuil incompressible.

La question majeure pour un territoire de santé réside dans la capacité d'y maintenir le taux d'activité qui a été prévu. Ainsi, pour la Corse il est essentiel, au regard des besoins identifiés, de prévoir quelle est l'activité la plus pertinente à développer.

Conclusion

Au regard des différents entretiens menés, des recherches effectuées au cours de la réalisation du mémoire, et de la rédaction de celui, la problématique des flux sanitaires entre la Corse et le continent, et plus précisément du constat des fuites de la Corse vers le continent, est apparue comme un enjeu actuel fort.

Tout d'abord, cette question ne touche pas la Corse en particulier, mais est bien une problématique commune à toutes les régions, car ces dernières subissent toutes cet effet des flux, qu'il soit dans le sens d'une attractivité, ou bien d'une réelle fuite vers d'autres territoires.

Si chacun des territoires possède ses particularités qui le pousse à avoir des modes d'actions différents, la question des flux pourrait faire l'objet d'une évaluation générale, notamment dans la nouvelle loi de santé publique par exemple.

Ainsi, l'un des objectifs spécifiques pourrait être de mener des actions spécifiques à chaque région sur le territoire, mais également de collaborer avec les régions qui accueillent les patients.

En Corse, le constat est celui de « fuites », mais aussi celui de la diversité de leurs causes.

Mais cette multiplicité des raisons pour lesquelles les résidents corses partent sur le continent entraîne de ce fait la nécessité d'apporter des réponses adaptées.

Dès lors, un travail doit être mené autour de cette question, l'ARS va être au cœur de cet enjeu majeur pour la région.

En effet, par ses missions de planification, d'étude des besoins sur le territoire en termes de santé, l'agence doit définir une politique adaptée au territoire.

Par cette responsabilité, l'IASS aura un rôle prédominant à jouer notamment dans le cadre du PRS, qui est aujourd'hui l'outil essentiel pour cadrer la politique de santé du territoire et impulser des actions au regard des axes désignés comme prioritaires.

Au-delà des outils à disposition, et des rôles que chacun des acteurs possède, il est important d'analyser les flux sous l'angle plus général de l'égalité face aux soins.

En effet, les départs vers une autre région mieux dotée, ou liés à un problème d'attente posent également le risque d'une médecine « à deux vitesses », car les inégalités territoriales sont nombreuses, et influent directement sur les patients et sur leur état de santé.

Il est essentiel de poser cette problématique comme fil rouge des actions en faveur d'une diminution des fuites vers le continent. En outre, même dans le cadre de flux

injustifiés, cet élément doit être pris en compte, pour voir si justement, les résidents ne se sentent pas lésés, et donc pas traités sur un même pied d'égalité.

Ainsi, cette problématique des flux pose de nombreux enjeux, car elle touche à plusieurs problématiques, telles que les besoins de la population, les techniques qu'il est nécessaire d'améliorer ou d'installer sur le territoire, mais aussi la coordination entre les acteurs.

En effet, de nombreux acteurs interviennent dans le champ des flux sanitaires, comme les caisses d'assurance maladie, l'administration (par l'ARS), les établissements sanitaires, les spécialistes, mais aussi les patients et leurs proches.

Dès lors, il paraît opportun, en menant le travail sur la question des flux, de promouvoir une réflexion globale sur les objectifs stratégiques à définir comme cadre d'actions plus spécifiques.

L'ensemble des acteurs doit être associé à cette réflexion globale, illustrant ainsi le principe de la « démocratie sanitaire ».

Par ailleurs, par les enquêtes menées auprès des établissements, mais également directement auprès des médecins et des usagers, les réponses apportées seront en cohérence avec les modalités d'actions mises en avant

Enfin, il est intéressant de voir comment le niveau régional et le niveau national pourront s'articuler. En effet, au regard de la réglementation adoptée, il s'agit d'étudier de quelle manière l'ARS notamment jouera son rôle de coordonnateur du niveau régional, tout en adaptant les mesures prises nationalement pour une efficacité réelle.

Cette question se pose notamment pour la télémédecine par exemple, qui a été posée comme une innovation importante, et qui doit être appréciée sur chaque territoire.

En outre, la problématique des flux sanitaires a permis d'illustrer la diversité du métier d'inspecteur. Il intervient dans l'élaboration de la politique de l'ARS, par le biais de l'évaluation des besoins à partir de laquelle est arrêtée la planification sanitaire, de l'analyse économique, de la connaissance et de la mise en place de nouvelles techniques.

Dans cette démarche, l'association des différents acteurs est essentielle (établissements de santé, assurance maladie, usagers, professionnels de santé...).

L'enjeu des flux tiendrait donc en cette problématique majeure : une prise en compte des besoins d'un territoire, de l'offre dont il dispose, et des innovations dont il est capable, sans toutefois laisser de côté le principe de l'égal accès aux soins pour n'importe quel individu et quel que soit son lieu de résidence.

Bibliographie

Références juridiques :

➤ LOIS

- Adoption par l'Assemblée Nationale, Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, JORF n°179 du 2 août 1991, page 10255 ;
- Adoption Assemblée Nationale et Sénat, Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, JORF n°190 du 17 août 2004, p.14598
- Adoption Assemblée Nationale et Sénat, LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF n°0167 du 22 juillet 2009, p.12184

➤ Décrets et arrêtés

- Premier Ministre, décret n°2000-1282 du 26 décembre 2000 portant création de l'ATIH et modifiant le CSP, JO du 29 décembre 2000.
- Premier ministre, décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine, JORF n°0245 du 21 octobre 2010.
- Ministre de la Santé, de la famille et des personnes handicapées, arrêté du 31 décembre 2003 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie ou obstétrique et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique, JORF n°35 du 11 février 2004, p.2789.

➤ Circulaires

- Ministre de la Santé et des Solidarités, circulaire n°DHOS/04/2006/97 du 6 mars 2006 relative aux schémas interrégionaux d'organisation sanitaire.

➤ Codes

- Code la Santé Publique
- Code de la Sécurité Sociale

Sites Internet (consultés à plusieurs reprises lors de l'élaboration du mémoire) :

- URCAM de Corse : www.corse.assurance-maladie.fr
- ARH Corse : www.parhtage.sante.fr/re7/cor/site.nsf
- Site de l'assurance maladie : www.ameli.fr/
- Institut National du Cancer (INCa) : www.e-cancer.fr/

- Legifrance : www.legifrance.gouv.fr
- Fédération Hospitalière de France : - www.fhf.fr
 - etablissements.fhf.fr/
- Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation : www.atih.sante.fr/
- Préfecture de Corse : www.corse.pref.gouv.fr/
- MFP Services : www.mfpservices.fr/
- PLFSS et plan national d'actions de MMD sur les prescriptions hospitalières : www.securite-sociale.fr

Rapports

- Le directeur de l'Agence Régionale de l'hospitalisation, arrêté n°06-047 du 25 juillet 2006, « SROS 3^e génération, Région Corse, 2006-2011 ».
- Observatoire Régional de Santé, Région Corse :
 - ORS, 2007, « Du PMSI aux OQ, les bases à l'état brut du PMSI 2006 en région Corse ».
 - ORS, 2000, Enquête téléphonique réalisée par l'ORS.
- Schéma Interrégional d'Organisation Sanitaire, Inter Région Sud – Méditerranée Languedoc Roussillon PACA Corse, 2007-2012.
- OMS-EUROPE, 1996, « *Therapeutic Patient Education – Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease* ».

Autres documents

- PLFSS 2010, *Programme de qualité et d'efficience « maladie »*, 161p.
- CRSA, septembre 2010, Projet régional de santé de Bourgogne, « *les territoires de santé* ».
- Georges BROUN et collectif, 2002, « *Le plateau technique médical à l'hôpital* », éd. ESKA, 624p.

Mémoire professionnel

- POGGI Paula, 2009, *Adaptation de l'organisation des soins aux nouvelles réglementations pour la cardiologie interventionnelle : exemple de la Corse*, mémoire de l'EHESP, 46p.

Guides

- Annexe III de l'arrêté du 31 décembre 2003, *Guide Méthodologique de production des résumés de séjour PMSI en MCO*, 86p.

Etudes

- Etude INSEE, C. Bastelica, 2007, « *23 établissements et 5000 personnes pour soigner la population* ».

Liste des annexes

Annexe 1 : Suivi global des transports en 2009 – Régime général

Annexe 2 : Statistiques CPAM de Haute-Corse - 2010

Annexe 3 : Actes de médecins spécialistes libéraux réalisés pour des patients du régime général

Annexe 4 : Lieu de résidence des usagers corses hospitalisés au Centre Hospitalier d'Ajaccio

Annexe 5 : Lieu de résidence des usagers corses hospitalisés au Centre Hospitalier de Bastia

Annexe 6 : Lieu de résidence des usagers corses hospitalisés sur le continent

Annexe 7 : Liste des établissements sanitaires de Corse

Annexe 8 : Grille des entretiens téléphoniques menés auprès des médecins généralistes

Annexe 9 : Décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine

ANNEXE 1

SUIVI GLOBAL DES TRANSPORTS EN 2009 – REGIME GENERAL

Montants remboursés à fin décembre 2009

Caisse primaire	Prestations	PRESCRIPTEURS					TOTAL
		Omnipraticiens libéraux	Spécialistes libéraux	TOTAL libéraux	Etablissements	Autres	
201-Ajaccio	Ambulance	840 208	723 198	1 563 406	2 075 045	2 098	3 640 550
	V.S.L	271 238	274 902	546 140	556 028	201	1 102 370
	Taxi	1 061 197	777 079	1 838 276	1 550 181	371	3 388 828
	Autres frais de transport (y compris CBP)*	1 157 346	558 114	1 715 460	996 131	272	2 711 864
	TOTAL hors franchises	3 329 989	2 333 293	5 663 282	5 177 386	2 943	10 843 611
	Franchises	-12 173	-11 900	-24 073	-19 074	-12	-43 158
	TOTAL franchises	3 317 816	2 321 393	5 639 210	5 158 312	2 931	10 800 453
202-Bastia	Ambulance	1 710 374	570 408	2 280 782	2 607 522	1 072	4 889 376
	V.S.L	330 954	474 219	805 173	489 572	240	1 294 986
	Taxi	955 738	1 360 726	2 316 464	1 945 833	796	4 263 093
	Autres frais de transport (y compris CBP)*	868 569	424 449	1 293 018	1 086 646	2 833	2 382 497
	TOTAL hors franchises	3 865 635	2 829 802	6 695 437	6 129 573	4 941	12 829 951
	Franchises	-12 552	-12 258	-24 810	-12 608	-20	-37 438
	TOTAL franchises	3 853 083	2 817 544	6 670 628	6 116 965	4 921	12 792 514
Total Région	Ambulance	2 550 582	1 293 606	3 844 188	4 682 567	3 170	8 529 925
	V.S.L	602 192	749 122	1 351 314	1 045 601	442	2 397 356
	Taxi	2 016 935	2 137 805	4 154 740	3 496 014	1 166	7 651 920
	Autres frais de transport (y compris CBP)*	2 025 915	982 563	3 008 478	2 082 777	3 106	5 094 361
	TOTAL hors franchises	7 195 624	5 163 096	12 358 719	11 306 959	7 883	23 673 562
	Franchises	-24 724	-24 158	-48 882	-31 682	-32	-80 596
	TOTAL franchises	7 170 900	5 138 938	12 309 837	11 275 278	7 851	23 592 966

Montants remboursés à fin décembre 2008

PRESCRIPTEURS					TOTAL
Omnipraticiens libéraux	Spécialistes libéraux	TOTAL libéraux	Etablissements	Autres	
733 421	760 947	1 494 367	2 143 668	2 932	3 640 968
225 503	301 388	526 891	556 207	130	1 083 227
798 236	614 006	1 412 242	1 550 303	781	2 963 326
1 076 365	524 323	1 600 688	966 894	266	2 567 848
2 833 525	2 200 663	5 034 188	5 217 072	4 109	10 255 369
-8 120	-9 258	-17 377	-16 877	-22	-34 276
2 825 405	2 191 406	5 016 811	5 200 195	4 087	10 221 093
1 649 294	574 748	2 224 041	2 681 036	1 983	4 907 060
260 685	407 868	668 553	449 161		1 117 714
819 151	1 113 933	1 933 084	1 799 587	1 127	3 733 797
960 485	554 399	1 514 884	934 586	2 756	2 452 226
3 689 615	2 650 948	6 340 562	5 864 369	5 867	12 210 798
-8 413	-8 330	-16 743	-10 587	-8	-27 337
3 681 202	2 642 618	6 323 820	5 853 783	5 859	12 183 461
2 382 714	1 335 694	3 718 409	4 824 704	4 916	8 548 028
486 188	709 256	1 195 444	1 005 367	130	2 200 941
1 617 387	1 727 939	3 345 326	3 349 889	1 908	6 697 123
2 036 850	1 078 721	3 115 572	1 901 480	3 022	5 020 074
6 523 139	4 851 611	11 374 750	11 081 441	9 975	22 466 167
-16 532	-17 588	-34 120	-27 463	-30	-61 613
6 506 607	4 834 023	11 340 631	11 053 978	9 945	22 404 554

Evolution

PRESCRIPTEURS					TOTAL
Omnipraticiens libéraux	Spécialistes libéraux	TOTAL libéraux	Etablissements	Autres	
14,6%	-5,0%	4,6%	-3,2%	-28,4%	0,0%
20,3%	-8,8%	3,7%	0,0%	55,4%	1,8%
32,9%	26,6%	30,2%	0,0%	-52,5%	14,4%
7,5%	6,4%	7,2%	3,0%	2,5%	5,6%
17,5%	6,0%	12,5%	-0,8%	-28,4%	5,7%
49,9%	28,5%	38,5%	13,0%	-45,5%	25,9%
17,4%	5,9%	12,4%	-0,8%	-28,3%	5,7%
3,7%	-0,8%	2,6%	-2,7%	-46,0%	-0,4%
27,0%	16,3%	20,4%	9,0%	.	15,9%
16,7%	22,2%	19,8%	8,1%	-29,4%	14,2%
-9,6%	-23,4%	-14,6%	16,3%	2,8%	-2,8%
4,8%	6,7%	5,6%	4,5%	-15,8%	5,1%
49,2%	47,2%	48,2%	19,1%	150,0%	36,9%
4,7%	6,6%	5,5%	4,5%	-16,0%	5,0%
7,0%	-3,2%	3,4%	-2,9%	-35,5%	-0,2%
23,9%	5,6%	13,0%	4,0%	240,8%	8,9%
24,7%	23,7%	24,2%	4,4%	-38,9%	14,3%
-0,5%	-8,9%	-3,4%	9,5%	2,8%	1,5%
10,3%	6,4%	8,7%	2,0%	-21,0%	5,4%
49,6%	37,4%	43,3%	15,4%	6,7%	30,8%
10,2%	6,3%	8,5%	2,0%	-21,1%	5,3%

ANNEXE 2

SATISTIQUES CPAM DE HAUTE-CORSE 2010

Statistiques ententes préalables (EP)

	Nb EP	Accord					
janv-10	734	617					
		avec Accpt*	taux 100%	taux 65%	Marseille	Nice	Paris
		463	517	100	453	130	8
févr-10	716	608					
		avec Accpt	taux 100%	taux 65%	Marseille	Nice	Paris
		440	493	115	468	114	6
mars- 10	816	674					
		avec Accpt	taux 100%	taux 65%	Marseille	Nice	Paris
		519	560	114	512	145	4
avr-10	760	647					
		avec Accpt	taux 100%	taux 65%	Marseille	Nice	Paris
		482	536	111	498	124	14
mai-10	701	601					
		avec Accpt	taux 100%	taux 65%	Marseille	Nice	Paris
		429	497	104	449	127	7
juin-10	788	673					
		avec Accpt	taux 100%	taux 65%	Marseille	Nice	Paris
		521	564	109	510	139	11
juil-10	571	486					
		avec Accpt	taux 100%	taux 65%	Marseille	Nice	Paris
		381	409	77	356	109	5
août-10	500	417					
		avec Accpt	taux 100%	taux 65%	Marseille	Nice	Paris
		333	344	73	316	91	3
sept-10	852	730					
		avec Accpt	taux 100%	taux 65%	Marseille	Nice	Paris
		552	595	135	527	171	10

- Accompagnant

ANNEXE 3

ACTES DE MEDECINS SPECIALISTES LIBERAUX REALISES POUR DES PATIENTS DU REGIME GENERAL

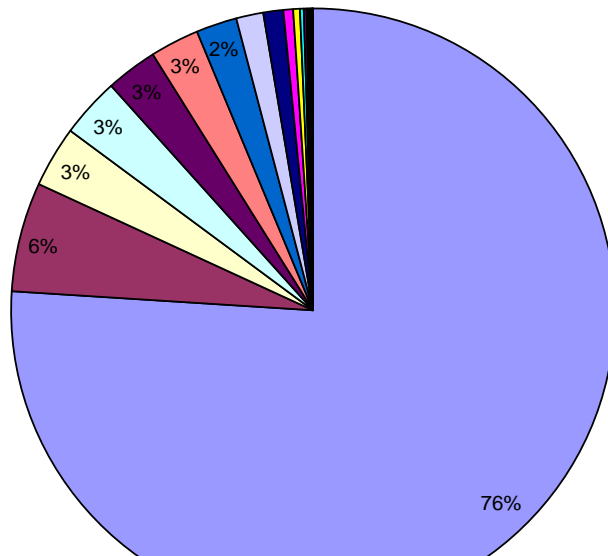
Actes de médecins spécialistes libéraux réalisés pour des patients du régime général (hors SLM)
en 2009

			Médecin			
PRS		Données	Corse	Hors Corse	Total	Part des médecins installés en Corse
ACO	ACTES D'OBSTETRIQUE	Nombre d'actes	858	21	879	98%
		Nombre de bénéficiaires	617	22	639	97%
ADA	ACTES D'ANESTHESIE	Nombre d'actes	28 988	2 930	31 918	91%
		Nombre de bénéficiaires	16 968	1 724	18 692	91%
ADC	ACTES DE CHIRURGIE	Nombre d'actes	22 770	2 876	25 646	89%
		Nombre de bénéficiaires	14 717	1 813	16 530	89%
ADE	ACTES ECHOGRAPHIE	Nombre d'actes	104 548	4 047	108 595	96%
		Nombre de bénéficiaires	54 982	2 784	57 766	95%
ADI	ACTES D'IMAGERIE (hors échographie)	Nombre d'actes	353 094	19 822	372 916	95%
		Nombre de bénéficiaires	77 671	4 940	82 611	94%
C	CONSULTATION	Nombre d'actes	84 970	4 459	89 429	95%
		Nombre de bénéficiaires	32 911	3 469	36 380	90%
CS	CONSULTATION SPECIALISTE	Nombre d'actes	218 184	13 563	231 747	94%
		Nombre de bénéficiaires	83 176	7 372	90 548	92%

ANNEXE 4

**LIEU DE RESIDENCE DES USAGERS
CORSES HOSPITALISES AU
CENTRE HOSPITALIER D'AJACCIO**

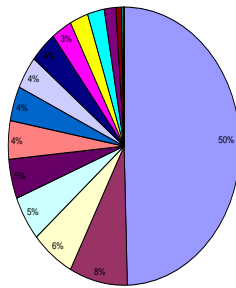
CENTRE HOSPITALIER D AJACCIO (25048)



ANNEXE 5

**LIEU DE RESIDENCE DES USAGERS
CORSES HOSPITALISES AU
CENTRE HOSPITALIER DE BASTIA**

CENTRE HOSPITALIER DE BASTIA (28822)

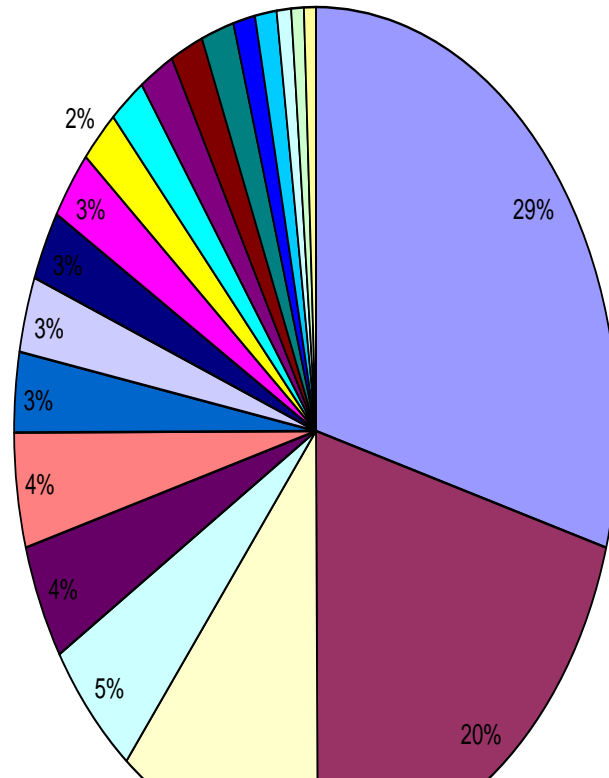


- Le Grand Bastia
- La Casinca
- Le Cap Corse
- Zone de Calvi
- La Bravone
- Non domicilié en Corse
- La Balagne
- Région de Corte
- Région du Travio
- Le Campuloru
- L'extrême sud
- Zone de St Florent
- Zone de Ponte Leccia
- Zo non renseignée
- Zone d'Ajaccio
- Sevi in fora
- Le Sarténais
- Le Valinco
- Sevi in dentu
- Le Taravo
- L'Alta Rocca

ANNEXE 6

LIEU DE RESIDENCE DES USAGERS CORSES HOSPITALISES SUR LE CONTINENT

HOSPITALISATION CONTINENTALE (18510)



ANNEXE 7

LISTE DES ETABLISSEMENTS SANITAIRES DE CORSE

Etablissement	Lieu
Centre hospitalier d'Ajaccio	20184 Ajaccio
SA Cliniques d'Ajaccio - Site CliniSud	20000 AJACCIO
Clinique de Furiani	20600 FURIANI
Centre hospitalier intercommunal Corte-Tattone	20255 CORTE
Clinique St Antoine - Clinique Zuccarelli	20200 BASTIA
Clinique du Docteur Paul Laurent Filippi	20294 BASTIA CEDEX
Hôpital Local de Bonifacio	20172 BONIFACIO
Polyclinique de la résidence - Dr MAYMARD	20200 BASTIA
Centre hospitalier de Bastia	20604 BASTIA
Hôpital Local de Sartène	20100 SARTENE
Clinique du Cap	20228 LURI
SA Cliniques d'Ajaccio - Site Clinique du Golfe	20000 AJACCIO
Clinique San Ornello	20290 BORGIO
Centre de rééducation du Finosello	20090 AJACCIO
CRF MOLINI	20700 AJACCIO CEDEX 9
Polyclinique Sud de la Corse	20538 PORTO-VECCHIO
Centre hospitalier départemental de Castelluccio	20183 AJACCIO CEDEX
Centre de repos et convalescence - Ile de beauté	20172 SARROLA CARCOPINO
Maison de convalescence et régime Valicelli - Ocana	20177 OCANA
HAD Ajaccio	20090 AJACCIO
Centre de soins de suite la Palmola	20233 OLETTA
HAD Bastia	20200 BASTIA
Centre de jour La Villa de San Ornello	20290 BORGIO

ANNEXE 8

GRILLE DES ENTRETIENS TELEPHONIQUES MENES AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES

GRILLE D'ENTRETIEN TELEPHONIQUE AUPRES DES MEDECINS
GENERALISTES

- **Question 1** : Etes-vous amenés à prescrire des consultations sur le continent ?

- **Question 2** : pour quelles raisons les patients concernés doivent-ils partir sur le continent ?
Est-ce du, dans la totalité des cas, à un manque de technicité ou de spécialités en Corse ?

- **Question 3** : Quelles sont les pathologies qui doivent-être le plus souvent suivies sur le continent ?

- **Question 4**: Quelle est la destination principale de vos patients ?
Pour quelles raisons ?

- Question 5** : Pensez-vous que la question de la diminution des flux soit une réponse adaptée ?

ANNEXE 9

**DECRET N° 2010-1229 DU 19 OCTOBRE 2010
RELATIF A LA TELEMEDECINE**

Le 18 janvier 2011

JORF n°0245 du 21 octobre 2010

Texte n°13

DECRET

Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine

NOR: SASH1011044D

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre de la santé et des sports,

Vu le code de l'action sociale et des familles ;

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 6316-1 ;

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ;

Vu la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social, notamment son article 44 ;

Vu l'avis du Haut Conseil des professions paramédicales en date du 28 avril 2010 ;

Vu l'avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés en date du 3 mai 2010 ;

Vu l'avis de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole en date du 11 mai 2010 ;

Vu l'avis de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles en date du 12 mai 2010 ;

Vu l'avis de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 25 mai 2010 ;

Vu l'avis de la Haute Autorité de santé en date du 23 juin 2010 ;

Vu l'avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en date du 1er juillet 2010 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

Article 1

Après le chapitre V du titre Ier du livre III de la sixième partie du code de la santé publique est ajouté un chapitre VI ainsi rédigé :

« Chapitre VI

« Télémédecine

« Section 1

« Définition

« Art.R. 6316-1.-Relèvent de la télémédecine définie à l'article L. 6316-1 les actes

médicaux, réalisés à distance, au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication. Constituent des actes de télémédecine :

« 1° La téléconsultation, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation. Les psychologues mentionnés à l'article 44 de la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social peuvent également être présents auprès du patient ;

« 2° La téléexpertise, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient ;

« 3° La télésurveillance médicale, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient. L'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisés ou réalisés par le patient lui-même ou par un professionnel de santé ;

« 4° La téléassistance médicale, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte ;

« 5° La réponse médicale qui est apportée dans le cadre de la régulation médicale mentionnée à l'article L. 6311-2 et au troisième alinéa de l'article L. 6314-1.

« Section 2

« Conditions de mise en œuvre

« Art.R. 6316-2.-Les actes de télémédecine sont réalisés avec le consentement libre et éclairé de la personne, en application notamment des dispositions des articles L. 1111-2 et L. 1111-4.

« Les professionnels participant à un acte de télémédecine peuvent, sauf opposition de la

personne dûment informée, échanger des informations relatives à cette personne, notamment par le biais des technologies de l'information et de la communication.

« Art.R. 6316-3.-Chaque acte de télémédecine est réalisé dans des conditions garantissant :

« 1° a) L'authentification des professionnels de santé intervenant dans l'acte ;

« b) L'identification du patient ;

« c) L'accès des professionnels de santé aux données médicales du patient nécessaires à la réalisation de l'acte ;

« 2° Lorsque la situation l'impose, la formation ou la préparation du patient à l'utilisation du dispositif de télémédecine.

« Art.R. 6316-4.-Sont inscrits dans le dossier du patient tenu par chaque professionnel médical intervenant dans l'acte de télémédecine et dans la fiche d'observation mentionnée à l'article R. 4127-45 :

« 1° Le compte rendu de la réalisation de l'acte ;

« 2° Les actes et les prescriptions médicamenteuses effectués dans le cadre de l'acte de télémédecine ;

« 3° L'identité des professionnels de santé participant à l'acte ;

« 4° La date et l'heure de l'acte ;

« 5° Le cas échéant, les incidents techniques survenus au cours de l'acte.

« Art.R. 6316-5.-Les actes de télémédecine sont pris en charge dans les conditions prévues aux articles L. 162-1-7, L. 162-14-1, L. 162-22-1, L. 162-22-6, L. 162-32-1 et L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

« Section 3

« Organisation

« Art.R. 6316-6.-L'activité de télémédecine et son organisation font l'objet :

« 1° Soit d'un programme national défini par arrêté des ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie ;

« 2° Soit d'une inscription dans l'un des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens ou l'un des contrats ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins, tels qu'ils sont respectivement mentionnés aux articles L. 6114-1, L. 1435-3 et L. 1435-4 du code de la santé publique et aux articles L. 313-11 et L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles ;

« 3° Soit d'un contrat particulier signé par le directeur général de l'agence régionale de santé et le professionnel de santé libéral ou, le cas échéant, tout organisme concourant à cette activité.

« Les contrats mentionnés aux 2° et 3° du présent article doivent respecter les prescriptions du programme relatif au développement de la télémédecine mentionné à l'article L. 1434-2 du code de la santé publique.

« Art.R. 6316-7.-Les programmes et les contrats mentionnés à l'article R. 6316-6 précisent les conditions dans lesquelles s'exerce l'activité de télémédecine, en tenant compte notamment des spécificités de l'offre de soins dans le territoire considéré.

« Ils précisent en particulier les modalités retenues afin de s'assurer que le professionnel médical participant à un acte de télémédecine respecte les conditions d'exercice fixées à l'article L. 4111-1 ou à l'article L. 4112-7 ou qu'il est titulaire d'une autorisation d'exercice délivrée par le ministre chargé de la santé et qu'il satisfait à l'obligation d'assurance prévue à l'article L. 1142-2.

« Art.R. 6316-8.-Les organismes et les professionnels de santé qui organisent une activité de télémédecine, à l'exception de la réponse médicale donnée dans le cadre de la régulation médicale, concluent entre eux une convention respectant les dispositions inscrites dans les contrats ou programmes mentionnés à l'article R. 6316-6. Cette convention organise leurs relations et les conditions dans lesquelles ils mettent en œuvre les exigences mentionnées dans le présent chapitre.

« Art.R. 6316-9.-Les organismes et les professionnels libéraux de santé qui organisent une activité de télémédecine s'assurent que les professionnels de santé et les psychologues participant aux activités de télémédecine ont la formation et les compétences techniques requises pour l'utilisation des dispositifs correspondants.

« Art.R. 6316-10.-Les organismes et les professionnels de santé utilisateurs des technologies de l'information et de la communication pour la pratique d'actes de télémédecine s'assurent que l'usage de ces technologies est conforme aux dispositions prévues au quatrième alinéa de l'article L. 1111-8 du code de la santé publique relatif aux modalités d'hébergement des données de santé à caractère personnel.

« Le consentement exprès de la personne, prévu au premier alinéa de ce même article L. 1111-8, peut être exprimé par voie électronique.

« Art.R. 6316-11.-L'activité de télémédecine peut bénéficier des financements prévus aux articles L. 221-1-1 et L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale ainsi que dans les conditions prévues aux articles L. 314-1 et L. 314-2 du code de l'action sociale et des familles. »

Article 2

Les organismes et les professionnels de santé mentionnés à l'article R. 6316-8 qui organisent ou exercent une activité de télémédecine disposent d'un délai de dix-huit mois à compter de la date de publication du présent décret pour se mettre en conformité avec ces dispositions.

Article 3

Le ministre du travail, de la solidarité et de la fonction publique, la ministre de la santé et des sports et le ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 19 octobre 2010.

François Fillon

Par le Premier ministre :

La ministre de la santé et des sports,

Roselyne Bachelot-Narquin

Le ministre du travail, de la solidarité

et de la fonction publique,

Eric Woerth

Le ministre du budget, des comptes publics

et de la réforme de l'Etat,

François Baroin