

Une analyse systémique microrégionale sur le renoncement aux soins en Plaine orientale



L'analyse systémique microrégionale sur le renoncement aux soins en région Corse a été commanditée par la CTC et par l'ARS de Corse, pour être confiée à l'ORS de Corse.

Ses deux objectifs consistaient à recenser les causes du renoncement aux soins sur le territoire de Corse, au niveau micro-régional et à proposer des solutions, en ayant le retour des acteurs de terrain.

C'est donc tout naturellement à l'exposé de ces premiers résultats et à l'aune des territoires déjà étudiés, que les commanditaires ont souhaité un complément à cette étude en initiant un prolongement de la démarche en Plaine orientale.

Aussi, la méthodologie initiale s'en retrouve reconduite avec une approche systémique menée en Plaine orientale (les 4 et 14 novembre 2016).

L'objectif étant d'en relever **les éventuelles spécificités** ou du moins, en souligner la **réalité tout à fait personnelle de ce territoire.**



L'équipe de l'ORS tient à remercier l'ensemble des personnes suivantes, présentes aux différents groupes d'analyse systémique en Plaine orientale, pour leur participation active et leur disponibilité, à savoir, par ordre alphabétique :

Joël AMBROSINI, Directeur adjoint CPAM 2B,
Renaud ANSALONI, Directeur adjoint ESAT Foyer
Stella Matutina,
Christine BALDACCI, Infirmière DPMI SP Ghisonaccia
CD 2B,
Dr Bernard BENEDETTI, Médecin Généraliste retraité,
Catherine BENEDETTI, Retraitée médico-social,
Lieutenant Jacques BONAVITA, Chef de CS Cervioni
Groupement Centre Plaine SDIS 2B,
Marc BUFFIGNANI, Directeur APAJH Corse ESAT Foyer
Stella Matutina
Dr Paul-André COLOMBANI, Elu CTC Femu à Corsica et
Président de l'ORS de Corse,
Dr Christophe HEBERT, Médecin généraliste MSP de
San Nicolao,

Dr Antoine GRISONI, Président de l'URPS – MI de
Corse et Médecin généraliste,
Dominique GUERRI, Infirmière, POS-DIL CD 2B,
Ghjuvan Santu Le MAO, Conseil Municipal Mairie de
Ghisonaccia,
René MORGUE, Président de la commission
information
CODERPA 2B,
Sybille MUSARD, Responsable secteur Ghisonaccia
CORSSAD de Ghisonaccia,
Marie Thérèse OTTOMANI, AS Pôle autonomie
Service accueil et hébergement CD 2B,
Lidia SCALICI, Chargée d'accompagnement social sur
le Pôle hébergement UDAF 2B,
Sandra VINCIGUERRA, Vice-présidente de l'URPS
Infirmiers de Corse et Infirmière libérale

Nos remerciements vont également à Madame Marie-Jo SIMEONI (UDAF 2B), en sa qualité d'animatrice.

TABLE DES MATIERES

1.	L'ANALYSE DES CAUSES : DE LA PLAINE ORIENTALE AUX SIMILITUDES RENCONTREES AVEC LES AUTRES MICROREGIONS	3
2.	DE L'ANALYSE DES CAUSES AUX PISTES DE SOLUTIONS PLUS SPECIFIQUES A LA PLAINE ORIENTALE	7
3.	CONCLUSION	11

Le lecteur trouvera dans ce document, dans un premier temps, le rapprochement de l'analyse des causes de renoncement aux soins en Plaine orientale avec celle de l'analyse globale répertoriée dans le rapport initial et menée dans les autres microrégions¹.

Dans un second temps, l'extraction des causes plus spécifiques à la Plaine orientale accompagnée de ses pistes de solutions.

Les sous-paragraphes suivants présentent chacun de ces grands ensembles de causes (police de couleur **rouge, grassée en tête de sous-ensemble**), en détaillant les propos énoncés dans des tableaux, suivis de la retranscription des pistes de solutions émises (**police de couleur bleue, grassée en tête de sous-ensemble**) également sous forme de tableaux.

1. L'ANALYSE DES CAUSES : DE LA PLAINE ORIENTALE AUX SIMILITUDES RENCONTREES AVEC LES AUTRES MICROREGIONS

L'analyse des causes menée en Plaine orientale, **nous permet d'établir des concordances** avec celle de l'analyse transversale globale des causes identifiées sur l'ensemble de l'île, à savoir relever les causes similaires rencontrées :

- **1.1. L'aspect financier et les droits sociaux pour l'entrée dans le parcours de soins** que l'on retrouve largement en tête comme cause principale évoquée **avec un aspect également politique**, car émanant d'orientation politique et de choix en matière de politique publique sanitaire mise en œuvre.

L'économie de la santé (13)	Le désengagement de l'état bénéficie aux mutuelles payantes (malgré 100% ALD, frais supplémentaires) : c'est une stratégie de transfert des dépenses publiques vers des dépenses privées.
	Les personnes immigrées ne bénéficient pas de couverture sociale.
	La politique de santé est à deux vitesses : un avenir incertain avec des remboursements moins importants.
	Il y a des problèmes de remboursements ou de mauvais remboursements pour l'optique, le dentaire (exemple : les prothèses dentaires et audios), la kiné.
	Une nette aggravation des effets de la précarisation socio-économique sur la santé : la précarité conduit à la grande pauvreté qui affecte plusieurs domaines (phénomène massif) comme le logement, l'emploi, les revenus et la santé.
	La vie est dure : la précarité peut toucher chacun d'entre nous.
	Les retraités ont une perte de leur pouvoir d'achat. Malgré une mutuelle, l'ALD, etc., : nécessité de prendre une sur complémentaire pour être mieux couvert.
	L'accès au médecin traitant (sa pénurie ou son inexistence) pénalise les patients sur le plan administratif.
	La logique de barème de l'accès à la CMU : ça devrait être une logique de situation et non une logique de plafond pour les personnes non bénéficiaires qui s'en trouvent exclus.
La santé à l'économie (28)	Le niveau de protection de la mutuelle est différent selon qu'il s'agisse d'une ALD ou que ça concerne tout le monde.
	Le reste à charge augmente de plus en plus : d'où la difficulté à faire l'avance des

¹ De la CAPA, CAB, Centre Corse, Balagne, Extrême-Sud et Sartenais-Alta Rocca-Valinco.

	frais.
	Les dépassements d'honoraires sont importants en termes de surcoût occasionné.
	Les personnes en situation de précarité ont un problème financier : à la fois une précarité sociale et financière.
	Les bénéficiaires RSA ne peuvent plus faire face au coût élevé de la vie, associé en Corse à un affaiblissement de la solidarité familiale : la santé qui est un besoin fondamental est désormais leur dernière préoccupation. C'est sur leur santé qu'ils réalisent des économies.
	La médecine et la santé sont devenues un marché. Cette marchandisation répond à des choix politiques.

- **1.2. Des inégalités spatiales d'accès aux soins** que l'on retrouve aussi nettement mise en cause même si elles apparaissent en termes « d'accessibilité » (**problème d'accessibilité géographique, accessibilité géographique aux spécialistes, problèmes d'accessibilité de personnes à mobilité réduite**) spatiale pour les uns alors que pour les autres, comme en Plaine orientale, c'est **le contexte local dans son ensemble** qui pèse de tout son poids (**l'aspect géographique mais aussi environnemental et humain**) c'est à dire l'insularité vs le continent, la situation de la Plaine orientale au regard de celle de la Haute-Corse, la ruralité mais également la précarité et le délitement de la société dans ses formes de solidarité qui concourent à de l'isolement social.

Le contexte local (aspects environnemental, géographique et humain) (10)	L'isolement environnemental est un des facteurs du renoncement, la ruralité est un facteur important et aggravant du renoncement : en Plaine orientale, la ruralité est prédominante.
	Les personnes en situation de précarité ont un problème de transport : les transports en commun sont totalement absents.
	La difficulté à se déplacer vers les structures de soins quelles qu'elles soient (les transports ne sont pas toujours pris en charge et même de moins en moins, et les familles sont beaucoup mises à contribution) : la géographie de la Corse rendant compliqué ces prises en charge.
	L'isolement social est un des facteurs déterminant du renoncement , il y a une perte de solidarité de l'entourage (famille, voisins) pour accompagner le patient aux soins ou aux RDV médicaux : le patient doit s'organiser pour se rendre seul à un RDV.
	Il y a un affaiblissement de la solidarité familiale : les bénéficiaires du RSA se retrouvent sans aide ni soutien et il y a de leur côté, des restrictions budgétaires.
	Il y a un manque de confiance vis-à-vis de la prise en charge locale et régionale : comparaison avec le continent (sentiment d'être mieux soigné ailleurs).
	La question de la confiance est liée à l'héritage du passé et au vécu : absence de dispositif de soins (ce n'est pas un problème de compétences des médecins mais une différence Corse-continent).
	La raréfaction voir la disparition de certaines spécialités en Haute-Corse (une rhumatologue, deux neurologues, trois dermatologues).
La précarisation sociale en Plaine orientale entraîne une précarisation sanitaire.	

- **1.3. Les coordinations dans l'offre de soin** qui sont bien évidemment évoquées tout au long de l'analyse des causes en Plaine orientale mais supplantées par **l'organisation des soins dans ses aspects administratifs et logistiques.**

L'organisation (aspects administratif et logistique)	La complexification du parcours de soins concourt au renoncement.
	La complexité administrative : pour le patient, c'est le parcours du combattant.
	Il n'y a plus de suivi individuel du patient mais un patient qui suit un parcours de soins pré-établi.
	Il y a une normalisation de soins pour atteindre un cout moindre de la médecine libérale, au dépend de sa qualité (exemple, standardisation du nombre de jours d'arrêt en fonction de la pathologie, normalisation à la baisse de la fréquence du changement d'un pansement, etc.,).
	Les recommandations de l'HAS opposent qualité des soins et rentabilité (statistique, protocolisation).
Le recours à l'informatique est un frein, notamment pour les personnes âgées.	

- **1.4. La promotion de l'éducation à la santé (le rapport à la santé, la peur du soin, le soin n'est pas prioritaire)** : pratiquement mot pour mot, nous pourrions dire avoir rencontré la même analyse des causes avec celle intitulée « **les causes liées au comportement du patient lui-même (aspects culturel, religieux, ressenti, etc.,).**»

L'accompagnement et/ou l'hébergement ne sont pas abordés en tant que tel, c'est-à-dire l'hébergement ne l'est pas du tout et l'accompagnement est sous-entendu au travers des **aspects du comportement des patients eux-mêmes (culturel, religieux, ressenti, etc.,)** à prendre nécessairement en considération pour une prise en charge sanitaire et médico-sociale adéquates.

Par la même, c'est la relation **médecin-malade** qui se retrouve en péril (**un couple en difficulté**) et **l'accessibilité sociale au soin et à la prévention** de certaines populations voire du plus grand nombre, compromises.

Les causes liées au comportement du patient lui-même (aspects culturel, religieux, ressenti, etc.,) (1)	Les causes refus dépendent des personnes qui renoncent aux soins.
	Les causes barrières ne sont pas de leur fait.
	Les personnes âgées sont les plus touchées par l'isolement.
	Les personnes fragiles sont isolées
	Certaines personnes ont peur de la maladie et des traitements
	Certaines personnes immigrées préfèrent du personnel de soin féminin plutôt que masculin ou inversement : c'est une cause de renoncement.
	Pour les bénéficiaires du RSA, il y a un total déni du corps : renoncement à prendre soin de leur apparence (plus de soins dentaires, plus de port de lunettes de vue mais de loupes)
	Les bénéficiaires du RSA ne vont que rarement chez leur médecin traitant.
	En Plaine orientale, des bénéficiaires du RSA ne vont pas consulter par peur, manque de véhicule, absence de permis, rejet de soins.
	Il y a une aggravation des troubles psychologiques et psychiatriques et une nette augmentation des addictions : tous les bénéficiaires du RSA présentent des troubles psychologiques à type de dépression, troubles du sommeil, syndrome dépressif grave. Précarité = insécurité = état anxieux : sentiment socialement d'être inutile, se sentent rejeter de la société ☹ à quoi ça sert de se faire soigner ?
	Complications liées à l'alcoolisme, au tabac : refus de se rendre à l'ANPAA.
	Il y a parfois une méconnaissance de l'intérêt d'avoir recours à des spécialistes tels que le gynécologue, etc.,.
Il y a parfois une méconnaissance des droits sociaux d'où l'absence de couverture	

	sociale, subie.
	Il y a une absence de couverture (mutuelle), les droits CMU-C-ACS ne sont parfois pas demandés par le public en situation de précarité. Cette absence est voulue : volonté de ne pas y souscrire.
	Il y a un manque d'informations auprès de l'ensemble de la population et donc de bénéficiaires, de la patientèle de ce qui se fait au sein de la MSP . Exemple : dépistage, ateliers pour le lien social en direction des personnes âgées et fragiles (danse de salon, cuisine, gym douce, théâtre, etc.,).

- **1.6. L'offre en médecine scolaire** na pas été abordé mais bien **l'offre médicale, sa pénurie** globale sous l'intitulé encore une fois de « **médecin-malade : un couple en difficulté** ».

La pénurie de l'offre médicale (8)	Le parcours de soins est impossible : manque de généraliste et de médecin traitant.
	Problème pulmonaire : absence de PEC pour emphysème.
	Le désert médical n'existe pas : il s'agit d'un désert de territoire, c'est un désengagement territorial de l'état.
	Les délais d'obtention d'un RDV auprès d'un spécialiste sont longs : cela a un effet dissuasif.
	L'absence de structure d'hospitalisation nuit à la qualité des soins et constitue une perte des chances.
	Il n'y a plus en Plaine orientale d'actes médicaux préventifs (frottis chez les femmes, soins oculaires ou dentaires) et absence de suivi pour des pathologies graves (cardiaques).
	La structure hospitalière est éloignée en temps plus qu'en km. En été avec les embouteillages, il faut 2h : cela crée de l'insécurité.
	L'absence de médecins et la venue d'un médecin inconnu (SMUR) font que le patient renonce à aller à l'hôpital par manque de confiance en ce nouveau médecin. Pas de diagnostic personnalisé = pas de suivi.
	Les médecins ne trouvent pas de remplaçants pendant leurs vacances.
	Il existe un problème de disponibilité à l'accès aux soins selon les spécialités (délais d'obtention de RDV).
	Il n'y a pas de structure hospitalière dans la région : clinique, hôpital pour des soins d'urgence, en hospitalisation.
	Les médecins sont de moins en moins nombreux en Plaine orientale.
	Les médecins sont de plus en plus âgés : leur éventuel difficile remplacement inquiète la population.
	Découverte de cancer avancé : plus de dépistage (frottis, mammographie).
	Pour tous les soins (troubles psychologiques et psychiatriques, addictions), problème de mobilité pour se rendre chez un Dr à San Ornello : il n'y a aucun moyen de transport adapté pour accompagner les bénéficiaires RSA à des rendez-vous médicaux et en Plaine orientale, il y a un isolement géographique majeur.
	Les médecins spécialistes sont absents en Plaine orientale.
	A cause de la pénurie de médecins, certains d'entre eux ne sont plus suffisamment à l'écoute de leurs patients par manque de temps.
	L'offre de soins est insuffisante en milieu rural où peu de spécialistes s'installent et notamment, les structures de radiologie et de laboratoire : les délais d'obtention d'une échographie sont très longs et dissuasifs, les bilans sanguins ne sont plus traités l'après-midi.
Problème cardiaque : absence de suivi après infarctus et pose de stent	

- **1.7. Les conditions de travail**, de même que **la précarité chez certains étudiants** n'ont pas du tout été traitées. Leur absence provient sans doute, de l'absence significative de ces deux populations sur le territoire de la Plaine orientale.

2. DE L'ANALYSE DES CAUSES AUX PISTES DE SOLUTIONS PLUS SPECIFIQUES A LA PLAINE ORIENTALE

Ce chapitre présente, l'extraction des causes propres à la Plaine orientale accompagnée de ses pistes de solutions.

Des personnes, de plus en plus nombreuses, renoncent à se soigner dans notre région (Plaine orientale) :

Pourquoi ? Quelles solutions apporter ?

En préambule, un certain nombre d'interrogations ont été mis en exergue par les participants :

- A t'on la preuve de ce renoncement ?
- Quelle catégorie est la plus touchée ?
- Qui renonce ? Les hommes ? Les femmes ?
- Que veut dire se soigner ?
- Le renoncement est-il provisoire ou permanent ?
- Voulu ou subi ?

Et au final, émis un constat d'une réalité implacable :

« Il y a un renoncement aux soins, c'est un problème de santé publique ».

Intitulé **« la Plaine orientale : un territoire rural vulnérable, à merci de la politique nationale de soins ».**

Il est ressorti des causes de renoncement aux soins en Plaine orientale, une situation (sanitaire) jugée défavorable compte tenu

- De son inscription dans un **contexte local** déjà pesant **en Haute-Corse** (disparition voir raréfaction de certaines spécialités) et de **la Corse par rapport au continent** (crise de la confiance liée à l'héritage passé et au vécu au regard de la dotation en dispositifs de soins),
- Et de ses nombreux **aspects géographique, environnemental et humain** que sont :

La précarisation de la population avec des conséquences sanitaires et sociales, en termes de ressources disponibles restantes pour pallier aux besoins en dépenses de santé mais également aux effets dévastateurs sur le bien-être physique (malnutrition, irrégularité, absence de soin répondant aux réels besoins) et psychique (troubles psychologiques, psychiatriques, addictions),

L'isolement environnemental et social où s'entremêle différentes problématiques, celle des transports, des distances à parcourir vers les structures de soins, de l'affaiblissement des solidarités (famille, voisin),

La prégnance de la ruralité avec la cohabitation de groupes de population (retraités, actifs, immigrés) au comportement et habitude singulière pour recourir au système de soins,

La pénurie de l'offre médicale (médecin généraliste, spécialiste, structure hospitalière) et la disponibilité de celle effective sur son territoire rendant difficile l'accès aux soins (absence de prise en charge, délai d'obtention de rendez-vs) et pénalisant les actes préventifs ou le suivi de pathologies diagnostiquées,

Le manque d'informations auprès de la population des dispositifs existants (offre médicale et médico-sociale) sur son territoire ;

Comme autant d'obstacles dans des parcours de soins et par conséquent, de facteurs favorables au renoncement aux soins.

En termes de pistes de solutions pour ces causes, sous l'intitulé « **une mobilisation territoriale pour des moyens sanitaires à la hauteur de notre développement** ».

Elargir l'offre de soins	
Moyens humains	Développer les consultations de proximité
	Développer l'offre des consultations s'adressant aux jeunes sur le territoire.
	Créer une antenne locale du planning familial.
	Amener des consultations sur place dans une maison de santé ou un hôpital local.
	Faire venir des spécialistes pour les consultations avancées au sein d'un pôle de santé ou MSP.
	Créer une équipe mobile de psychiatrie.
Moyens matériels	Mettre en place d'une IRM locale.
	Créer un hôpital local (quelques lits médicalisés) pour faciliter l'accès à certains soins.
	Créer un « camion médicalisé » à vocation de consultation de médecine générale.
	Mettre en place un système de transport social, toute la semaine, et le généraliser sur les différents territoires.
	Mettre en place un co-voiturage organisé pour faciliter l'accès aux soins.
	Créer des unités de soins de prévention.
	Repenser toute la politique de gestion de santé, en particulier la Sécurité sociale et les laboratoires pharmaceutiques.
	Diminuer le prix des mutuelles
	Limiter les dépassements d'honoraires.
	Créer un centre de soins en Plaine orientale avec a minima un gynécologue, un ophtalmologue, un psychologue, un dentiste.

Développer et améliorer l'information	
Développer et améliorer la communication	La CPAM forme les secrétaires de mairie pour une information de premier niveau. Ce dispositif peu connu mérite une campagne de communication.
	Il y a un besoin de communication pour divers dispositifs mal ou pas connus.
	Donner plus d'informations pour établir ou rétablir la confiance sur la prise en charge en réseau (exemple : le cancer).
	Faire venir des spécialistes pour les consultations avancées au sein d'un pôle de santé ou MSP.
Créer un guichet unique	Créer un guichet unique local pour l'ensemble de la population avec un numéro unique et une personne qui répond, oriente... sur l'exemple de la MAIA, pour le sanitaire et le social.
	Le guichet unique, c'est l'information et le partenariat coordonne la prise en charge.
	Coordonner les moyens sur un territoire (la poste, la CPAM...) par le biais d'un guichet unique (avec un numéro vert...).
	Mettre en place plus de permanences CAF et CPAM car il y a des besoins plus importants. La solution de télé « alerte » rentrerait dans le cadre du guichet unique.
Créer et entretenir le lien social	Organiser plus de rencontres intergénérationnelles sur le terrain pour favoriser et entretenir les liens.
	Créer des associations de bénévoles pour le transport, les visites... à caractère social.
Détecter les situations de renoncement aux soins	Favoriser la prise en charge au cas par cas et non pas par seuil ou barème.
	Réaliser des enquêtes de terrain par communes sur les situations de vulnérabilité sociale.
Créer des outils pour l'accès aux soins	Recenser tous les professionnels de santé du territoire.
	Adapter la prise en charge du transport « sanitaire » à des réalités humaines et de terrain aux besoins médicaux réels.
	Développer la télé-médecine permettrait d'améliorer les prises en charge.
	Organiser des campagnes d'information ciblées et locales sur les dangers potentiels de l'auto-médication.
	L'outil informatique, la télé-médecine, sont des moyens de pallier au manque de médecins.

Construire l'aide aux aidants	Créer des espaces d'expression pour les aidants familiaux ou autres proches, qui sont des bénévoles, (groupes de paroles...).
	Mettre en place un service de garde d'enfants ou de personnes dépendantes.
	Augmenter la présence physique de professionnels et de bénévoles... sur le terrain, plutôt que celle des ordinateurs.
	Créer une structure d'accueil de jour pour les situations chroniques ou transitoires afin que les aidants « soufflent un peu ». Auditer les associations d'aide à domicile : confusion des rôles entre les aides ménagères et les auxiliaires de vie. Ce sont des acteurs fondamentaux de l'accès aux soins.

Nul doute que la proposition de solution la plus novatrice, du moins originale réside dans ce qui se fait actuellement ailleurs et dans le renforcement de l'existant, soit sur la base de l'expérimentation Asalée (Action de santé libérale en équipe) : **un modèle de coopération interprofessionnelle médecin-infirmière**, basé sur **l'intervention de l'infirmière de prévention**.

Créer les postes d'infirmière de prévention et valoriser les impacts multiples de leur action	Mettre en place des consultations d'infirmières de prévention pour les jeunes et toutes les personnes vulnérables : seniors, migrants, bénéficiaires RSA ...
	Ces consultations auraient pour but : la lutte contre la tuberculose, les MST, les exclusions, la vaccination, le dépistage des cancers et les actions d'éducation à la santé.
	Ce type de consultation pourrait prendre en charge la personne dans sa globalité et l'accompagner dans ses démarches liées à la santé.
	Ce type de consultation, serait pour l'infirmière une valorisation de ses compétences et une autonomie de fonctionnement trop souvent médico-dépendante.
	Ce type de consultation, serait pour les associations et les partenaires une possibilité de réponse à ce sentiment d'impuissance face aux problématiques de santé.
	Cela implique une bonne coopération entre médecins et infirmières : nécessité d'une coopération inter-professionnelle.
	Ce type d'infirmière outre son savoir de base, devra maîtriser des compétences transversales et sociales et bénéficier de la confiance des médecins.
	Lors de cette consultation, l'infirmière devra : Identifier les besoins de la personne, l'écouter, diagnostiquer les besoins, mettre en œuvre les soins appropriés, participer à des actions de prévention, dépistage, formation et éducation à la santé, respecter le secret professionnel, s'assurer de l'existence d'une prise en charge sociale (SS, CMU), aider la personne dans la prise de RDV médicaux, vérifier la couverture vaccinale, évaluer les risques familiaux de santé, diminuer les prises de risque en sexualité, faciliter l'accès à la contraception, évaluer les addictions, évaluer les troubles du comportement alimentaire, éduquer à l'hygiène alimentaire, dépister les risques cardio-vasculaires, dépister les troubles du sommeil, dépister les troubles psychologiques, dépister les troubles sexuels, dépister les troubles de l'audition, faciliter l'accès au dépistage de cancers, vérifier l'état bucco-dentaire.

3. CONCLUSION

Cette étude complémentaire a de nouveau évoqué, de nombreuses et diverses causes énumérées dans l'analyse initiale mais bien entendu, avec des variations tout à fait personnelle puisque ce territoire ne saurait être confondu avec un quelconque autre territoire déjà étudié.

En effet, certaines causes n'apparaissent pas en Plaine orientale alors que d'autres, le sont avec davantage d'intensité, d'importance que partout ailleurs.

Sans pouvoir le prouver scientifiquement, nous avons à présent le sentiment d'approcher l'exhaustivité des causes de renoncement aux soins pour la population corse.

Cette analyse annexe a eu également le mérite de proposer une solution sortant des sentiers battus et reposant sur une vision d'acteurs de terrain, au plus près de la réalité locale et s'inspirant d'une expérience nouvelle.

L'enjeu est désormais pour le décideur, de prendre en compte la réalité structurelle, fonctionnelle et culturelle de notre île, en actant des solutions appropriées et pertinentes à la(es) problématique(s) subie(s) et vécue(s).