

Une analyse systémique microrégionale sur le renoncement aux soins en région Corse



Cette étude a été commanditée par la Collectivité Territoriale de Corse et par l'Agence Régionale de Santé de Corse, et confiée à l'Observatoire Régional de la Santé de Corse.

Son objectif était initialement de recenser les causes du renoncement aux soins sur le territoire corse, si possible au niveau micro régional, en ayant le retour des acteurs de terrain.

Devant la richesse des résultats initiaux et la dynamique des premiers groupes, nous avons poursuivi, après accord de nos commanditaires, avec les propositions de solutions.



Cette étude sur le renoncement aux soins a été commanditée par la Collectivité Territoriale de Corse (CTC) et par l'Agence Régionale de Santé de Corse (ARSC), et confiée à l'Observatoire Régional de la Santé de Corse (ORSC).

Concernant la CTC, « le thème de la présente étude correspond au modèle promu et développé dans la charte régionale de lutte contre la précarité du Plan d'Aménagement et de Développement Durable de la Corse (PADDUC) qui vise à traiter de façon structurelle les mécanismes générateurs de précarité ».

Concernant l'ARSC, cette étude s'inscrit dans l'axe 1 du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS), à savoir, "améliorer la connaissance des comportements et des besoins des populations vulnérables". Dans le cadre du Programme Régional de Santé (PRS), l'objectif du PRAPS est de permettre aux personnes vulnérables d'accéder au système de santé et médico-social de droit commun par des mesures spécifiques.

La demande initiale de nos commanditaires était de recenser les causes du renoncement aux soins sur le territoire corse, en ayant le retour des acteurs de terrain. L'accent était mis sur une volonté d'une approche par micro région, et du recueil de la « parole de ces acteurs » de l'action sociale et du secteur sanitaire. Nous avons donc opté pour une étude qualitative en utilisant l'approche systémique auprès de groupes de professionnels, de bénévoles et d'acteurs de la société civile, dans les microrégions correspondant à la communauté d'agglomération du pays ajaccien (CAPA), à la communauté d'agglomération bastiaise (CAB), au Centre Corse, à la Balagne, à l'Extrême Sud, et enfin au Sarténais–Alta Rocca-Valinco.

Devant la richesse des résultats initiaux et la dynamique des premiers groupes, nous avons poursuivi nos investigations, après accord de nos commanditaires, sur des propositions de pistes de solutions.

Le lecteur trouvera dans ce document, dans un premier temps, l'analyse globale au niveau régional des témoignages sur les causes de renoncement au soin et des solutions proposées, et, dans un second temps, une liste de propositions spécifiques à chaque microrégion de l'étude, avec en fin de rapport la liste de nos références bibliographiques.

Ce rapport est accompagné d'un second document regroupant une série d'annexes composées par

- une note méthodologique,
- l'ensemble des diagrammes des analyses systémiques microrégionales, avec certaines pistes de solutions spécifiques à différentes microrégions.

La méthode retenue repose sur le recueil fidèle de la parole des participants. L'attention du lecteur est attirée sur le caractère possiblement subjectif des constats et propositions émanant des groupes de travail ayant participé à cette étude. De plus, les propos retranscrits sont le reflet des expériences de chacun, de la réalité vécue sur une microrégion à un moment donné.

Ajaccio, le 30 septembre 2015

Bastien MONDET¹, Estelle CASTA-CERVETTI², Jean ARRIGHI³

¹ Médecin généraliste, maître en santé publique,

² Sociologue, chargée d'études,

³ Directeur, docteur es-biomathématique

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

François AGOSTINI, Médecin généraliste à Calenzana,	Lydie MALLET, Sage-femme hospitalière,
Laura ALESSANDRI, ORS de Corse,	Jeannine MARANINCHI, Ligue contre le Cancer 2B,
Catherine ALIAS, Association ISATIS,	Agnès MARTINETTI, Ligue contre le Cancer 2B,
Sibylle ALLEMAND, Consultante,	Marie-Paule MARTINI, DISS-UTISS de Balagne,
Valérie ALLET, MCO Clinique de l'Ospedale,	Renaud MAZIN, Directeur de la Clinique de l'Ospedale,
Jean ARRIGHI, ORS de Corse,	Laurent MEGE, Ava Basta, CLE,
Diane BEDU, Croix-Rouge, CLE,	Sandrine MEZZADRI, CRIJ de Corse,
Marie Paule BIANCARELLI, Mission Locale Porto-Vecchio,	Bastien MONDET, ORS de Corse,
Pierrette CALENDINI, Croix-Rouge,	Marie Antoinette MONDOLONI, AS CD2A,
Gisèle CASABIANCA, Réalisatrice,	Annonciade MONDOLONI-MICHELANGELI, CD2A,
Estelle CASTA-CERVETTI, ORS de Corse,	Priscilla NOLLA, CG 2B, IBEOM,
Rose-Marie CAUVIN, Action Sociale Porto-Vecchio,	François PERNIN, Médecins du Monde, CLE,
Gilbert COLONNA, Infirmier MPU,	Pascal RIGAUT, Directeur pôle santé ADMR,
Bernard CORNEILLE, Médecin généraliste à Sartène,	Martine ROUSSEL, Association Corse Malte,
Françoise CORTEGGIANI, Médecin généraliste à Calenzana,	Brigitte SAES, AS CD2A,
Pascale DALL'AGNOLE, Consultante,	Audrey SANTONI, AS CD2A,
Marie-Louise DANIELLI, AS DISS-UTISS de Balagne,	Marie SAVELLI, Ligue contre le Cancer 2B,
Yassma EL MAKRINI, Chargée accueil Ava Basta 2B,	Marie-Jo SIMEONI, Consultante,
Anne FAURE, Médecin scolaire,	Dominique SPINOSI, Ligue contre le Cancer 2B,
Mathilde FEDI, UMAPPP, Médecins du Monde, CLE,	Maëlig THEBAUD, Sage-femme libérale,
Andrée FENECH, Assistante sociale scolaire,	Anne Caroline TRAMONI, AS CH de Sartène,
Josselyne GEORGE, CPAM 2A,	Chantal VARRALL, CPAM 2A,
Nonce GIACOMONI, Espoir Autisme Corse,	Jean-Dominique VERSINI, CPEF de Sartène,
Dominique GUERRI, IDE Plaine orientale, DISS de Moriani,	Jean-Claude VIGNOLI, A Fratellanza,
Madame JUSSEAUME, Action Sociale Porto-Vecchio,	Jeanne-Marie VINCIGUERRA, CG2B, IDE RSA,
Anne-Marie LUCIANI, CLIC de Balagne,	Rose-Marie VITTEMANT, Association Corse Malte.

Nos remerciements vont également à mademoiselle Marie-Ange MORACCHINI (CTC, Direction du développement social), le docteur Jean-Louis WYART et monsieur Laurent MEGE (ARS, Mission Expertises et Projets de Santé) pour leur relecture attentive de ce document.

TABLE DES MATIERES

1	UNE PREOCCUPATION NATIONALE, UNE REALITE REGIONALE	5
2	LA METHODE D'ANALYSE SYSTEMIQUE AU SERVICE D'UNE EXPLORATION COMPLEXE.....	9
3	LES ANALYSES SYSTEMIQUES MICROREGIONALES DE LA PAROLE DES GROUPES	11
3.1.	Dix regroupements de causes évoquées par tous les groupes et leurs pistes de solutions.....	11
3.1.1	L'aspect financier	12
3.1.2	Les droits sociaux pour l'entrée dans le parcours de soins	13
3.1.3	Des inégalités spatiales d'accès au soin.....	15
3.1.4	Les coordinations dans l'offre de soin	18
3.1.5	L'accompagnement et/ou l'hébergement.....	20
3.1.6	L'accessibilité sociale au soin et à la prévention	21
3.1.7	L'offre en médecine scolaire.....	24
3.1.8	La promotion de l'éducation à la santé	26
3.1.9	Les conditions de travail	28
3.1.10	La précarité chez certains étudiants	29
3.2	Des causes et des pistes de solutions plus spécifiques à chaque microrégion	30
3.2.1	Ajaccio et sa microrégion.....	30
3.2.2	Bastia et sa microrégion	32
3.2.3	La microrégion de Balagne.....	34
3.2.4	La microrégion du Centre Corse	36
3.2.5	La microrégion de l'Extrême Sud	38
3.2.6	La microrégion du Sartonais-Alta-Rocca-Valinco.....	40
4	CONCLUSION	42
5	LISTE DES SIGLES ET REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	43
5.1	Liste des sigles.....	43
5.2	Références bibliographiques	45

1 UNE PREOCCUPATION NATIONALE, UNE REALITE REGIONALE

Le renoncement aux soins, et le non recours aux soins, sont identifiés depuis plusieurs années comme des indicateurs dans les problèmes d'accès aux soins (6) (7) (8). Ils constituent un problème majeur de santé publique sur la morbidité et sur la mortalité : soit de façon rapide par évolution d'une maladie non soignée, soit de façon lente en abrégant l'espérance de vie, voire de façon aigüe par suicide.

« *Les individus renoncent à des soins quand ils ne sollicitent pas les services de soins et les professionnels de santé alors qu'ils éprouvent un trouble, constatent un désordre corporel ou psychique ou quand ils n'accèdent pas à la totalité du soin prescrit.* » (4)

Cependant, la définition du renoncement aux soins sera différente selon la personne interrogée : elle suggère en tout cas un choix du patient. Ce choix peut être contraint ou volontaire. Il peut arriver au début ou au cours d'une prise en charge au sein du parcours de soin de chaque patient. Il constitue pour chaque patient un événement au sein de son parcours de soin.

Le renoncement est lié aux ressources (financières, socio-professionnelles, organisationnelles, culturelles, etc...) des personnes, mais s'avère également dépendant des **représentations** et des expériences vécues concernant leur recours potentiel à la médecine.

Au niveau national, les droits liés à la santé.

La France dispose pour les populations les plus fragiles de la Couverture Maladie Universelle (**CMU**). Ce dispositif se compose de plusieurs mesures pour favoriser l'accès aux soins à l'ensemble de la population et lui permettre de se protéger contre les aléas financiers d'une maladie grave ou d'un accident (1).

Toutefois, la présence de ces aides ne garantit pas nécessairement une accessibilité égale à tous les soins, car les services inclus et le degré de participation des patients au coût varient selon ces aides, à quoi se rajoute la complexité pour faire valoir leurs droits.

Premier enseignement d'une lecture de la littérature spécialisée, l'absence de couverture complémentaire est le principal facteur du renoncement pour raisons financières (2)(3), les dépassements d'honoraires restant à la charge des patients, qui renoncent pour raisons financières dans un premier temps à adhérer à une complémentaire santé, puis à accéder aux soins. En 2008, 15,4 % des adultes (18 ans ou plus) déclarait avoir renoncé à des soins pour des raisons financières lors des douze derniers mois) (5). Et ces personnes sans complémentaire santé renoncent deux fois plus que les autres aux soins les moins bien couverts par le régime obligatoire (24), en particulier parce qu'ils n'ont pas les moyens de se payer une complémentaire santé.

Il s'avère que **les bénéficiaires ou les personnes éligibles à la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) ou à l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS) (26) ne connaissent pas leurs droits et ce à quoi ils ont accès dans le panier de soins des complémentaires santé gratuites** proposées par l'Etat. Chez ces personnes aidées par une complémentaire santé, comme la CMU-C, 22% ont renoncé à des soins en 2008 (5). Ce renoncement chez des personnes censées être dans ces critères sociaux leur donnant droit d'avoir accès de manière gratuite à une complémentaire santé, pose la question de la qualité de la protection sociale fournie par ces complémentaires santé gratuites.

Il peut être également remarqué que les éléments remboursés du panier de soins ne sont pas forcément en accord avec les prestations médicales les plus demandées, notamment en soins dentaires ou optiques. Ce système peut être qualifié de couverture universelle « partielle » (27).

Les personnes qui se situent juste au-dessus du seuil pour accéder à la CMU sont celles qui renoncent le plus à des soins pour des raisons financières (28) : cela peut être des personnes qui gagnent quelques centaines d'euros au-dessus du seuil ; mais cela peut aussi être des personnes plus aisées qui, par un accident de la vie (professionnelle,

sentimentale...) se retrouvent avec des revenus plus faibles. Certains peuvent même se retrouver éligibles aux complémentaires santé gratuites, sans qu'ils le sachent.

Certains professionnels de santé acceptent les patients ayant la CMU et/ou la CMU-C à condition que ceux-ci fassent l'avance des frais (29). Les complémentaires santé gratuites permettent à ceux qui en bénéficient d'être dispensés de faire l'avance des frais (30). Il y a un paradoxe entre la dispense d'avance des frais apportée par les complémentaires santé gratuites (qui est un droit), et la nécessité de faire l'avance des frais auprès de certains professionnels de santé (qui est parfois la pratique).

En parallèle, les refus de soins par les professionnels de santé sont discriminatoires. Quasi inexistant chez les médecins généralistes secteur 1 (moins de 2%), ils sont plus élevés lorsque ce sont des médecins généralistes à mode d'exercice particulier (acupuncture, homéopathie...) (plus de 16%). Les spécialistes ont plus tendance à refuser des patients couverts par la CMU lorsqu'ils sont en secteur 2 (29). Ces pratiques ont été qualifiées de discriminantes par la Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et pour l'Égalité (HALDE) (31).

Les professionnels de santé évoquent des remboursements tardifs, des abus de la part de certains patients disant bénéficier de la gratuité du soin mais n'en bénéficiant pas en réalité.

Du côté des patients, le dépassement d'honoraires est vécu comme une barrière supplémentaire à l'accès aux soins, et donc un facteur de renoncement aux soins (32). Il existe deux types de dépassement d'honoraires : les raisonnés, « avec tact et mesure » (33), qui permettent au médecin de combler le déficit entre la valorisation des actes de l'assurance maladie et ses propres dépenses professionnelles (34); et les abusifs, qui sont définis par plus de 2,5 fois le tarif normal (150% de dépassement) par la stratégie nationale de santé (11,35). Ces dépassements d'honoraires qualifiés d'abusifs sont pratiqués par 5% des médecins en secteur 2, pratiquement tous en exercice à Paris.

Deuxième fait marquant dans cette littérature, les raisons invoquées pour renoncer à des soins sont différentes, selon les régions (9), en fonction des catégories socioprofessionnelles. Mais sont toujours présents les problèmes d'accessibilité géographique et d'organisation territoriale de l'offre de soins et du système de santé (37).

Ce n'est pas tant l'éloignement géographique qui est un facteur de renoncement aux soins, mais plus le fait de l'impossibilité pour une personne de se déplacer, la disponibilité de l'offre de soins et les agendas personnels des patients (39).

Ce phénomène était pris en compte, en 2009, par la loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire (HPST) qui introduisait la notion d'accessibilité géographique dans les Schémas Régionaux d'Organisation des Soins (SROS) (15).

Troisième point d'importance, les renoncements sont concentrés sur un nombre limité de soins, souvent ceux pour lesquels les dépenses restant à la charge du ménage sont les plus importantes : le renoncement à des soins dentaires est le plus fréquemment cité (10 % de la population), devant la lunetterie (4,1 %) et les consultations de médecins (3,4 % généralistes et spécialistes confondus) (5).

À l'heure actuelle, dans l'optique de faciliter l'accès aux soins et de diminuer les inégalités sociales de santé, notamment pour les populations en « difficulté » (financières, vulnérables, éloignées), la stratégie nationale de santé (11) (12) propose de généraliser le tiers payant auprès de tous les médecins généralistes et spécialistes, et de généraliser la couverture maladie par une complémentaire santé à tous.

Autre facteur de renoncement aux soins, la perte d'estime de soi, il existe un lien significatif entre état de santé perçu et renoncement aux soins : moins l'individu s'estime en bonne santé, plus il y a de risque qu'il ait renoncé à des soins (40). Cette notion semble prendre une place importante, quelle que soit la catégorie socioprofessionnelle (41) (42) car elle touche à 2 situations différentes : celle qui fait que les personnes ne sont pas motivées pour prendre soin d'elles, et la situation pathologique, dans laquelle nous pouvons classer les syndromes dépressifs et autres troubles neuropsychiatriques (43), ou le syndrome d'auto-exclusion (44). Enfin, on peut noter une interrelation entre la perte d'estime de soi et les problèmes financiers, qui peuvent potentialiser une précarité débutante, entraînant elle-même un renoncement aux soins.

De plus, il existe un lien entre le renoncement aux soins et le fait d'être étranger (40). Les étrangers, bien qu'aïdés par l'État pour l'accès aux soins (AME, CMU...), ne connaissent pas le système de santé français ; les barrières de culture, de langue, d'érudition, de niveau de vie sont des facteurs de renoncement aux soins (40) (45). Du fait de ces

barrières, ces personnes pourront avoir un recours préférentiel à des pratiques traditionnelles (avant de recourir à la médecine en cas d'échec) mais, également, le renoncement aux soins dans ces populations aura tendance à être aggravé du fait de leur faible estime de soi qui vient s'ajouter à leurs problèmes financiers

Enfin, un défaut des pratiques de prévention peut amener à renoncer à des soins.

La prévention et le dépistage sont deux missions cardinales des soins primaires dits « de premier recours » (46). Le renoncement aux soins peut avoir comme cause un dépistage sans suite ou une carence de dispositif de dépistage. En effet, le dépistage des anomalies bucco-dentaires en milieu scolaire peut être non suivi d'une prise en charge à causes des problèmes d'accessibilité à un dentiste, ou pour des raisons financières (pas de complémentaire santé, dépassements d'honoraires abusifs de la part de certains dentistes).

D'autre part, on sait que les chômeurs sont la catégorie socioprofessionnelle qui fume le plus (47). Or, le tabac est un des principaux facteurs de risque de survenue d'un cancer (48). Donc, des personnes en situation précaire auront tendance à manquer les dispositifs de dépistage en renonçant à des soins de par leur situation financière et socioprofessionnelle.

Face à ce constat d'une frange importante de notre population renonçant à se soigner, des réactions existent au plan national pour permettre aux plus fragiles d'accéder au droit à la santé.

Ce constat a amené l'association Médecins du Monde à créer la mission France (comme existait alors des missions dans les pays en voie de développement ...) pour mettre en place des consultations de bas seuil d'exigence afin que les patients soient examinés avant leurs papiers. En 2016, cette mission existe un peu partout en France, et notamment à Ajaccio (à Bastia, l'Ordre de Malte – « Corse Malte » - a créé une consultation semblable).

C'est aussi ce constat qui a amené le service public à mettre en place des PASS (Permanences d'Accès aux Soins de Santé) dans les établissements de soins et a adjoint au Projet Régional de Santé (PRS), le PRAPS (Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies).

Au niveau régional.

« L'économie de la Corse a toujours été pauvre en richesses et riche en pauvres. Dans les classements régionaux français, elle tient la place de la pauvre. Qu'on observe le niveau moyen du Produit Intérieur Brut (PIB) par personne ou celui des salaires, le nombre des chômeurs ou l'écart des revenus entre les riches et les pauvres, toujours la Corse figure au bas du tableau (13)(14). »

Face à cette situation de la région Corse, les causes et solutions relevées au plan national risquent de raisonner d'une façon particulière. La démarche méthodologique retenue pour notre étude va essayer de dépasser leurs simples validations.

Les deux vecteurs de renoncement au soin présents au niveau national trouvent en Corse un retentissement particulier : les situations de pauvreté ou de précarité et la problématique de l'organisation territoriale de l'offre de soins.

Dans une approche systémique sur le thème de la précarité en Corse, réalisée dans le cadre des travaux préfigurateurs à l'écriture du PADDUC de la CTC, on peut relever six facteurs générateurs de précarité :

- *« Des salaires plus faibles et une vie plus chère en Corse qu'ailleurs en France*
- *Certaines spécificités sociales et culturelles de la Corse nuisent à l'esprit d'entreprise et à l'efficacité économique*
- *Les corses sont progressivement dépossédés de leurs terres par la spéculation foncière et immobilière*
- *Les politiques nationales de l'emploi n'apportent pas de réponses concrètes*
- *Dans les entreprises, l'exigence de rentabilité engendre une instabilité des emplois*
- *La société de consommation crée de nouveaux besoins que les plus pauvres cherchent vainement à satisfaire, ce qui les fragilise d'autant plus sur le plan financier. Nombreuses sont les institutions à se préoccuper de l'accès au soin pour l'ensemble des résidents insulaires. »*

Des constats existent déjà et des solutions sont proposées à travers les plans et programmes des différentes institutions régionales.

Toutes ces structures régionales - l'ARSC avec son PRS 2012-2016, précisé dans son PRAPS 2012-2016, la CTC dans son PADDUC, ainsi que les propositions du Conseil Economique, Social et Culturel (CESC) – **ont planché sur l'organisation territoriale de l'offre de soins**, considérée à chaque fois comme problématique dans les territoires ruraux et urbains défavorisés.

De fait, le problème d'accessibilité géographique est très important en Corse. Cette île faite de montagnes qui fourmillent de petits villages gardant les personnes âgées à domicile, possède beaucoup de zones rurales reconnues comme fragiles par l'ARS de Corse (36) en termes de densités de professionnels dans les domaines médical et paramédical.

Ainsi, un des objectifs du PRS 2012-2016 (ARSC) est de garantir un accès à des soins de qualité pour tous. Cet objectif, détaillé dans le PRAPS (3), a été défini car l'organisation territoriale de l'offre de soins est problématique dans les territoires ruraux et urbains défavorisés.

De même, un des objectifs du PADDUC (CTC) est de réduire l'enclavement géographique de certains patients vivant dans des zones éloignées afin de rompre leur isolement médicosocial (19).

En effet, alors que l'accès aux soins de proximité (médecin généraliste, Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE), masseurs kinésithérapeutes et dentistes libéraux) se trouve à moins de 15 minutes pour 95% de la population en France en 2007, la Corse possède 11% de sa population et 47% de ses communes qui s'en trouvent à plus de 15 minutes (16). Ceci est dû au contexte particulier d'isolement géographique de certains bassins de vie insulaires. 20% des résidents corses se trouvent à plus de 30 minutes d'un spécialiste libéral (17). 31% des femmes en âge de procréer se trouvent à plus de 45 minutes en voiture de la maternité la plus proche. Aucune femme corse n'a accès, sur l'île, à une maternité de niveau 3 (18).

Dans le même ordre d'idées, le CESC (14) propose de décentraliser certains dispositifs de soins au profit des quartiers ou zone en difficulté et de créer des relais santé (psychologues, généralistes, ...) pour permettre le dépistage, de créer une couverture complémentaire de santé dans les Très Petites Entreprises (TPE)/ Petites et Moyennes Entreprises (PME) ...

Signalons également le Plan Local d'Accompagnement du Non recours, des Incompréhensions et des Ruptures (PLANIR, 2014-2017) qui associe dans un plan commun le service social de la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail (CARSAT), le service médical de l'Assurance Maladie et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) de Corse-du-Sud, et porte sur les problématiques de renoncements aux soins et les difficultés d'accès aux droits.

L'ambition de cette démarche PLANIR est de résoudre les trois difficultés majeures suivantes, auxquelles sont confrontés les assurés de Corse-du-Sud :

- une part des bénéficiaires potentiels ne bénéficie pas des droits, services, soins et offres de prévention auxquels elle pourrait prétendre (non recours),
- les informations diffusées par l'Assurance Maladie ne sont pas comprises par une partie de la population (Incompréhensions) ; sont visées autant les informations grand public relevant de la communication nationale, que les informations sur un thème spécifique à destination de publics ciblés, ou les notifications de décision affectant la situation d'un assuré,
- certaines procédures, des pratiques professionnelles, des décisions administratives défavorables aggravent des situations déjà fragilisées (ruptures).

Toutes ces démarches, tous ces constats le montrent : de nombreuses difficultés s'entremêlent, beaucoup d'isolement et d'enclavement, une organisation complexe et peu lisible, une offre de soins pas toujours accessible financièrement et géographiquement. Ce sont autant de voies connectées les unes aux autres pour aboutir à des solutions répondant à ces besoins spécifiques de notre région.

2 LA METHODE D'ANALYSE SYSTEMIQUE AU SERVICE D'UNE EXPLORATION COMPLEXE

Les commanditaires de cette étude souhaitaient une approche plus qualitative que quantitative ; le problème étudié était complexe : nous étions dans le champ de l'analyse systémique.

L'APPROCHE SYSTEMIQUE EST COMPLEMENTAIRE DE L'ANALYSE STATISTIQUE FACE A CES PROBLEMES COMPLEXES.

L'équipe de l'ORSC était cependant plus rompue aux techniques d'analyse statistique ou épidémiologiques, nous avons fait appel à un spécialiste dans ce domaine, **le docteur François PERNIN⁴**, qui nous a guidés tout au long de nos travaux.

L'approche systémique ne s'oppose pas à l'analyse statistique (22), elle représente une approche complémentaire dans les problèmes complexes dont la compréhension échappe, par nature, aux seules statistiques.

« L'analyse systémique est précisément l'analyse faite selon les principes de la systémique, un champ interdisciplinaire relatif à l'étude d'objets complexes réfractaires aux approches de compréhension classiques. En particulier, dans certains cas, le schéma de causalité linéaire classique n'est pas opérant pour rendre compte du fonctionnement d'un ensemble, qu'il s'agisse d'un être vivant, d'une organisation sociale ou encore d'un système électronique de régulation de température. Face à ce type de problème, il est nécessaire d'adopter une démarche globale :

- *en s'attachant davantage aux échanges entre les parties du système qu'à l'analyse de chacune d'elles,*
- *en raisonnant par rapport à l'objectif du système (téléologie),*
- *en établissant les états stables possibles du système. »*

(in https://fr.wikipedia.org/wiki/Analyse_syst%C3%A9mique).

Notre étude est à notre connaissance la première réalisée sous cette forme sur le thème du renoncement aux soins. Les précédentes étaient des études de testing, des études quantitatives observationnelles ou des études qualitatives par entretiens individuels.

En matière de renoncement, c'est à dire de sortie du système de soin d'un certain nombre de personnes, **on peut penser que beaucoup de ces personnes échappent au décompte statistique puisque par définition, ils disparaissent du champ d'observation.** Sur une telle question, face à la difficulté de recueil de données chiffrées sur un tel problème, **l'approche systémique prend tout son intérêt et sa richesse**, notamment en apportant, entre autres, une dimension qualitative et en mobilisant l'intelligence collective des groupes de travail en un minimum de réunions.

D'autre part, il est important de rappeler l'intérêt de cette méthode car **elle met en relation des personnes qui ne se connaissent pas forcément et qui apportent chacune leurs points de vue sur le sujet, permettant une hétérogénéité et une complémentarité des résultats.**

⁴ Le Dr François PERNIN, ancien chef de service au Centre Hospitalier d'Ajaccio, membre de la délégation régionale de Médecins du Monde et Président de la Coordination inter associative de lutte contre l'exclusion (CLE) Pumontone est, avec Daniel CREPIN, à l'origine de l'introduction et du développement de l'utilisation des outils empruntés à l'approche systémique dans différents secteurs (santé, social, ...) en Corse. Depuis plus de 10 ans, il anime des ateliers et formations en Corse et sur le continent.

Nous avons identifié des acteurs de terrain (services sociaux, CPAM, médecine scolaire, médecine universitaire, associations de patients ou investies auprès des précaires, professionnels de santé...) reconnus pour leurs compétences sur l'accès aux soins et les inégalités sociales de santé, et de leur expertise du ou des territoires concernés. Ces participants ont été réunis par microrégion, pour 2 à 3 réunions, de 4 heures chacune, qui comprenaient :

- un « diagramme des interrelations⁵ » sur les causes du renoncement aux soins, qui permet de visualiser les causes, leurs enchaînements, et les relations qui se tissent entre elles.
- lors des deux réunions suivantes et à partir des causes précédemment trouvées, les mêmes experts ont recherché des solutions et ont produit des leviers d'actions afin d'essayer de proposer des pistes de résolutions selon la méthode KCP (Knowledge – Concept – Proposition, ou Kawakita-Crépin-Pernin (21)) .

Le détail des résultats est présenté sous forme de « mind maps », ou cartes heuristiques (cartes mentales des idées), en annexe à ce rapport.

LA CRITIQUE DES RESULTATS EST CEPENDANT DELICATE, FAUTE JUSTEMENT, D'INDICATEURS STATISTIQUES.

Nos résultats semblent cohérents avec la littérature sur les thèmes du renoncement aux soins qui ont été étudiés précédemment. Nous allons maintenant critiquer notre étude quant à la méthode, mais aussi quant aux populations auxquelles nous n'avons pas fait directement référence, via le recrutement des participants.

Concernant le choix de la méthode ...

La méthode choisie ne permet pas d'étude statistique, et ne dépend que d'un groupe de personnes choisies volontairement par les investigateurs de l'étude. Les études qualitatives sont nombreuses sur le sujet du renoncement aux soins. Notre méthode est reconnue dans le management, mais pas encore dans la communauté scientifique médicale, ce qui peut minorer l'impact de nos résultats bien qu'il existe une complémentarité entre les études qualitatives et quantitatives (22). In fine, nous constatons que nos résultats sont cohérents avec les études scientifiques précédentes.

Concernant le recrutement des participants ...

L'équipe de l'ORSC a utilisé l'ensemble de ses listings de référents dans tous les domaines de la santé publique et du social pour en extraire des listes microrégionales de participants possibles à l'étude. Les invitations ont été lancées et, in fine, tous les participants souhaités n'ont pas forcément participé à l'étude. Il a manqué des retours de la part de plusieurs catégories socioprofessionnelles définies par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) : artisans et professions libérales, des cadres, des agriculteurs, des professions intermédiaires, des retraités. En règle générale, les personnes vivant une situation de renoncement aux soins n'ont pu faire partie des groupes de travail. Quant à la participation de ces personnes, elle pourra faire l'objet d'une enquête à part entière car, effectivement, compte tenu du cahier des charges initial de l'étude, et donc des moyens et délais impartis, cela n'était pas réalisable.

Il y a, par exemple, 26,3% de retraités en Corse : pour autant, nous n'avions pas de participant représentant spécifiquement cette catégorie, qui constitue plus d'un quart de la population corse (49). Pourtant, les personnes âgées vivant dans l'arrière-pays des grandes villes ont sûrement des problèmes d'accès aux soins : difficultés à se déplacer, isolement familial, absence de médecin ... Ces personnes âgées, livrées à elles-mêmes, qu'elles habitent en ville ou en milieu rural, n'ont pas de « plan de soins » qui pourrait les aider à casser les barrières conduisant au renoncement (50).

⁵ Diagramme permettant de visualiser les chaînes causes-effets d'une problématique

Cependant, les participants présents sont intervenus dans la construction du diagramme en se basant, non seulement sur leur vécu personnel, mais surtout, sur leur expérience professionnelle au contact de ces populations. De ce fait, même si nous ne sommes pas dans un cadre de représentativité populationnelle, le groupe de référents qu'ils constituent globalement ont pu rencontrer dans leur activité l'ensemble des publics évoqués dans cette étude.

Il n'en demeure pas moins que notre étude n'a pas été en mesure d'aborder les problèmes des personnes en fin de vie qui refusent des thérapeutiques invasives (51) et que n'ont été que survolés les problèmes des personnes à mobilité réduite, qui sont pourtant touchées de plein fouet par les problèmes d'accessibilité aux soins (52). De même, la situation des immigrés en situation administrative irrégulière (« sans-papiers ») n'a pu être cernée avec précision ; elle pourrait faire l'objet d'un prolongement d'étude.

Enfin, le choix de nos participants a peut-être introduit un biais de subjectivité vers les causes financières du renoncement aux soins : nos participants étaient compétents et reconnus dans leurs domaines respectifs, mais ces compétences ont peut-être pu « tirer » les résultats vers une partie de la population corse, en omettant les domaines de compétences d'autres participants que nous n'avons pas pu réunir.

3 LES ANALYSES SYSTEMIQUES MICROREGIONALES DE LA PAROLE DES GROUPES

Parcourons maintenant comment les résultats de nos analyses systémiques microrégionales peuvent enrichir, au niveau régional, les connaissances présentées dans le chapitre précédent.

Le premier paragraphe de ce chapitre regroupe un certain nombre de causes de renoncement au soin qui se retrouvent systématiquement proposées dans chaque microrégion étudiée : nous les accompagnons des pistes de solutions envisagées par les membres des groupes.

Le second paragraphe présente les spécificités relevées dans chacune des microrégions et leurs pistes respectives de solutions.

3.1. DIX REGROUPEMENTS DE CAUSES EVOQUEES PAR TOUS LES GROUPES ET LEURS PISTES DE SOLUTIONS

L'analyse transversale finale de nos résultats nous permet de regrouper l'ensemble de ces causes dans la dizaine de modalités suivantes qui sont identifiées sur l'ensemble de l'île, à savoir :

- L'aspect financier
- Les droits sociaux pour l'entrée dans le parcours de soins
- Les inégalités spatiales d'accès au soin
- Les coordinations dans l'offre de soin
- L'accompagnement et/ou l'hébergement
- L'accessibilité sociale au soin et à la prévention
- L'offre en médecine scolaire
- La promotion de l'éducation à la santé
- Les conditions de travail
- La précarité chez certains étudiants

Les sous-paragraphe 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.

3.1.1 L'aspect financier

Problèmes en lien avec la couverture sociale	Problème d'avance de frais
	Pas d'assurance santé complémentaire
	Mutuelles étudiantes qui ne pratiquent pas le tiers payant
	Coûts trop élevés des soins avec un reste à charge trop élevé/Pas de prise en charge de certains soins/Remboursements insuffisants
	Défaut de reconnaissance de certaines mutuelles par les professionnels
Problèmes de trésorerie des foyers	Soins interrompus par économie
	Pertes de revenus liés au chômage ou à la retraite
	Augmentation des coûts énergétiques
	Amplification de la précarité avec la crise actuelle
Sélection financière par certains médecins	Refus du tiers payant (CMU, ACS, AME ⁶ ...) par certains professionnels (dentistes, ophtalmo, pharmacie...)
	Dépassement d'honoraires non pris en charge par la complémentaire santé
	Refus de soin de la part de certains médecins (difficulté à établir le contact, ou ne pas les mélanger à leur clientèle habituelle)

Des pistes de solutions pour ces causes

Supprimer l'avance des frais	Obliger les médecins à pratiquer le tiers payant ⁷
	Généraliser la télétransmission des actes des professionnels de santé grâce à des aides financières état-collectivités
Meilleur remboursement des soins	Augmenter les taux de remboursements d'assurance maladie pour l'optique, l'auditif et les soins dentaires
Définir, faire connaître et évaluer l'efficacité des complémentaires santé	Optimiser la performance des mutuelles
	Communiquer sur l'ACS
	Communiquer sur la non-performance des mutuelles
	Evaluer le dispositif d'ACS
Informé sur l'existant des dispositifs réduisant le coût des soins	Evaluer la qualité des mutuelles et informer les usagers
	Diffuser plus largement l'information sur les dispositifs CMU, CMU-C, ACS et le contenu de leurs prestations et des paniers de soins, auprès de la population générale mais aussi des professionnels de santé
	Faire connaître les structures associatives œuvrant dans le domaine de la santé
	Informé sur l'existence des cabinets dentaires mutualistes
	Développer le micro-crédit pour raisons de santé (auditif, dentaire ...)
	Informé sur le fonds social collégien (assistante sociale, chef d'établissement...)
Redonner à la santé sa place dans le budget des ménages	Informé sur l'existence des centres de soins mutualistes (dentaires...)
	Mettre en place des indicateurs sur la cherté de la vie pour alerter les pouvoirs publics sur son impact sur le recours aux soins
	Créer un observatoire des prix au niveau microrégional

⁶ Aide Médicale de l'Etat

⁷ Piste de solution proposée avant que la loi de modernisation de notre système de santé ne l'incluse.

Mais encore ...

L'objectif de ces propositions est de **pouvoir « solvabiliser » la demande de soins, en permettant à tout le monde d'avoir accès aux soins sans contrepartie financière.**

L'obligation de tiers payant, qui est dans la future loi de Santé, devra aller de pair avec des aides financières à l'équipement des cabinets médicaux afin de développer la télétransmission des actes de soins.

Une part très importante des soins est actuellement mal remboursée : les soins dentaires, optiques et auditifs, alors que de plus en plus de personnes en ont besoin. Il faut donc revoir non seulement la part de remboursement de la sécurité sociale, mais aussi la part de remboursement des assurances complémentaires. Cela est encore plus important pour les patients ayant la CMU, CMU-C ou ACS.

Concernant l'ACS, et plus généralement toutes les aides sociales, il faut à tout prix optimiser la communication autour de ces aides auprès de la population générale ainsi que des professionnels de santé, notamment en ce qui concerne l'accès aux droits et le panier de soins inhérent à chaque aide.

Seulement trois Français sur dix ont entendu parler de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), qui permet à des ménages modestes de recevoir un « chèque santé » pour participer au financement de leur assurance maladie complémentaire. Cette faible notoriété contribue probablement à expliquer que de nombreux bénéficiaires potentiels de l'ACS n'y ont pas recours. En effet, selon les estimations de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), plus des trois cinquièmes des personnes potentiellement éligibles n'ont pas recours à l'ACS en 2013, soit plus de deux millions de personnes (20).

3.1.2 Les droits sociaux pour l'entrée dans le parcours de soins

Complexité d'accès aux droits sociaux	Pressions et lourdeur administratives qui sont chronophages
	Les tracasseries administratives sont nombreuses même quand l'AME est accordée (accord préalable, vérification des droits en cas d'hospitalisation coûteuse)
	La complexité de l'accès aux soins fait que les bénéficiaires éligibles à l'AME n'y recourent qu'en cas de forte nécessité
	Méconnaissance ou complexité administrative d'accès aux droits (CMU-C, ACS, AME)
	Dépassement du seuil des minima sociaux et méconnaissance de l'accès à certaines aides
	Non éligibilité aux systèmes de prise en charge : absence de domicile, situation maritale, nouveaux arrivants, perte d'emploi ou emploi précaire ; conditions de ressource ; tout changement de situation peut faire changer l'éligibilité
	L'analphabétisme et/ou l'illettrisme peuvent entraîner un défaut dans l'accès aux complémentaires santé : absence de complémentaire santé, absence d'aides sociales ou en attente de validation du dossier
Méconnaissance des différents dispositifs	Méconnaissance des offres de soins : lourdeur et complexité des procédures administratives, absence d'information utiles de la part du praticien
	Méconnaissance des points de soins gratuits (CMP, PASS ⁸)
	Méconnaissance des dispositifs d'accompagnement : Mauvaise image des dispositifs gratuits, associés à une moindre qualité des soins
	Augmentée par l'analphabétisme et/ou l'illettrisme

⁸ Permanence d'Accès aux Soins de Santé

Des pistes de solutions pour ces causes

Décloisonner, simplifier et rendre lisibles l'administratif et les parcours de soins	
Simplifications administratives	Créer un guichet unique CAF ⁹ /MSA ¹⁰ /CPAM/MDPH ¹¹ /RSI ¹² ...
	Simplifier les transferts MSA<=>CPAM<=>RSI
	Nécessité d'un interlocuteur privilégié référent pour chaque service de proximité : Il faut un numéro de téléphone et un mail directs pour que chaque service de puisse joindre ces référents facilement
	Créer un logiciel pour les assistantes sociales du Département avec les organismes d'assurance maladie, type « CAFPRO »
	Optimiser les outils informatiques pour le lien médecin-CPAM et inter-structures
	Graduation de l'accès aux dispositifs de santé : si refus CMU alors basculer sur un autre dispositif sans refaire le dossier
Améliorer la communication sur les parcours de soins et les structures existantes	Baliser le parcours de soin pour le public cible
	Créer un centre d'appel "sentinelle" qui accompagne dans le parcours de soin
	Faire connaître les dispositifs de soins, d'aide et les outils existants (ADPS ¹³ , ANPAA ¹⁴ , MDA ¹⁵)
Amener la médecine dans les lieux où les publics sont les plus éloignés du soin	
Repérer les populations les plus éloignées de l'accès aux droits et aux soins	Identifier les types de population les + éloignés de l'accès aux droits et mettre en place un accompagnement individualisé
Modéliser & généraliser les expériences positives	A la manière des CMP ¹⁶ bien répartis sur le territoire, modéliser pour d'autres structures
	Recenser et modéliser les outils qui marchent dans certaines municipalités ou microrégions
Évaluer les pratiques	
Recadrer les médecins sur les droits du patient précaire	Informar les médecins sur les conséquences de dépassement d'honoraires
	Identifier les médecins refusant CMU, CMU-C, ACS et AME, et les raisons de leur refus
Anticiper les modifications générées par les changements de statuts	Développer l'éducation sur les droits sociaux lors du passage à la majorité
	Identifier les changements de statuts sociaux et de rupture de parcours de vie (maternité, majorité, vie en couple, divorce, retraite, décès ...)
	Mieux informer à chaque changement de statuts (étudiants, retraite ...) sur démarche et droits
	Inventer un nouveau métier de "sentinelle sanitaire" : assistance sociale & sanitaire ou assistante médico-sociale
	Identifier les publics en renoncement de CMU complémentaire par choix (jeunes, immigrés...)

⁹ Caisse d'Allocations Familiales

¹⁰ Mutualité Sociale Agricole

¹¹ Maison Départementale des Personnes Handicapées

¹² Régime Social des Indépendants

¹³ Association Départementale pour la Promotion de la Santé

¹⁴ Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie

¹⁵ Maison Des Adolescents

¹⁶ Centre Médico-Psychologique

Améliorer le secrétariat pour améliorer les liens	Que la MDPH simplifie les démarches, et vérifie que le patient a bien reçu les documents avant de classer sans suite
	Généraliser les rappels automatiques des patients pour les rendez-vous (RDV)
	Développer le service physique pour la mise en contact des patients avec les professionnels de santé (accompagnement par une tierce personne)
Accélérer l'instruction des demandes de droits sociaux	Améliorer la rapidité de constitution, de réponse d'AME d'urgence
	Etudier au cas par cas pour éviter les effets seuil pour l'attribution de la CMU complémentaire

3.1.3 Des inégalités spatiales d'accès au soin

Problème d'accessibilité géographique	Dans le rural : problème d'organisation des déplacements, d'éloignement des structures de soins, d'absence de moyens de locomotion pour se rendre sur les lieux de soins
	Une personne âgée vivant seule (sans permis/véhicule) a plus de mal à se déplacer, et néglige sa santé
	L'offre de soins n'est pas répartie uniformément sur le territoire : le tissu d'offres de soins n'a pas la densité de l'offre continentale
	Eloignement géographique avec les lieux de consultation ou de soins qui peut entraîner une fatigue liée aux déplacements (durée et conditions de transport)
	Coût des transports prohibitif, surcoût des carburants et d'entretien du véhicule
	En Corse il n'y a pas de réseau de transports en commun digne de ce nom
	Région montagnarde + mauvais état des routes + fréquentation touristique => temps de trajets plus longs
Accessibilité géographique aux spécialistes	Les spécialistes sont concentrés près des hôpitaux des grandes villes
	Les médecins (généralistes ou spécialistes) ont des difficultés d'accès à certaines régions (Balagne, Centre Corse) pour leurs consultations pendant certaines périodes en lien avec une saisonnalité importante
Problèmes d'accessibilité des personnes à mobilité réduite	Non application de la loi (voie publique, parkings...)
	Défaut d'équipement des cabinets (accueil, ascenseur, escaliers...)

Développer une veille reposant sur la solidarité de proximité	
Développer la solidarité de proximité	Renforcer le réseau des aidants naturels (voisinage, famille) et les former à l'autonomie
	Sensibiliser et impliquer les institutionnels de proximité (facteur, élus, infirmiers)
	Créer un numéro unique de coordination pour le signalement de situation (personnes fragiles)
	Intégrer les confréries ou assimilées, à l'accompagnement ou la veille en cas de rupture de parcours de vie (deuil, divorce, perte d'emploi)
	Rendre obligatoire le service civique pour les jeunes afin qu'ils soient un relais de proximité
Lutter contre l'isolement des personnes âgées	Aides sociales pour subventionner les téléalarmes des personnes âgées pour rendre accessible la télésurveillance
	S'assurer que la mairie se préoccupe des personnes âgées du village (soins, ravitaillement alimentaire, gaz, bois ...): créer un plan isolement
Renforcer les services d'aide à la personne	Embauche de jeunes en service civique par les mairies pour s'occuper des personnes âgées
	Améliorer l'attractivité (rémunération, frais de déplacement et d'entretien véhicule, véhicule de société) des métiers de service d'aide à la personne
	Améliorer la formation des personnels des services d'aide à la personne
	Valoriser le rôle et le salaire des auxiliaires de vie (rôle clé pour lutter contre l'isolement et accompagner les personnes âgées)
Désenclaver	
Définir une politique générale d'attractivité rurale	Inciter les jeunes médecins à s'installer dans le rural : cibler ceux qui ont fait leur 1ère année à Corte : maintenir un lien avec ces jeunes étudiants pour les motiver à revenir, en plus de l'incitation de la CTC (bourse de 10000€)
	Développer l'offre de stage d'internes parmi les médecins exerçant dans le rural
	Mettre en place des navettes gratuites à destination des patients qui doivent consulter, sur l'exemple de l'association « U Liamu Gravunincu »
Développer des solutions de transport pour atténuer l'impact de la ruralité sur les soins	Revoir la politique régionale de transport
	Que la CFC ¹⁷ accepte au même titre que la SNCF ¹⁸ toutes les réductions (famille nombreuse, etc...)
	Développer le réseau de transports collectifs intercommunaux (Centre Corse, Balagne, Extrême Sud, Sartenais - Alta Rocca - Valinco)
	Développer les réseaux sociaux de "garage solidaire" sur différentes micro régions comme sur le continent : location de voiture à bas prix à la journée (ou ½ journée) pour se déplacer et consulter
	Développer un covoiturage intercommunal
	Rapprocher l'offre de soins de certains territoires ruraux: bus de soins itinérants
	Droit à avoir un bon de transport médical pour consulter un spécialiste à plus de 100 km (pour les milieux ruraux)

¹⁷ Chemins de Fer de la Corse

¹⁸ Société Nationale des Chemins de Fer français

Faciliter l'accès physique aux structures pour éviter un échelonnement du parcours de soin	
Structurer le transport des patients en fonction de leur déficit	Nommer et former des accompagnants pour les publics fragiles
	Utiliser les volontaires du service civique pour accompagner les personnes isolées ou à mobilité réduite dans les déplacements de santé
	Développer les travaux d'intérêt général pour l'accompagnement des personnes à mobilité réduite
	Solliciter les associations pour développer l'accompagnement des personnes à mobilité réduite dans les démarches de soins
Développer et structurer la fonction d'accompagnement physique vers les structures de soins	Améliorer le recueil d'infos sur les difficultés de déplacement des patients par les médecins généralistes (inclus dans le document de synthèse, la carte vitale via le DMP ¹⁹ , et l'ADMR ²⁰)
	Développer l'aide (ADMR) à l'accompagnement ponctuel de certains malades (consultation, hospitalisation)
	Organiser le transport social des patients (privé, ADMR, ...)
	Organiser l'accompagnement physique des personnes marginalisées
	Accompagner l'usager pour la demande de droits sociaux à la CPAM
	Recueillir les infos sur les capacités de déplacement des malades prévus en ambulatoire
Améliorer l'accessibilité aux Personnes à Mobilité Réduite (PMR)	Rétablir la continuité des trottoirs pour améliorer l'accessibilité (fauteuils roulants, mais aussi poussettes...)
	Réfléchir à un plan de circulation efficace pour les PMR²¹
	Dégager le passage sur les trottoirs (retirer panneaux du milieu de certains trottoirs pour faciliter le passage)
	Considérer les PMR comme des personnes comme les autres pour normaliser l'accessibilité à toute la population

D'autres propositions

Le dispositif « Isolement » : pour vaincre l'isolement des personnes âgées où qu'elles soient sur le territoire corse. En Corse, près de 32000 personnes ont plus de 75 ans (soit 10,2% de la population corse). Parmi elles, plus d'un tiers vit seul. A l'horizon 2020, les prévisions annoncent 39000 personnes âgées de plus de 75 ans, et elles seront plus de 66000 en 2040. (Source : SIRSécorse²²).

Une grande proposition de cette partie est de **créer un plan « Isolement » à destination des personnes âgées**, sur le modèle du plan canicule qui existe depuis 2003, afin de développer une veille reposant sur une solidarité de proximité.

Ce plan, construit **autour des institutionnels de proximité**, utiliserait toutes les personnes-ressources qui se trouvent au contact de cette population fragile : facteurs, « tragulini » (commerçants ambulants), élus municipaux, auxiliaires de vie, professionnels de santé (médecins et infirmiers libéraux). **Le signalement de ces personnes fragiles** pourrait se faire en mairie, ou sur un numéro de téléphone unique gratuit qui servirait de coordination.

Le plan « Isolement » pourrait également utiliser des jeunes personnes en contrat de service civique, afin qu'ils soient en contact avec les plus anciens.

L'association MONALISA (Mobilisation Nationale contre l'Isolement des Agés) lutte contre l'isolement social depuis 2013 et repose sur des équipes citoyennes bénévoles qui permettent de renouer des liens de proximité avec les personnes âgées. L'association Le Lagon, basée à Pietrosella en Corse-du-Sud, possède le label MONALISA.

Ce type d'initiative citoyenne serait un bon complément aux réseaux de gérontologie qui existent déjà sur le territoire.

¹⁹ Dossier Médical Personnel

²⁰ Aide à Domicile en Milieu Rural

²¹ Personne à Mobilité Réduite

²² Système d'Information Régional en Santé

Le lien avec les jeunes médecins ne doit pas être rompu. La première année de médecine en Corse existe depuis 2004. Les premières promotions sont donc en train de terminer leurs études : **il faut que ces jeunes médecins puissent revenir sur le territoire corse pour apporter leurs compétences à la population.** Les jeunes médecins corses qui ont choisi la médecine générale pourraient être incités à s'installer dans le rural. Il faut pour cela maintenir un lien privilégié avec les différentes promotions d'étudiants qui réussissent leur Première Année Commune aux Etudes de Santé (PACES) à Corte, et partent se former à Paris, Marseille ou Nice selon leur classement final.

L'institut universitaire en Santé de l'université de Corse possède également des terrains de stage en médecine générale pour le troisième cycle des études médicales (internat) : il faut développer cette offre, qui permet aux futurs médecins de découvrir l'exercice rural de la médecine. Il faut pour cela **les informer des différents terrains de stage, et leur permettre de vivre correctement non seulement sur le lieu de leur stage, mais également de se déplacer sur le continent rapidement et à moindres coûts,** car certains d'entre eux sont déjà mariés et/ou parents.

L'aménagement des transports pour réduire les inégalités territoriales de santé. Pour désenclaver les patients qui sont isolés, une solution qui est revenue en boucle est d'instaurer un **système de navettes gratuites qui feraient le lien entre leur lieu de vie et le cabinet médical.** L'association « U Liamu Gravunincu » a déjà mis en place ce système et les habitants de la Gravona semblent en être satisfaits.

Mais plus encore que ce système de navettes, il faut à tout prix **déployer des réseaux de transports intercommunaux sur chaque micro région.** Ces réseaux sont manquants sur presque tout le territoire, et lorsqu'ils existent, ils sont soit trop chers, soit pas assez fréquents, soit pas adaptés aux horaires d'ouverture des commerces et des consultations (libérales ou hospitalières).

Bien que notre étude porte sur le renoncement aux soins, nous avons pleinement conscience que **cette proposition dépasse le simple cadre de la santé, et permettra plus globalement un accès à la vie en communauté, à l'emploi, aux produits de première nécessité.**

La création de ces réseaux de transports passera bien entendu par des discussions entre tous les acteurs territoriaux, premièrement pour réaliser un état des lieux complet par micro région, et ensuite en réfléchissant ensemble, et avec les usagers de ces futurs réseaux de transports, aux meilleures solutions à apporter sur chaque territoire.

Il a également été proposé de mettre en place **des bus de soins itinérants,** à la manière des bus de l'Etablissement Français du Sang ou de la Santé au Travail. Ces bus, qui pourraient s'occuper de prévention/dépistage, ou de diagnostic), seraient équipés de tout le matériel nécessaire pour réaliser une consultation médicale dans des conditions similaires à celles d'un cabinet médical : bureau, table d'examen, matériel informatique avec ligne téléphonique et internet, échographie, tests de dépistage, Les bus seraient utilisés par des médecins et des infirmiers pour faire une tournée des villages, dans les zones où il existe un réel déficit en professionnels de santé médicaux et paramédicaux.

3.1.4 Les coordinations dans l'offre de soin

L'offre de soins sur le territoire est défectueuse à plusieurs niveaux	Pénurie de certains professionnels de santé (orthophonistes, dermatologues, psychologues, psychiatres...); les étudiants en médecine partent se former et ne reviennent pas, numerus clausus, manque d'attractivité de la spécialité, manque d'attractivité du territoire
	Problèmes relationnels entre patients et médecins, étant donné la difficulté, ressentie par l'utilisateur, du professionnel à se mettre à sa place : éloignement trop important avec le terrain
	Relation médecin patient non intégrée à sa formation initiale ou continue : le professionnel manque de compétences relationnelles

Réaffirmer le rôle de coordinateur du médecin traitant	
Redonner un rôle de diagnostic et d'orientation à la médecine générale	Réinventer le maillon généraliste pour la prise en charge des polyopathologies
	Importance du rôle du médecin généraliste pour le travail de prévention , diffusion, acceptation de certaines maladies et soins
	Redynamiser les dispensaires (centre de santé): exemple du centre de Lupino
	Informers les médecins généralistes des offres de soin existantes localement via les plaquettes d'information
	Créer le statut de médecin traitant référent pour les moins de 18 ans
Renforcer la coordination entre professionnels de santé pour favoriser la communication autour des patients	Créer et favoriser des temps de coordination (rémunérés) entre généralistes et spécialistes (visioconférence, mail, sms, téléphone), quel que soit leur mode d'exercice
Doter, avec pertinence, le territoire, des spécialités et technologies manquantes, pour un meilleur aménagement sanitaire territorial	
Identifier les spécialités médicales et para médicales manquantes et pertinentes	Identifier les spécialités médicales manquantes selon les territoires
	Développer les consultations avancées dans les hôpitaux de proximité (Sartène, Calvi, Porto-Vecchio, Corte)
	Mieux former les médecins à la communication
	Raccourcir les délais de rendez-vous médicaux
	Identifier les plateaux techniques médicaux manquants et pertinents
Rendre plus attractives certaines spécialités	Revaloriser la médecine générale pendant les études médicales
	Augmenter le nombre de postes de médecin du travail, d'ophtalmologie
	Révision des tarifs de soin des professionnels de santé (y compris les visites à domicile)
Aménager le territoire à tous les échelons institutionnels en termes sanitaires	Solliciter les institutions (ARS) pour une meilleure répartition des dispositifs de soins
	L'ARS doit répertorier les spécialités médicales sur le département
Mise en place d'un fonds coordonné (ARS/CPAM/Collectivités locales) pour aider au soutien et à l'émergence de projets de santé	L'ARS a défini en 2011 des zones fragiles dans son Projet Régional de Santé : Cap Corse, Centre Corse, région de Vico-Carghese, Fiumorbo, Taravo et Alta Rocca. Ces zones fragiles n'ont pas été réactualisées depuis, il faudrait inclure dans le Projet Régional de Santé une évaluation plus régulière de la démographie des professionnels de santé.
Des médecins formés et connectés	
Formations initiale et continue des médecins	Former spécifiquement les médecins sur la législation sociale (maladie professionnelle, accident du travail, droits sociaux, arrêts maladie...)
	Communiquer auprès des médecins de chaque territoire sur les offres de soins existantes
	Développer l'offre de soin mutualiste (optique, dentaire) sur différents territoires
Prise en charge des ruptures de vie chez les personnes	Développer l'enregistrement de la situation sociale des patients par les médecins généralistes
Développer les nouvelles TIC ²³	Développer la télé-médecine

²³ Technologies de l'Information et de la Communication

Pas de santé sans une bonne santé mentale	
Généraliser l'accompagnement psychologique	Créer une cellule d'accompagnement psychologique "centre de ressources"
	Cet accompagnement psychologique doit être connu du médecin généraliste, pour pouvoir le proposer
	Systematiser l'accompagnement des aidants et de l'entourage (conjoint & enfants) en le prévoyant dans un protocole
	Créer un réseau des MDA en Corse
Dé-stigmatiser les problèmes liés à la santé mentale et au handicap	Renforcer les moyens des CMP
	Travailler sur l'acceptation du handicap (parents, famille proche)
	Valoriser les parcours de réussite de personnes PEC dans les institutions psychiatriques : encourager la communication, favoriser la transmission d'informations sur ces exemples de réussite

3.1.5 L'accompagnement et/ou l'hébergement

Difficultés liées à l'accompagnement et à l'hébergement	Les immigrés ne sont pas accompagnés dans leurs démarches (CMU, AME, RDV ...)
	Les populations vulnérables sont plus souvent et plus gravement malades mais paradoxalement moins aidées et accompagnées
	L'accès aux soins des personnes les plus vulnérables est difficile malgré l'existence des lois censées le favoriser
	Pour débloquer les situations les plus complexes de non recours aux soins il manque un « <i>accompagnant</i> » indispensable pour accompagner certains usagers à entrer en contact avec le système de santé
	Faire garder les enfants est problématique
	Problème d'accompagnement des patients qui vivent loin : le tissu d'offres de soins n'a pas la densité de l'offre continentale
	Manque d'accompagnants pour aider certains usagers à entrer en contact avec le système de santé
	Le problème d'hébergement si pas nécessité d'hospitalisation
	Coût de l'hébergement et/ou accompagnement en cas de soins longs hors domicile
	Les services de chirurgie ambulatoire des grandes villes ne sont pas adaptés aux patients qui sont éloignés, dans les territoires ruraux

Des pistes de solutions pour ces causes

Créer des solutions d'hébergement facilitant le soin	
Créer les structures d'hébergement alternatives aux soins pour les malades	Créer les structures d'accueil et d'hébergement entre hôpital et logement
	Développer une HAD ²⁴ adaptée aux personnes précaires ayant un domicile
	Informmer la CAPA ²⁵ des besoins en logement des publics spécifiques
Créer des solutions d'hébergement pour les familles des patients	Créer un dispositif hôtelier pour les familles des malades hospitalisés
Mettre en place des dispositifs de soutien et gardes d'enfants pour libérer du temps aux parents pour se soigner	Accueil exceptionnel à la cantine pour libérer du temps
	Créer/ Développer des structures d'accueil de courte durée pour les enfants
	Développer des financements de "chèques-crèches"

3.1.6 L'accessibilité sociale au soin et à la prévention

Carence des dispositifs pour précaires	La PASS d'Ajaccio n'offre pas une PEC permanente : absence d'accueil, d'ouverture tous les jours de la semaine
	Même les bénéficiaires de la CMU renoncent aux soins dentaires, optiques et spécialistes, médicaments non remboursés
Manque de moyens adaptés pour la prise en charge de certains publics	Les professionnels ne s'adaptent pas aux publics immigrés
	La plupart des décès des sans-abris sont liés à des problèmes de santé non manifestés et trop tardivement pris en charge
	Les délais d'attente pour l'accès aux établissements publics et services médicaux sociaux sont longs (dans certains cas, liste d'attente de plusieurs mois) et souvent non compatibles avec une prise en charge précoce et immédiate, devant intervenir dès la prescription
	Peu de lieux, y compris la PASS, ne sont réellement en capacité d'accueillir et de soigner les personnes en errance (difficulté d'expression, peur du soignant, difficulté de la langue...)
	La vie dans la rue rend difficile voire inaccessible l'accès aux soins (hygiène, alimentation...)
	Une fois la maladie ou l'addiction traitée, le bénéficiaire est renvoyé dans la rue par manque de lieux d'accueils adaptés (lits halte soins santé ...), d'où suite de soins catastrophique, récurrence
	Pour les publics qui ne perçoivent pas le RSA ²⁶ ni la CMU, les seuls recours pour se soigner sont les permanences médicales dans les associations ou la PASS
	Handicap physique et mental : freins matériels à l'accessibilité, difficultés à comprendre
Temps d'attente RDV trop long : conditions administratives non remplies (nombre de pièces trop important, difficulté d'obtention de certains documents administratifs)	

²⁴ Hospitalisation A Domicile

²⁵ Communauté d'Agglomération du Pays Ajaccien

²⁶ Revenu de Solidarité Active

Des pistes de solutions pour ces causes

Développer une offre de soins qui va vers le patient	
Mettre en place un service psychiatrique de proximité	Créer un SAMU²⁷-social à Ajaccio et Bastia avec des psychiatres et psychologues des rues
	Créer une UMAPP²⁸ sur Bastia (unité mobile psy)
Développer une offre de soins mobile	Mettre des agents de santé au service des écoles et crèches pour dépister les troubles du langage
	Bilans de santé en gérontologie mobile
Amener la médecine au contact des populations marginalisées	Assurer une présence médicale dans les centres d'hébergement pour malades cadrés après hospitalisation
Donner une dimension « santé » à des lieux accueillant déjà ces populations	Développer des lieux d'animation sociale globale intégrant la dimension santé (expériences à Alata et Petreto) avec éducation à la santé
	Implanter des consultations type « médecins du monde » dans les lieux adéquats
Coordonner une politique médico-sociale territorialisée	
Organiser la synergie des services agissant sur la précarité	Travailler sur la complémentarité CTC / Conseils départementaux / Intercommunalités / Municipalités pour une politique d'action sociale cohérente
	Supprimer la clause de compétence générale
	Mieux redéployer les professionnels de l'Action Sociale : département/Mairie/Associations
Développer le concept de coordination des différents services sur le problème du renoncement aux soins (CLIC ²⁹)	Il faut se saisir de l'outil de pouvoir qu'est le CLS ³⁰
	Il faut plus de retours de la part des effecteurs du CLS
	Il faut attendre les résultats du CLS pour en optimiser le prochain

D'autres propositions

La chasse aux « doublons ».

Il est apparu dans les différentes réunions qu'il manquait un maillage territorial cohérent et clair pour la population, mais aussi pour les professionnels de santé, chaque institution pouvant réaliser des actions sans que d'autres ne soient au courant, amenant parfois certaines actions à se chevaucher, voir à « faire doublon ».

Aussi, dans un souci de simplification administrative cité plus haut, il a été proposé de réfléchir à une politique d'actions sanitaire et sociale cohérente.

Cela peut passer par la suppression de la clause de compétence qui régit les institutions.

Mais cela va aussi se faire grâce à des rencontres entre les services des différentes institutions.

Nous avons donc réfléchi à des réunions de coordination entre assistantes sociales des services sociaux des différentes institutions : Département, CAF, CPAM, MSA, RSI, Mutuelles... Ces réunions seraient organisées par les directions des différents services de chaque institution. Elles ne pourraient pas l'être par les assistantes sociales directement, car celles-ci peuvent être amenées à changer de service, à partir à la retraite, ce qui rendrait le calendrier des réunions aléatoires...

Ces réunions doivent être l'apanage des politiques de chaque institution, et pour qu'elles soient pérennes, elles doivent être coordonnées par les directions de services.

²⁷ Service d'Aide Médicale Urgente

²⁸ Unité Mobile d'Action Psychiatrique pour Personnes Précarisées

²⁹ Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique

³⁰ Contrat local de Santé : La réduction des inégalités sociales et territoriales de santé constitue l'un des objectifs principaux d'un CLS, contrat matérialisant les priorités de santé sur lesquelles l'ARS et une collectivité locale (commune ou intercommunalité), voire d'autres acteurs institutionnels, s'accordent.

Inscrites par ces directions dans les différents calendriers institutionnels (par exemple à un rythme mensuel), elles deviendraient un maillon fort de l'action sociale territoriale.

Ces réunions devraient s'organiser selon les territoires d'action sociale définis au niveau départemental.

Cette coordination serait donc inscrite dans la politique départementale de l'action sociale.

Dans le même ordre d'idées, on pourrait également voir des réunions entre des institutions au sujet de la santé (ARS, CPAM, URPS³¹, CTC). Bien entendu ce modèle peut se décliner pour tous les pans de la vie en Corse : social, économique, sanitaire, transports (cf. la proposition de créations de réseaux de transports intercommunaux).

D'autres propositions

Renforcer et valoriser l'action des dispositifs d'accès gratuit et immédiat aux soins	
Rendre visible l'action associative	Maintenir les financements des associations œuvrant auprès de ces publics
	Fournir des Assistantes Sociales à la consultation de Médecins du Monde
	Réunir les financeurs des associations et les associations pour connaître le service rendu
Rendre les PASS opérationnelles au niveau régional	Mieux informer le public et les professionnels de santé sur l'accès à la PASS
	Rendre les PASS plus fonctionnelles (horaires, lieux, fonctionnement) Des PASS efficaces, en nombre suffisant et reconnues
Avoir une tarification tenant compte du poids de la précarité	Introduire une pondération sociale dans la T2A ³²
Recentrer la mission du travail social sur la prévention	Sortir les assistantes sociales de la gestion des dispositifs vers le préventif
Adapter les supports et les vecteurs aux plus fragiles	
Utiliser les TIC aux bénéfices des plus vulnérables	Adapter les bornes numériques au public illettré (pictogramme)
	Développer un système de partage de données médico-sociales
	Développer les PAM³³
Mutualiser et articuler les différents services d'interprétariat	Mutualiser le service d'interprétariat à la demande existant dans certaines structures (Castelluccio, tribunal) y compris langue des signes
	Connaître les sites internet de traduction médicale (ex: Traducmed)
	Numéros connus des médecins, abonnement pris en charge par CPAM
	Développer d'authentiques emplois jeunes pour l'accompagnement des primo-arrivants ou des personnes d'origine étrangères pour atténuer le barrage de la langue
Adapter les messages d'information à la spécificité des publics	
Mieux recenser et promouvoir les centres de soins gratuits	Remettre en place les dispensaires de santé (pas d'avance de frais)
	Créer un répertoire des dispositifs de soins sans avance de frais
	Créer un logo national pour les centres de santé sans avance de frais
	Améliorer l'image des dispositifs sans avance de frais : accueil, promotion, communication (CMP, Centres dentaires)

³¹ Union Régionale des Professionnels de Santé

³² Tarification à l'Activité

³³ Point d'Accueil Multimédia

Comprendre pour agir sur le phénomène du renoncement aux soins	
Comprendre et agir sur les causes du dysfonctionnement du système	Doter les institutions politiques d'une ingénierie pour identifier les causes du dysfonctionnement du système
	S'informer du devenir d'une personne sans papier se présentant à l'accueil de l'hôpital hors urgence
	S'informer sur le travail fait par Ava Basta sur les dysfonctionnements systémiques de l'accès aux droits
Orienter la MIRIAPES ³⁴ vers l'opérationnel	Créer une cellule de veille sur le renoncement aux soins
	Intégrer les statistiques des associations dans la mission MIRIAPES
Requestionner l'adéquation entre la spécificité de la mission associative et la réalité de sa mise en œuvre	Comprendre les choix individuels qui font que certains vont vers les associations plutôt que vers le droit commun

3.1.7 L'offre en médecine scolaire

La médecine scolaire a vocation à lutter contre les inégalités sociales de santé, c'est une médecine de proximité qui intervient dès l'enfance : prévention primaire, examens médicaux, bilans de santé, orientation thérapeutique, dépistage des troubles de l'apprentissage, orientation dans des délais brefs aux professionnels adaptés, dépistage de la maltraitance (notamment par défaut de soins, qui représente un renoncement de soins par les parents au détriment de l'enfant), amélioration des conditions de scolarisation, notamment des élèves porteurs de handicap. Elle est censée couvrir tout le territoire mais actuellement, au niveau national, on ne dispose que d'un médecin pour 10 000 élèves, déficit du fait des départs à la retraite et de la non valorisation de l'exercice médical en milieu scolaire. Les infirmières et les médecins rattachés à des établissements secondaires interviennent dans les écoles de manière ponctuelle (visites systématiques, bilans de santé....) avec des difficultés de réel suivi des élèves et de lien avec les familles et les autres partenaires.

Une médecine scolaire méconnue et à l'efficacité problématique	Dépistage et visites médicales de tous les élèves scolarisés sur le territoire à systématiser, avec possibilité de préconisations aux parents de prises en charge, (essentiellement soins dentaires, soins ophtalmo, vaccins ...) souvent non suivies d'effet dans les familles précaires
	Suite au repérage de problématiques de santé (par la médecine scolaire et les équipes médico-sociales, ...) des difficultés d'accès pour les familles précaires aux réponses libérales peu ou pas accessibles (frein financier, centralisation géographique des professionnels de santé...)
	Absence de suivi après la médecine scolaire pour les jeunes

³⁴ Afin de mieux faire face à l'étendue et à la complexité des problématiques sanitaires et médicosociales, la CTC intervient en soutien et en complémentarité des différentes actions et dispositifs menées par l'Etat et les autres collectivités territoriales alors même que ces domaines ne font pas partie des compétences qui lui sont dévolues par la loi. C'est dans cette perspective, que l'Assemblée de Corse a adopté à l'unanimité le 20 décembre 2012 le règlement des aides dans le secteur de la santé et du social (délibération n° 12/244) ainsi qu'un addendum le 7 juin 2013 par la délibération n° 13/130 précisant les taux d'intervention. Ce vote traduit le choix de la CTC de s'engager dans une démarche volontariste dans ces secteurs et son ambition de créer des synergies, de rendre plus efficaces et structurantes les politiques et actions menées par les différents acteurs compétents et légitimes à agir. La création d'une Mission Régionale d'Observation et d'Information sur la Précarité et l'Exclusion

Sociale, copilotée par l'Etat et la CTC rend compte de cet investissement et de la recherche d'une action coordonnée. La Direction du développement social de la CTC a confié l'accompagnement technique de la mission régionale d'informations et d'actions sur la précarité et l'exclusion sociale (MIRIAPES), dans sa démarche de création d'un Datamining régional du médico-social. »

Des pistes de solutions pour ces causes

Développer la prévention chez l'enfant	
Renforcer le temps médical dans les structures	Renforcer le temps médical des PMI ³⁵
	Mieux coordonner les structures agissant sur la santé de l'enfant (PMI, médecin scolaire, pédiatre, médecin généraliste...)
Développer la prévention primaire en milieu scolaire	Recruter des médecins à la retraite pour animer les dispensaires
	Ouvrir un centre médico-scolaire à Ajaccio Créer un service social en école primaire
Renforcer les moyens humains en médecine scolaire	Augmenter le nombre de médecins scolaires, en améliorer le statut et la rémunération
	Revaloriser les salaires de la médecine scolaire
	Simplifier l'accès à la filière médecin scolaire : DIU ³⁶ , e-learning (actuellement passage obligé 16 semaines à Rennes)
Renforcer les moyens matériels en médecine scolaire	Mieux couvrir les établissements du rural en médecine scolaire
	Améliorer la dotation en médicaments et matériels des services de médecine scolaire
Prioriser les missions de la médecine scolaire dans ce contexte de pénurie	Privilégier la médecine scolaire pour le primaire
	Rendre obligatoire les visites médicales en CM2³⁷ et en 3° (orientation professionnelle, sport)
	Mieux organiser le PAI ³⁸ pour les enfants avec problème d'intégration scolaire
	Avoir la présence du médecin scolaire pour le PPS ³⁹ des enfants handicapés
Mieux informer et rendre plus efficaces les dispositifs existants	
Rendre plus efficaces les dispositifs existants	Faire plus de prévention dans les collèges et les lycées
	Renforcer le rôle de l'infirmière scolaire
	Eclater et décentraliser le planning familial et pérenniser les permanences
Mieux informer les jeunes sur les dispositifs existants	Informar dans les collèges sur le rôle de l'infirmière dans la prévention et difficultés liées à la sexualité
	Education à la santé auprès des jeunes sur les addictions, la sexualité, santé bucco-dentaire, etc.
Mieux informer les jeunes sur les dispositifs existants	Communiquer sur le rôle et l'intérêt de la présence du médecin scolaire (rendre plus visible son action)

³⁵ Protection Maternelle Infantile

³⁶ Diplôme Inter-Universitaire

³⁷ Cours Moyen 2ème année

³⁸ Projet d'Accueil Individualisé

³⁹ Projet personnalisé de scolarisation (= aménagement pour élèves porteurs de handicap)

3.1.8 La promotion de l'éducation à la santé

Le rapport à la santé	Place de la santé dépendante de la culture ou de la société : dimension magico-religieuse, fatalisme religieux ; l'image du corps est idéalisée dans les différentes cultures ou sociétés (anorexie comme phénomène de mode)
	Education dans le jeune âge devant la santé (cultures diverses) : les personnes fragiles sont moins entourées dans notre société (augmentation de l'individualisme, délitement du lien social) / Rapport et tolérance à la douleur
	Les jeunes sont moins soucieux de leur santé : croyance d'une résistance physique et psychique supérieure à la maladie ; les parents n'ont plus la vigilance de proximité ; il en découle des comportements à risque fréquents
	Problème de l'image de soi
	Crainte du regard des autres
	Durée du temps passé en salle d'attente
	Craintes qu'ont certaines personnes de croiser une connaissance en allant consulter
	Préservation de la vie privée
La peur du soin	Le médecin scolaire fait peur : peur du jugement, peur d'un système répressif
	Le mot handicap stigmatise, le dossier RQTH ⁴⁰ fait peur : peur d'être jugé inapte, et en même temps incompréhension du jargon administratif
	Plus généralement, il existe une peur du jugement et du poids de l'apparence bloquent l'accès à certains soins et services (San Ornello, IME ⁴¹ , Castelluccio) : certains mots (« fou », « psy », « San Ornello », « IME », « Castelluccio ») provoquent des réactions de rejet
	Le dépistage et les conséquences de la maladie et de son traitement font peur: la souffrance et la connaissance du parcours de souffrance rebute et éloigne du soin
	Peur de l'hôpital
	Peur de devoir payer une consultation (faire l'avance de frais/dépassement d'honoraires)
	Peur du diagnostic et des soins à subir, peur de la transformation physique entraînée par les soins
	Pas de communication avec le patient qui vient d'apprendre qu'il a un cancer
	Le regard des autres : dimension de confidentialité
	Question de snobisme : aller sur le continent consulter au prétexte d'y faire ses emplettes)
Gêne des patients qui bénéficient d'actes gratuits de la part des médecins	
Assistanat au lieu de la solidarité	
Être redevable vis-à-vis d'un professionnel de santé	
Le soin n'est pas prioritaire	L'habitude de la privation de tout, et la transmission familiale de cette habitude
	Les immigrés n'ont pas l'habitude de se plaindre, de se soigner (qu'en dernière extrémité !)
	Toute dépense ampute le montant qui est envoyé au pays pour les immigrés
	Recourir aux soins pour soi et ses proches est considéré moins primordial que se nourrir ou se loger
	Soins différés parce que non prioritaires au regard d'autres impératifs (recherche d'emploi, logement, ressources alimentaires, vêtements...)
	Le chef de famille ne peut pas se permettre de se soigner : pour lui, les autres membres de la famille passent avant
	Les soucis de santé de l'enfant (ophtalmo, dentaires, dyslexie..) ne sont pas prioritaires pour les parents, il n'est pas nécessaire de s'en occuper quand on ne veut pas faire d'études
	La perception d'une bonne santé est fonction du milieu culturel

⁴⁰ Reconnaissance de Qualité de Travailleur Handicapé

⁴¹ Institut Médico-Educatif

Le soin n'est pas prioritaire	D'autres soucis ou problématiques obligent à négliger la santé : la précarité ne permet pas de prendre en charge sa santé
	Les personnes n'ont pas conscience des conséquences d'une absence de prise en charge
	Défaut de perception de sa santé
	Trop de messages de prévention qui ne sont pas pertinents ni adaptés au public
	Les personnes n'ont pas conscience des conséquences d'une absence de prise en charge
	Défaut de perception de sa santé
	Trop de messages de prévention qui ne sont pas pertinents ni adaptés au public
	Intrusion de la santé publique dans la sphère privée
Recours à l'automédication	Lors des entretiens avec les familles, il est fréquent de constater que les familles qui ont des difficultés à accéder aux soins, consultent les sites dédiés à la santé sur Internet, posent leur propre diagnostic et se soignent avec les moyens du bord.....avec toutes les conséquences qui peuvent en découler !!!
	Beaucoup d'immigrés ont l'habitude de se soigner eux-mêmes par des remèdes traditionnels
Handicap de la langue	Incapacité du professionnel à se mettre à la place de l'utilisateur (parfois professionnel trop éloigné du terrain)
	Manque d'interprètes, peu de locuteurs dans certaines langues
	Non maîtrise du vocabulaire médical par l'utilisateur
Autres choix	La démarche de prévention n'est pas dans la culture des immigrés
Besoin d'autonomie pour garder le contrôle	« <i>Ma santé m'appartient</i> » : choix individuel
	Volonté de rester le plus longtemps autonome ; ne pas devenir dépendant, renoncement aux certaines opérations
Carences dans les protocoles de dépistage	Pas de bilan de santé pour les immigrés
	L'absence d'équipe médico-sociale à l'école primaire, en vue du repérage et de la prise en charge préventive des élèves en situations de risque
	Pour les sans-abris, les pathologies sont rarement décelées en amont
	La majorité des sans-abris ne bénéficie pas d'un suivi médical régulier
	L'impossibilité mentale de reconnaître les signes d'une maladie
Dépistage sans suite	Une grande partie de la population échappe à l'aspect préventif de la santé
Epuisement et souffrances psychologiques	Les personnes vivant à la rue n'ont plus les ressources psychologiques pour s'occuper d'elles-mêmes : aucune projection dans l'avenir (perte d'estime de soi, troubles nutritionnels, manque d'hygiène) ; rupture dans le parcours de vie (dépendances – alcool – drogues, davantage de pathologies psychiatriques chez les jeunes, divorce – séparation – licenciement – décès – incarcération - perte du statut social... entraîne une exclusion du monde professionnel)
	Pathologies psychiatriques : de passagères à chroniques
	Incapacité à être responsable de soi-même : le temps qui passe est un facteur aggravant de la déresponsabilisation (la personne s'éloigne de la société le repli sur soi est une forme de protection) ; l'assistanat participe à la déresponsabilisation (liens de dépendance parents-enfants, lien de dépendance associatifs ou institutionnels)
	La faible valeur accordée à sa propre vie
	Soins interrompus par lassitude ou négligence; le renoncement marginalise davantage
Méfiance vis-à-vis de la médecine : la rumeur oriente le soin	Manque de confiance dans certaines pratiques médicales
	Les rumeurs prennent le dessus sur la réputation
	Croyances versus réalité
	Les rumeurs prennent le dessus sur la réputation : « manque de chirurgien compétent », « manque d'offre de soin »

Méfiance vis-à-vis de la médecine : la rumeur oriente le soin	Des personnes pensent être mieux soignées sur le continent (+ de compétences, + de moyens)
	Les diagnostics sont peut-être meilleurs pour certains cas ailleurs?
	Témoignages défavorables envers certains médecins
	Manque de confiance dans les médecins
	Les supports de prévention sont inadaptés pour le public immigré

Des pistes de solutions pour ces causes

Promouvoir la santé publique à travers l'éducation à la santé	
Développer la formation du public à l'éducation à la santé	Développer l'éducation à la santé : pertinence des thèmes, messages adaptés aux différents publics
	Faire une éducation à la santé sur l'hygiène bucco-dentaire destinée à public ciblé (école primaire)
	Développer les actions d'éducation à la santé adaptées aux jeunes (Raid Santé)
Organiser l'information des actions de prévention autour du territoire	Communiquer les actions de l'IREPS⁴² à tous les professionnels de santé
	Faire bénéficier de la formation IREPS des publics médicaux ciblés
	Renforcer les moyens financiers en direction de la prévention
	Recenser les actions de prévention organisées sur le territoire
	Lister les associations et les institutions qui font des actions de prévention
	L'IREPS doit tenir un calendrier des actions prévues
Vulgariser, développer et valoriser l'éducation à la santé	Renforcer la communication en matière d'éducation à la santé
	Utiliser les média (télé, etc.) pour faire de l'info santé
	Développer l'offre de formation universitaire en santé sur le territoire , école d'éducateurs spécialisés en Corse
Rendre plus opérationnel l'ARCODECA ⁴³	Mieux informer sur l'existence de l'ARCODECA et améliorer sa communication
Solidarité au service d'une santé pour tous	
Développer le sens citoyen	Savoir donner du temps personnel pour aider les autres
	Mise en œuvre d'actions en faveur de la citoyenneté: « une place pour tous »

3.1.9 Les conditions de travail

Difficultés liées aux contrats de travail et la réglementation en cas d'accident du travail	La crainte de perdre son travail l'emporte : pour le garder, on dissimule sa maladie
	Un accident du travail change le regard de l'employeur : il peut s'installer une guerre d'usure avec l'employeur après la déclaration de la maladie.
	Il existe un manque de dispositifs de remplacement sans tracasserie administrative qui pénalise l'employeur
	L'employeur lui-même manque d'informations sur les dispositifs liés aux accidents du travail
	Les problèmes de réinsertion professionnelle sont accentués en Corse, d'autant plus lorsqu'on a un travail précaire (CDD ⁴⁴ , saisonnier, pas de travail, pas de contrat de travail...)

⁴² Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé

⁴³ Association Régionale CORse du DEpistage des CANcers

⁴⁴ Contrat à Durée Déterminée

Des pistes de solutions pour ces causes

Rendre la visite médicale préalable à l'embauche systématique et effective	Rendre obligatoire la visite médicale avant embauche, même saisonnière
	Si poste de médecin du travail non pourvu, le déléguer à un médecin généraliste
	Le RSI doit suivre les consultations préalables à l'embauche des saisonniers
	Associer Pole-Emploi au suivi médical des patients en attente d'un contrat : ajouter le passage chez le médecin du travail dans la liste des documents à fournir
Améliorer les dispositifs et la communication autour des accidents du travail et maladie professionnelle	Améliorer l'information donnée aux employeurs sur les dispositifs accidents du travail et maladie professionnelle
	Rendre plus visibles les lieux où ces informations sont disponibles
	Eviter les temps partiels alors que les employés travaillent à temps plein
	Assouplir la législation sur le CDD en cas de remplacement du travail : rendre possible l'allongement de la durée du CDD

3.1.10 La précarité chez certains étudiants

Problème d'avance de frais	Problèmes avec les mutuelles étudiants
	Délai d'obtention des documents administratifs (carte vitale pour les étudiants)
Problèmes spécifiques aux étudiants	Problème des étudiants internationaux en attente de droit
	Les étudiants boursiers n'ont pas le droit de travailler à côté
	Droits d'inscription universitaire pour les non boursiers trop chers
	Les étudiants non boursiers dépendent des parents : Les parents ne sont pas solidaires de leurs enfants pour les démarches administratives
Vie chère à Corte	Location d'un studio entre 400€ (CROUS ⁴⁵) et 600€ (privé)
	Malnutrition
	Les étudiants ne vont pas au restaurant universitaire
	Prix élevés de l'alimentaire
Manque de temps à cause des études	Contraintes horaires (cours de 8h à 18h, comme les cabinets médicaux)
	Manque de disponibilité de temps pour consulter
	Temps passé dans la salle d'attente des médecins : Raccourcissement du temps de consultation pour répondre à la demande de + en + importante

Des pistes de solutions pour ces causes

Optimisation socioéconomique du statut de l'étudiant	Inclure les étudiants dans le régime général de la sécurité sociale, avec un statut particulier
	Les étudiants doivent bénéficier des droits sociaux (CMU, CMU-C...)
	Faciliter le changement de statut (droits sociaux) entre le statut d'étudiant et le passage à la vie active
	Organiser un accueil physique des étudiants dans les locaux des mutuelles étudiantes
	Les étudiants devraient avoir plus de facilités pour trouver un job pendant l'année universitaire en lien avec le service d'insertion professionnelle
	Il faut mieux rémunérer les étudiants stagiaires dans le cadre de l'insertion professionnelle
	Les commerces alimentaires doivent baisser leurs prix pour les étudiants
Soutenir l'initiative locale	Soutien à l'association Aiutu Studentinu qui est une épicerie solidaire à destination des étudiants de l'université

⁴⁵ Centre Régional des Œuvres Universitaires et Scolaires

3.2 DES CAUSES ET DES PISTES DE SOLUTIONS PLUS SPECIFIQUES A CHAQUE MICROREGION

3.2.1 Ajaccio et sa microrégion

Pour la région ajaccienne, il est ressorti des causes de renoncement aux soins un problème de **visibilité de la PASS** (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) de l'hôpital d'Ajaccio. Les personnes présentes qui sont responsables d'associations œuvrant pour les personnes précaires déplorent un manque de liens avec la PASS : absence de PEC offerte de manière permanente et donc régulière (défaut d'ouverture et d'accès tous les jours de la semaine), mauvaise situation de la PASS au sein de l'hôpital, défaut de communication du fonctionnement de la PASS.

D'autre part, il existe pour les participants un défaut de **prise en charge adéquate pour les personnes immigrées** qui ne parlent pas le français, et pour les personnes sans-abris, pour lesquelles la démarche de soin fait défaut par manque d'accompagnement et déficit en capacité d'hébergement post-urgence.

Concernant **l'hébergement post-urgence**, il est tout aussi problématique pour des personnes devant sortir des urgences en pleine nuit, car **ne nécessitant pas d'hospitalisation, et habitant loin d'Ajaccio**.

Il existe enfin, paradoxalement, un problème de **transport pour les personnes âgées vivant seules**, avec encore une fois un manque d'accompagnants pour ce public.

Des pistes de solutions pour ces causes

Privilégier les plus vulnérables pour amener la médecine dans les lieux les plus éloignés du soin	
Amener la médecine au contact des populations marginalisées	Créer le SAMU Social à Ajaccio
	Assurer une présence médicale dans les centres d'hébergement pour malades cadrés après hospitalisation
Donner une dimension « santé » à des lieux accueillant déjà ces populations	Développer l'éducation à la santé dans les lieux où l'on rencontre ce public
	Développer des lieux d'animation sociale globale intégrant la dimension santé (expérience à Alata et Petreto)
	Implanter des consultations type Médecins du Monde dans les lieux adéquats
	Introduire la dimension santé au centre d'information sur les droits de femmes et des familles (CIDFF ⁴⁶ , en contact avec familles monoparentales)
Rendre visible l'action associative	Soutenir les associations œuvrant sur le vivre ensemble et l'estime de soi et maintenir leurs financements
	Fournir des Assistantes Sociales à la consultation de Médecins du Monde
	Valoriser, de façon objective, l'aide apportée par les associations (dossier social, consultations ...)
	Réunir les financeurs des associations et les associations pour connaître le service rendu
Rendre la PASS opérationnelle	Mieux informer sur l'accès à la PASS
	Demander à la PASS de se rapprocher de MDM ⁴⁷ pour échanger sur les pratiques
	Améliorer la communication sur l'existence de la PASS au niveau des interfaces
	Développer des consultations à horaires et jours adaptés au public
	Rendre la PASS plus fonctionnelle (horaires, lieu)
	Prévoir une PASS bien située dans le nouvel hôpital
Construire une politique médico-sociale territorialisée pour agir sur les leviers facilitant l'accès aux soins et créer des solutions d'hébergement facilitant le soin	
Comprendre et agir sur les causes du dysfonctionnement du système	Faire des réunions de concertation pluridisciplinaires pour les cas de personnes précaires les plus difficiles
	Analyser sur cas concrets les points de rupture de parcours
	S'informer du devenir d'une personne sans papier se présentant à l'accueil de l'hôpital hors urgence
	Connaître le parcours du sans papier présentant un problème de santé non urgent
Requestionner l'adéquation entre la spécificité de la mission associative et la réalité de sa mise en œuvre	Apporter une aide à la réflexion aux associations accueillant ce public pour faciliter le retour aux droits communs
	Comprendre les choix individuels qui font que certains vont vers les associations plutôt que vers le droit commun
Créer les structures d'hébergement alternatives aux soins pour les malades	Créer les structures d'accueil et d'hébergement entre hôpital et logement
	Développer une HAD adaptée aux personnes précaires ayant un domicile
	Augmenter le nombre de familles d'accueil (personnes âgées, patients avec pathologie psychiatrique...)
	Impliquer la CAPA dans la création d'hébergements pour publics spécifiques
	Informar la CAPA des besoins en logement des publics spécifiques
Créer des solutions d'hébergement pour les familles des patients	Créer un dispositif hôtelier pour les familles des malades hospitalisés

⁴⁶ Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles

⁴⁷ Médecins du Monde

3.2.2 Bastia et sa microrégion

Les principaux problèmes qui ont été relevés sur Bastia concernent **les transports, l'accompagnement et l'hébergement des personnes qui ont besoin de soins**.

Les participants ont noté une fois de plus l'absence d'uniformisation du réseau de transports sur le territoire.

Ce déficit est associé à une mauvaise répartition de l'offre de soin sur le territoire, et plus globalement à un éloignement géographique des lieux de consultation pour certaines personnes.

L'offre de soin n'est pas toujours accessible pour les personnes qui ont besoin de faire garder leurs enfants, par manque de structures permettant une garde ponctuelle.

Il existe également un défaut d'hébergement des patients qui viennent de loin pour consulter, ainsi que des accompagnants qui sont au chevet des personnes de leurs familles lorsque celles-ci sont hospitalisées.

Sur le territoire bastiais, il existe aussi une réaction de rejet vis-à-vis des structures d'hospitalisation psychiatrique adulte ou enfant : la peur du jugement et du poids de l'apparence bloque l'accès à certains soins et services, comme l'IME ou San Ornello, souvent connotés aux qualificatifs de « fou » ou « psy ».

Une santé à la portée de tous	
Développer outils et emplois pour la traduction et l'accompagnement des personnes étrangères	Développer un système de traductions par téléphone ; numéros connus des médecins, abonnement pris en charge par CPAM ou autre structure
	Développer d'authentiques emplois jeunes pour l'accompagnement des primo-arrivants ou des personnes d'origine étrangères pour atténuer le barrage de la langue.
	Mutualiser les compétences d'interprétariat
	Mettre en place des systèmes de garde d'enfants pour favoriser l'accompagnement et/ou le soin
Libérer du temps aux parents pour se soigner	Accueil exceptionnel à la cantine pour libérer du temps
	Créer/ Développer des structures d'accueil de courte durée pour les enfants
	Développer des financements de "chèques-crèches"
Une offre de soins de qualité qui va vers le patient	
Mettre en place un service psychiatrique mobile	Créer un Samu social avec des psychiatres et psychologues des rues
	Créer une UMAPP comme à Ajaccio (unité mobile psy)
Développer une offre de soins mobile	Rapprocher l'offre de soins : bus itinérants, bilans de santé en gérontologie
	Mettre des agents de santé au service des écoles et crèches pour dépister les troubles du langage
Pas de santé sans une bonne santé mentale	
Dé-stigmatiser les problèmes liés à la santé mentale et au handicap	Changer le nom "IME" qui est trop connoté "asile" pour de nombreux parents/Dé-stigmatiser en enlevant "IME" sur le bus
	Travailler la communication, la transmission d'information sur des parcours de réussite en IME et grâce aux IME (vidéos, documentaires, journées portes-ouvertes...)
	Travailler sur l'acceptation du handicap (parents, famille proche)
	San Ornello : améliorer communication, service enfant, accueil
	Renforcer les moyens des CMP
	Créer une cellule d'accompagnement psychologique "centre de ressources"
Généraliser l'accompagnement psychologique	Généraliser l'accompagnement psychologique (qu'il n'y ait pas que les médicaments)
	Un accompagnement psychologique doit être prévu et proposé par le médecin
	Systématiser l'accompagnement des aidants et de l'entourage (conjoint & enfants) en le prévoyant dans un protocole

3.2.3 La microrégion de Balagne

Le groupe balanin a abordé en premier lieu **une méconnaissance des offres de soins existantes** sur Calvi et Corte.

Ils pensent également qu'il existe un défaut de communication et de coordination entre les médecins généralistes et les spécialistes.

Il y a par ailleurs très **peu de médecins spécialistes** en Balagne (notamment pas de pédiatre), ni de structure d'accueil de mineurs en dehors du CMP Enfants.

En outre, selon le groupe, il n'existe **pas de réponse adaptée à certains cas (urgences, accouchement)**.

Un **isolement social dû à un manque de mobilité et à des difficultés pour l'entourage pour se déplacer** est également présent dans la vie des balanins.

La **chirurgie ambulatoire, qui se déroule sur Bastia**, n'est pas adaptées aux personnes vivant en Balagne.

Enfin, il **manque un réseau de transports en commun intercommunal**, et il y a un **déficit ferroviaire** entre Calvi- Île Rousse et Bastia. Ils ont qualifié leur territoire d'« île dans l'île ».

«

Transports et solidarité pour l'accès aux soins : « A salute vicina a voi »	
Transports et accessibilité aux soins	
Développer l'offre de transport public	Gratuité des transports aux bénéficiaires des minima sociaux via l'intercommunalité ou le Conseil départemental
	Mise en place d'un système de transport par les intercommunalités pour relier tous les villages balanins
	Faire coïncider les horaires de transport avec les horaires de consultations des spécialistes
Faciliter le transport médical pour les balanins	Mutualiser les transports sanitaires (1 taxi/VSL ⁴⁸ pour plusieurs patients)
	Droit à avoir un bon de transport médical pour consulter un spécialiste à plus de 100 km (pour les milieux ruraux)
Transport solidaire et participatif	Développer le covoiturage entre personnes de proximité
	Soutien au garage solidaire : location de voiture à bas prix à la journée (ou ½ journée) pour se déplacer et consulter
Rapprocher la chirurgie de la Balagne	
Organiser la chirurgie ambulatoire en Balagne	Mettre en place un bloc opératoire au Centre Hospitalier de Calvi
	Toutes les spécialités chirurgicales qui consulteraient à Calvi pourraient avoir un temps opératoire sur un planning hebdomadaire, pour faire vivre le bloc opératoire
Communication, solidarité et citoyenneté pour une meilleure offre de soin	
« Dite a vostra pè a vostra salute »	
Savoir ce qui se fait sur la Balagne et le Centre Corse (offres hospitalière et libérale)	
Information des usagers = du public	Créer une plaquette d'information regroupant les offres de soins en Balagne
	Affichage dans des lieux stratégiques: mairies, salles d'attente (médecins, mission locale, services médicosociaux, CPAM, CCAS ⁴⁹), établissements scolaires (bureau infirmier), milieu associatif (Croix Rouge, Secours catholique, restos du cœur, couveuse d'entreprise)
	Développer l'information sur le centre mutualiste dentaire
Information des médecins	Informers les médecins généralistes des offres de soin existantes localement via les plaquettes d'information
Solidarité au service d'une santé pour tous	
Une offre de soin complète et continue à Calvi et Île Rousse	Rendre attractive l'installation de spécialistes en Balagne
	Augmenter le recrutement des spécialistes en Balagne
	Développer l'offre de consultations avancées du CH ⁵⁰ de Calvi: oncologie, pédiatrie, pneumologie, ORL ⁵¹
	Développer l'offre de consultations avancées de la MSP ⁵² de Calenzana : oncologie, pédiatrie, pneumologie, ORL
Renforcer la coordination entre professionnels de santé pour favoriser la communication autour des patients	
Créer et favoriser des temps de coordination entre généralistes et spécialistes	Ces temps de coordination doivent être rémunérés quel que soit le mode d'exercice des médecins

⁴⁸ Véhicule Sanitaire Léger

⁴⁹ Centre Communal d'Action Sociale

⁵⁰ Centre Hospitalier

⁵¹ Oto-Rhino-Laryngologie

⁵² Maison de Santé Pluridisciplinaire

3.2.4 La microrégion du Centre Corse

Sur le Centre Corse, l'un des principaux problèmes vient des **difficultés financières d'accès aux soins chez les étudiants** : ils doivent faire l'avance des frais, mais ont des problèmes de remboursements avec les mutuelles étudiantes, qui correspondent au régime étudiant de la Sécurité Sociale (part obligatoire et part complémentaire).

A Corte, il a également été dit que la vie était chère : la location d'un studio se fait entre 400€ mensuels (CROUS) et 600€ (privé).

De plus, les étudiants ont un **risque de malnutrition**, car ils ne vont pas manger au restaurant universitaire, et que les prix de l'alimentaire sont élevés.

Les étudiants ont également un problème de **gestion de leur temps** : ils doivent être assidus à leurs cours (souvent de 9h à 18-19h), et en conséquence ne peuvent pas se rendre chez le médecin pour consulter, car les cabinets sont fermés en dehors des heures de cours.

Les participants ont relevé un **isolement social et/ou géographique de certains patients** de la micro région : les professionnels de premier recours ont du mal à se rendre chez ces patients à cause du mauvais état des routes et donc de temps de trajets plus longs (encore rallongés par la fréquentation estivale).

Des pistes de solutions pour ces causes

Développer l'offre de soin sur le Cortenais, sans le fermer aux territoires voisins	
Création d'une unité de suivi juvénile-infantile (prévention, diagnostic et prise en charge)	
Capacités médicales nécessaires pour le diagnostic (troubles du langage, autisme, troubles du comportement)	Création d'un DU ⁵³ sur l'autisme à l'Université
	Faire venir les compétences pédagogiques du continent pour ce DU
	Corte a besoin d'une structure de ce type / Arriver à regrouper les projets de Corte et de Balagne en une seule structure
Mutualisation des compétences sur un même lieu	
Développer l'offre de soin mutualiste	en optique, en auditif
Création d'une MSP (à Ponte-Leccia ou à Francardu ?)	Avantages matériels offerts par les municipalités (ex: Moltifao) aux professionnels de santé qui s'y installent
	La Maison de Santé doit être « médecin traitant » pour éviter les problèmes de remboursement dus au parcours de soin
	Avoir un pôle paramédical (infirmier, kiné...)
	Inclure les pharmacies dans le projet de santé de la MSP (distribution des médicaments dans les villages)
	Diversifier l'offre de soins avec des consultations avancées
	Accueil d'internes par les médecins du territoire
Création d'un centre de soins dentaires à Corte pour les personnes handicapées psychiques et/ou motrices	
Favoriser le développement de la médecine universitaire	
Création d'un centre de soins médicaux et médicosociaux	Objectif : accueillir les étudiants en continu / Terrain de stage pour les internes en médecine
	Certificats d'aptitude au sport faits par un médecin du sport conventionné avec l'université
	Donner la possibilité aux médecins universitaires de faire des certificats et des ordonnances
Création d'un BAPU ⁵⁴	Demander à l'ARS de réfléchir à nouveau au BAPU
Mieux recenser et promouvoir les centres de soins gratuits	Mettre en place un poste de psychologue à mi-temps (budget PRIAC ⁵⁵)
	Proposer à nouveau le projet de BAPU pour le PRIAC 2017
	Mutualisation de différentes structures incluant le BAPU (hors soutien psychologique)
	Un bureau dédié au soutien psychologique peut être inclus dans le déménagement de la médecine universitaire
Générer une accessibilité géographique et physique aux soins	
Création d'un système de navettes pour faire déplacer les personnes habitant loin vers le médecin	
Communiquer auprès des médecins de Corte et de Balagne sur les offres de soins existantes	Développer les consultations avancées à l'hôpital de Corte (ORL...)
Organiser une permanence médicale rurale en extension de la MSP	Mettre en place un bus de soin itinérant (médecin généraliste, dentiste...)
Ouvrir un centre de santé universitaire	Les horaires de consultation seraient adaptés aux heures de cours des étudiants (ex: les étudiants en institut universitaire de technologie (IUT) finissent à 18h, donc une consultation après 18h)

⁵³ Diplôme Universitaire

⁵⁴ Bureau d'Accueil Psychologique Universitaire

⁵⁵ PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie

3.2.5 La microrégion de l'Extrême Sud

A partir d'un constat sur la cherté de la vie dans l'Extrême Sud (loyers, produits de première nécessité, essence), le groupe de participants s'est qualifié de « No Man's Land », en se demandant si la santé était une priorité partagée de manière équivalente sur tous les territoires.

Ils ont en priorité mis en avant le fait que les politiques régionales et départementales étaient centralisées sur Ajaccio et Bastia, au détriment des autres territoires : ils considèrent que l'Extrême Sud a été longtemps mis de côté et que les moyens n'existent pas.

En se demandant si, à égalité de moyens pour l'accès aux soins, il y avait une égalité des chances, le groupe a mis en avant le déficit d'offre de soins pour certaines spécialités, par défaut de soutien à l'installation sur ce territoire, et par défaut d'attractivité de la micro région (faiblesse démographique, plateau technique à développer).

Ils ont relevé une absence de « socialisation » de l'installation d'un médecin : lorsqu'un territoire veut être attractif pour un médecin, il doit posséder des commerces de proximité, mais aussi une crèche, une école, et la possibilité pour son/sa conjoint(e) de trouver un travail.

Concernant le travail des professionnels de santé sur le territoire, ils ont remarqué une coordination médicale insuffisante, ainsi qu'une absence de coordination des politiques de prévention.

Enfin, la Clinique de l'Ospedale souhaite depuis près de 3 ans ouvrir une PASS, mais se heurte à des difficultés administratives.

Des pistes de solutions pour ces causes

Un calibrage différent de l'offre de soin et d'accompagnement	
Favoriser l'installation de professionnels paramédicaux	orthophoniste, éducateurs spécialisés (+ jeunes enfants), psychomotricien
Faciliter l'installation de spécialistes	Faciliter l'arrivée et l'installation par le Conseil de l'Ordre dans d'autres territoires qu'Ajaccio
	Mettre en place des consultations avancées de spécialistes qui ne sont pas sur le territoire
	Inciter l'installation des spécialistes dans les territoires qui en sont dépourvus
	Mettre en place un statut fiscal adapté à la médecine sur le territoire
	Favoriser les cabinets secondaires de spécialistes
Il faut des lits d'hospitalisation psychiatrique complète sur la microrégion	Augmenter le nombre de psychiatres sur le territoire
	Développer l'Extrême Sud par la mise en place de structures type FAM ⁵⁶ , Appartements thérapeutiques
Dynamiser l'éducation à la santé du territoire et la rendre plus lisible	
Animation d'un réseau territorial de santé	Structurer/coordonner la prévention au niveau d'un territoire
	Créer un poste d'animateur territorial qui pourrait être financé dans le cadre du CLS
	Organiser des rencontres régulières et fréquentes entre les acteurs de la prévention
Formation des professionnels de santé à la prévention	Mettre en place des « contrats d'apprentissage » avec les futurs professionnels de santé (IFSI ⁵⁷ , internes de certaines spécialités)
La mobilité, garante de l'accès aux soins	
Des transports collectifs comme moyen d'accès à la santé	Créer un réseau de transports intercommunaux
Une offre de soin mobile	Créer un centre de bilan de santé itinérant : Camion de soin itinérant
Aménagement de la santé par ou pour le territoire	
Lutter contre les inégalités sociales de santé	Mobiliser l'ARS pour faire avancer le dossier de la PASS (action inscrite dans le CLS)
	Mise en place d'une PASS sans attendre les résultats des PASS d'Ajaccio et Bastia
	Les données des PASS d'Ajaccio et Bastia ne peuvent pas être rapportées à l'Extrême Sud
Décentralisation de la gestion des moyens	Décloisonner la sectorisation départementale sanitaire
	Créer une antenne de certains bureaux (ARS, Département) dans l'Extrême Sud
	Objectifs pour l'ARS: faciliter l'installation de médecins, recenser les états des lits hospitaliers...
	Faire une étude comparative consommation de soins / coût financier sur les 3 pôles Ajaccio – Bastia – Porto Vecchio
	Faire une étude sur les besoins en hospitalisation complète de psychiatrie sur l'Extrême Sud

⁵⁶ Foyer d'Accueil Médicalisé

⁵⁷ Institut de Formation en Soins Infirmiers

3.2.6 La microrégion du Sartonais-Alta-Rocca-Valinco

Le groupe a tout d'abord abordé le problème de **la mobilité sur le territoire** : il existe un éloignement géographique entre le domicile et les lieux de soins.

Il y a un manque d'informations sur les lignes régulières intercommunales, et une mauvaise organisation des navettes qui vont vers Ajaccio, avec des horaires qui ne correspondent pas aux besoins de la population.

Ils ont relevé **l'absence d'interlocuteur de proximité pour l'ouverture des droits sociaux**, avec une antenne territoriale qui n'est pas ouverte quotidiennement.

Ils font également remarquer qu'il existe un manque **d'information des professionnels de santé sur l'accès aux droits**.

Optimiser la communication pour favoriser le lien social	
Annuaire d'informations sur les services administratifs d'accès aux droits	relancer le service insertion du Conseil Départemental de Corse-du-Sud pour le développement de l'annuaire d'informations
	diffusé aux nouveaux arrivants, aux personnes en difficulté consultant le Conseil Départemental
	disponible dans les mairies, les antennes des services administratifs
	avec les heures d'ouverture et les contacts concernés
Recenser les professionnels de santé sur le territoire	
Rompre l'isolement	
Dresser l'état des lieux des personnes isolées	Impliquer les postiers comme personnes ressources pour le repérage
	Remobiliser les mairies pour tenir à jour la liste des personnes isolées
	Mettre ces personnes isolées en lien avec les services sociaux
Ouverture de points rencontre	Rencontres sur des thèmes choisis
	Groupes de paroles: entraide, soutien
Améliorer l'offre de soins pour une meilleure accessibilité des personnes	
Des Maisons de Santé (MSP) sur la micro région	Optimiser les horaires de consultation des médecins à la MSP de Levie
	Ouverture d'une Maison de Santé à Sartène
	Trouver des médecins pour faire fonctionner ces Maisons de Santé
Il faut un service de prévention type PMI à destination des adultes	Réfléchir sur l'intérêt et la mise en place d'une PASS dans la micro région, en lien avec l'hôpital de Sartène
Améliorer les consultations de spécialistes sur la micro région	Mettre en place des consultations avancées d'anesthésie générale en lien avec l'hôpital d'Ajaccio et la clinique de Porto-Vecchio
	Si problème des transports vers les cabinets médicaux, permanences de consultation dans les lieux isolés de la micro région
	Manque de spécialistes : pneumologue (et allergologue), cardiologue, gastroentérologue
	Mettre en place des consultations avancées de certains spécialistes le samedi matin pour les personnes qui travaillent en semaine
Développer la télémédecine	
Favoriser la mobilité pour rompre l'isolement	
Mettre en place des bus itinérants	Un bus de soins itinérant de type « SAMU Rural » (couplant prévention et diagnostic)
	Bus équipé : médecin, IDE, informatique, table d'examen, prélèvements...
	Un bus d'accueil itinérant de tous les services sociaux et médico-sociaux
Développer le transport entre particuliers	Organiser le covoiturage dans chaque village
	Concept d'« abri-stop » : un lieu identifié dans chaque commune pour les personnes qui souhaitent utiliser ce moyen de transport
	Développer un transport solidaire avec l'ADMR 2A (en lien avec l'ADMR 2B qui l'a mis en place, avec l'aide de la FALEP ⁵⁸ pour la constitution de ce dossier)
Développer les transports en commun	<u>Vers Ajaccio ou Porto-Vecchio</u> : Revoir les tarifs excessifs de l'aller-retour Sartène-Ajaccio / Ajuster les horaires avec la fermeture des services sociaux et des consultations médicales / Éditer une plaquette d'information sur les lignes régulières
	<u>Transports intercommunaux</u> : Obtenir des aides de la CTC ou du CD pour une navette intercommunale avec des horaires réguliers (2 allers-retours matin, après-midi et soir) / Utiliser les moyens de transport scolaire pour les adultes lorsqu'ils ne sont pas utilisés pour les enfants / Éditer une plaquette d'information sur les lignes régulières

4 CONCLUSION

Notre étude a permis d'énumérer de nombreuses causes de renoncement aux soins parmi la population corse : preuve est faite que le renoncement aux soins est bien souvent révélateur d'une précarité multifactorielle qui nécessite une approche globale et très transversale de l'environnement d'un individu.

La liste des causes dressée dans ce rapport n'est forcément pas exhaustive car toutes les catégories de population n'ont pas pu être intégrées à l'étude avec la même qualité de représentativité des constats les concernant.

Tous les groupes ont été d'accord pour mettre en avant les difficultés financières comme étant la principale cause du renoncement aux soins.

Il faut tout de même noter que la cause la plus développée a été celle d'une « santé considérée comme non prioritaire » eu égard à la concomitance de divers facteurs, participant à l'expérience personnelle de chacun (spécificités culturelles de l'usage de l'offre de soins, rapport avec l'estime de soi selon l'importance accordée, hiérarchisation des priorités en lien avec les contraintes budgétaires exercés sur les postes de dépenses).

Il y a eu peu de propositions de solutions spécifiques, mais l'éducation à la santé peut en être une réponse au moins partielle. Quoiqu'il en soit, un éclairage sociologique apparaît opportun.

Enfin, si, sur le territoire corse, les problèmes d'accessibilité géographique sont connus, leur évocation très fréquente a confirmé leur rôle majeur dans le renoncement aux soins.

Le constat est ainsi posé dans son vécu infrarégional : plus de 200 pistes de solutions produites par les participants de chaque groupe. S'y ajoutent 100 propositions de solutions spécifiques aux différentes microrégions en Corse, ces solutions présentant des degrés divers d'opérationnalité.

L'enjeu est, à présent, d'identifier les causes et les solutions communes à l'ensemble de l'île sur lesquelles mobiliser et coordonner les énergies, tout en prenant en compte telles ou telles applications spécifiquement microrégionales.

5 LISTE DES SIGLES ET REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

5.1 LISTE DES SIGLES

ACS :	Aide à la Complémentaire Santé
ADMR :	Aide à Domicile en Milieu Rural
ADPS :	Association Départementale pour la Promotion de la Santé
AME :	Aide Médicale d'Etat
ANPAA :	Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie
ARCODECA :	Association Régionale CORse du DEpistage des Cancers
ARSC :	Agence Régionale de Santé de Corse
AR :	Aller-Retour
AS :	Assistante Sociale
BAPU :	Bureau d'Aide Psychologique Universitaire
CAB :	Communauté d'Agglomération de Bastia
CAF :	Caisse d'Allocations Familiales
CAPA :	Communauté d'Agglomération du Pays Ajaccien
CARSAT :	Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail
CCAS :	Centre Communal d'Action Sociale
CD :	Conseil Départemental
CDD :	Contrat à Durée Déterminée
CESC :	Conseil Economique, Social et Culturel
CFC :	Chemins de Fer de la Corse
CG :	Conseil Général
CH :	Centre Hospitalier
CIDFF :	Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles
CLE :	Coordination inter associative de Lutte contre l'Exclusion
CLIC :	Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique
CLS :	Contrat Local de Santé
CM2 :	Cours Moyen 2 ^{ème} année
CMP :	Centre Médico-Psychologique
CMU :	Couverture Maladie Universelle
CMU-C :	Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CPAM :	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPEF :	Centre de Planification et d'Education Familiale
CRIJ :	Centre Régional d'Information Jeunesse
CROUS :	Centre Régional des Œuvres Universitaires et Scolaires
CTC :	Collectivité Territoriale de Corse
DISS :	Direction des Interventions Sanitaire et Sociales
DIU :	Diplôme Inter-Universitaire
DMP :	Dossier Médical Personnel
DREES :	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DU :	Diplôme Universitaire
FALEP :	Fédération des Associations Laïques d'Education Permanente
FAM :	Foyer d'Accueil Médicalisé
HALDE :	Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et pour l'Egalité
HAD :	Hospitalisation A Domicile
HPST :	Hôpital, Patient, Santé, Territoire
IDE :	Infirmier Diplômé d'Etat
IFSI :	Institut de Formation en Soins Infirmiers

IME :	Institut Médico-Educatif
INSEE :	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IREPS :	Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé
ISATIS :	Intégration, Soutien, Accompagnement au Travail et Insertion Sociale
IUT :	Institut Universitaire de Technologie
KCP :	Kawakita-Crépin-Pernin ou Knowledge – Concept – Proposition
MCO :	Médecine, Chirurgie, Obstétrique
MDA :	Maison Des Adolescents
MDM :	Médecins du Monde
MDPH :	Maison Départementale des Personnes Handicapées
ML :	Mission Locale
MONALISA :	MObilisation NAtionale contre L'ISolement des Agés
MSA :	Mutualité Sociale Agricole
MSP :	Maison de Santé Pluridisciplinaire
ORL :	Oto-Rhino-Laryngologie
ORSC :	Observatoire Régional de la Santé de Corse
PACES :	Première Année Commune aux Etudes de Santé
PADDUC :	Plan d'Aménagement et de Développement Durable de la Corse
PAI :	Projet d'Accueil Individualisé
PAM :	Point d'Accueil Multimédia
PASS :	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PIB :	Produit Intérieur Brut
PLANIR :	Plan Local d'Accompagnement du Non recours, des Incompréhensions, des Ruptures
PME :	Petite et Moyenne Entreprise
PMI :	Protection Maternelle Infantile
PMR :	Personne à Mobilité Réduite
PPS :	Projet Pédagogique de Scolarisation
PRAPS :	Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
PRIAC :	PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PRS :	Projet Régional de Santé
RDV :	RenDez-Vous
RQTH :	Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé
RSA :	Revenu de Solidarité Active
RSI :	Régime Social des Indépendants
SAMU :	Service d'Aide Médicale Urgente
SIRSE :	Système d'Information Régional en Santé
SNCF :	Société Nationale des Chemins de Fer français
SROS :	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
T2A :	Tarifcation à l'Activité
TIC :	Technologie de l'Information et de la Communication
TPE :	Très Petite Entreprise
UMAPPP :	Unité Mobile d'Action Psychiatrique pour Personnes Précarisées
URPS :	Union Régionale des Professionnels de Santé
UTISS :	Unité Territoriale des Interventions Sociales et Sanitaires
VSL :	Véhicule Sanitaire Léger

5.2 REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. ameli.fr - CMU et complémentaires santé. [cité 17 avril 2014]. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/cmu-et-complementaires-sante/>
2. Institut de recherche et documentation en économie de la santé (France) R, Thierry, Guillaume S, Dourgnon P. Enquête sur la santé et la protection sociale 2010. Paris: IRDES; 2012.
3. ARS de Corse. Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins 2012-2016 (PRAPS). ARS de Corse. Disponible sur: http://www.ars.corse.sante.fr/fileadmin/CORSE/documentations/PRS/PRS_CORSE_2012-2016_PRAPS.pdf
4. DREES. Renoncement aux soins: actes du colloque. DREES; 2011. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/actes_renoncement_soins_2012.pdf
5. Després C, Dourgnon P, Fantin R, Jusot F. Le renoncement aux soins pour raisons financières: une approche économétrique. *Irdes Quest D'économie Santé*. 2011;(170). Disponible sur: <http://www.sfcd-france.org/content/files/Renoncement%20aux%20soins%20%C3%A9conom%C3%A9trique.pdf>
6. Newacheck PW, Hughes DC, Hung Y-Y, Wong S, Stoddard JJ. The unmet health needs of America's children. *Pediatrics*. 2000;105(Supplement 3):989-97.
7. Liberatos P, Elinson J, Schaffzin T, Packer J, Jessop DJ. Developing a measure of unmet health care needs for a pediatric population. *Med Care*. janv 2000;38(1):19-34.
8. Andersen R. Health status indices and access to medical care. *Am J Public Health*. mai 1978;68(5):458-63.
9. Sibley LM, Glazier RH. Reasons for Self-Reported Unmet Healthcare Needs in Canada: A Population-Based Provincial Comparison. *Healthc Policy*. août 2009;5(1):87-101.
10. Wresinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale: séances des 10 et 11 février 1987. Direction des journaux officiels; 1987.
11. Stratégie Nationale de Santé. sept, 2013.
12. Touraine M. Health inequalities and France's national health strategy. *The Lancet*. mars 2014;383(9923):1101-2.
13. Orsoni J. Athéna pensive ; chroniques d'économie Corse. Albiana. 2008.
14. Conseil Economique, Social et Culturel de Corse. La précarité en Corse. Collectivité Territoriale de Corse; 2009 nov p. 72. Disponible sur: http://www.corse.fr/Le-Conseil-economique-social-et-culturel-adopte-un-rapport-relatif-a-la-precarite-en-Corse_a2607.html
15. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Article 118.
16. Institut de recherche et documentation en économie de la santé (France). Les distances d'accès aux soins en France métropolitaine au 1er janvier 2007. Paris: IRDES; 2011.
17. Coldefy M, Com-Ruelle L, Lucas-Gabrielli V. Distances et temps d'accès aux soins en France métropolitaine. *Quest D'économie Santé*. avr 2011;(164).
18. Coldefy M, Com-Ruelle L, Lucas-Gabrielli V. Les distances d'accès aux soins en France métropolitaine. *Etudes et Résultats* n°764. Juin 2011.
19. Conseil exécutif du PADDUC. Charte de lutte contre la précarité. Plan d'Aménagement et de Développement Durable de la Corse (in http://www.aauc.corsica/Presentation-du-PADDUC_a16.html)
20. Sébastien Grobon, Etienne Perron-Bailly. Baromètre d'opinions DREES 2014 - synthèse. DREES; 2015 avr.
21. Daniel CREPIN, François PERNIN, René ROBIN. Résolution de problèmes – Méthodes, outils, retours d'expériences. EYROLLES. 2014.
22. Landry M, Maloin J-L. La complémentarité des approches systémique et scientifique dans le domaine des sciences humaines. *Relat Ind*. 1976;31(3):379.

23. Schoen C, Osborn R, Squires D, Doty MM, Pierson R, Applebaum S. How health insurance design affects access to care and costs, by income, in eleven countries. *Health Aff Proj Hope*. déc 2010;29(12):2323-34.
24. Raynaud D, Caussat L. La régulation de la demande de soins : le rôle de l'assurance maladie dans la formation de la consommation de biens et services de santé. *Rev Déconomie Financ*. 2004;76(3):129-51.
25. Observatoire européen de l'accès aux soins. L' accès aux soins des personnes sans autorisation de séjour dans 11 pays d'Europe. [Paris]: Médecins du monde; 2009.
26. Guthmuller S, Jusot F, Wittwer J, Després C. Le recours à l'Aide complémentaire santé: les enseignements d'une expérimentation sociale à Lille. 2011 [cité 24 août 2014]; Disponible sur: <http://basepub.dauphine.fr/handle/123456789/7022>
25. Renahy E, Parizot I, Vallée J, Chauvin P. Le renoncement aux soins pour raisons financières dans l'agglomération parisienne: déterminants sociaux et évolution entre 2005 et 2010. 2011; Disponible sur: <http://www.hal.inserm.fr/inserm-00645136/>
28. Rainhorn J-D, Grémy F with France, Haut comité de la santé publique. La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé. Rennes: Éd. ENSP; 1998.
29. Caroline Desprès, Michel Naiditch. Analyse des attitudes de médecins et de dentistes à l'égard des patients bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle complémentaire. Une étude par testing dans 6 villes du Val-de-Marne. DIES, Fonds CMU; 2006 mai p. 80.
28. ameli.fr - CMU de base : une assurance maladie pour tous. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-personnelle/vous-avez-des-difficultes/cmu-de-base-une-assurance-maladie-pour-tous/objectif-l-acces-a-l-8217-assurance-maladie.php>
29. HALDE. Délibération relative au refus d'accès à la prévention ou aux soins opposé par un professionnel de santé aux bénéficiaires de la CMU. 2006-232 nov 6, 2006. Disponible sur: <http://www.halde.fr/Deliberation-relative-au-refus-d,12889.html>
32. Collectif Interassociatif sur la Santé (CISS), FNATH, UNAF. Contre la démesure des dépassements d'honoraires médicaux et dentaires. 2012 oct.
31. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Article 53 du Code de Déontologie Médicale- Honoraires. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-53-tact-et-mesure-277>
34. Ministère de la santé et de la sécurité sociale. Convention nationale destinée à organiser les rapports entre le corps médical et les caisses d'assurance maladie [Internet]. juin 6, 1980. Disponible sur: http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=19800606&numTexte=&pageDebut=54938&pageFin=
35. ameli.fr - Régulation des pratiques tarifaires excessives [Internet]. [cité 24 août 2014]. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-convention/regulation-des-pratiques-tarifaires-excessives.php>
34. ARS de Corse. Schéma Régional de Prévention - Projet Régional de Santé 2012-2016. ARS de Corse; Disponible sur: http://www.ars.corse.sante.fr/fileadmin/CORSE/documentations/PRS/PRS_CORSE_2012-2016_SRP.pdf
37. Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (France). Le rapport de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale: 2007-2008. Paris: Documentation française; 2008.
38. Chen J, Hou F. Unmet needs for health care. *Health Rep*. 2002;13(2):23-34.
37. Rode A. Le non-recours aux soins des populations précaires. Constructions et réceptions des normes. Université Pierre Mendès-France-Grenoble II; 2010. Disponible sur: <http://halshs.archives-ouvertes.fr/tel-00488403/>
40. Chaupain-Guillot S, Guillot O, Jankeliowitch-Laval E. Le renoncement aux soins médicaux et dentaires : une analyse à partir des données de l'enquête SRCV. *Econ Stat*. 2014;(469-470).
41. Martikainen P, Bartley M, Lahelma E. Psychosocial determinants of health in social epidemiology. *Int J Epidemiol*. déc 2002;31(6):1091-3.
42. Rosenberg M. Society and the adolescent self-image. Princet Univ Press.

41. Bazin F, Parizot I, Chauvin P. Déterminants psychosociaux du renoncement aux soins pour raisons financières dans 5 zones urbaines sensibles de la région parisienne. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/Colloques/JEFS2004/9BazinPsychosociaux.pdf>
44. Furtos J. Les effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale. Mental'idées [Internet]. sept 2007 [cité le 24 août 2014];(11). Disponible sur: http://www.orspere.fr/IMG/pdf/Mental_idees_n11_sept_07_J_Furtos.pdf
43. Berchet C, Jusot F. État de santé et recours aux soins des immigrés : une synthèse des travaux français. Quest Déconomie Santé. janv 2012;(172). Disponible sur: http://www.clinique-transculturelle.org/pdf/irdes_qes_172.pdf
46. OMS | Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires [Internet]. WHO. [cité 24 août 2014]. Disponible sur: http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/
47. Baromètre santé 2010 [Internet]. [cité 24 août 2014]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/barometre-sante-2010/index.asp>
48. DATE E. Cancers et tabac. [cité 24 août 2014]; Disponible sur: <http://destinationsante.com/wp-content/uploads/2012/10/Cancers%20et%20tabac.pdf>
47. Insee. Recensement de la population 2010 - Exploitation principale. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/insee_regions/corse/themes/corsebref/corsebref2008/corsebref1.pdf
50. Alexander K. Smith, Bernard Lo, Louise Aronson. Elder Self-Neglect - How Can a Physician Help? N Engl J Med. 26 déc 2013;369(26):2476-9.
51. Comité Consultatif National d'Éthique. Refus de traitement et autonomie de la personne - Avis n°87. 2005.
52. Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées [Internet]. févr 12, 2005. Disponible sur: http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf//jopdf/2005/0212/joe_20050212_0036_0001.pdf?ref=1408895229317
53. Leuraud K, Jezewski-Serra D, Viguier J, Salines E. Colorectal cancer screening by guaiac faecal occult blood test in France: Evaluation of the programme two years after launching. Cancer Epidemiol. déc 2013;37(6):959-67.

Des mots-clés

Accès aux soins

Analyse
systémique

Causes
multifactorielles

Difficultés
financières

Disparités
territoriales

Diversité des
acteurs

Inégalités sociales

Microrégions

Offre de soins

Propositions de
solutions

Région corse

Renoncement aux
soins

Santé non
prioritaire

Une analyse systémique microrégionale sur le renoncement aux soins en région Corse

A la demande conjointe des services de la CTC et de l'ARS de Corse, l'ORS de Corse a réalisé (2014-2015) une étude sur le renoncement aux soins, à l'aide d'une analyse systémique microrégionale auprès d'acteurs de la société civile, professionnels et bénévoles.

L'objectif principal, était d'identifier les causes de renoncement aux soins puis, de répertorier les propositions de solutions.

Dans un premier temps, dix causes communes à l'ensemble des microrégions d'Ajaccio (CAPA), Bastia (CAB), Centre Corse, Balagne, Extrême Sud et Sartenaï-Alta Rocca-Valinco, ont été retenues ainsi que pour chacune d'entre elles, des pistes de solutions.

Dans un second temps, des causes et des pistes de solutions plus spécifiques à chaque microrégion ont été dégagées.

Malgré la richesse des causes, souvent multifactorielles, ressortant de cette étude, elle ne peut être considérée comme exhaustive : la diversité des professionnels et bénévoles ayant participé à ce travail ne permet en effet pas, de considérer que l'ensemble de la problématique du renoncement des différents populations vivant en Corse ait pu être appréhendée dans sa totalité.

Les difficultés financières apparaissent comme étant **la principale cause** du renoncement aux soins. Plus surprenant, **la cause la plus développée** parmi l'ensemble des groupes interrogés est celle « d'une santé considérée comme non prioritaire », compte tenu de l'expérience personnelle propre à chacun (spécificités culturelles de l'usage de l'offre de soins, rapport avec l'estime de soi, hiérarchisation des priorités en lien avec les contraintes budgétaires exercées sur les postes de dépenses). En raison des spécificités géographiques du territoire, les problèmes d'accessibilité entravant l'accès aux soins revêtent une dimension particulière.

Cette étude met donc en évidence l'influence des inégalités sociales (situations de pauvreté et de précarité) et des disparités territoriales (accessibilité géographique) de l'offre de soins (organisation) sur les mécanismes de renoncement aux soins. Si certaines causes du renoncement sont spécifiques au territoire corse et aux microrégions concernées par cette étude, ce travail pointe certains dysfonctionnements dans le système d'accès à la santé qui ont une dimension nationale, Au-delà du phénomène de renoncement en tant que tel, ce travail identifie des points de fragilité des parcours des patients et notamment des plus vulnérables.

Peu de propositions de solutions spécifiques ont été produites, mais l'éducation à la santé peut en être une réponse, tout au moins partielle. Quoiqu'il en soit, un éclairage sociologique complémentaire apparaît opportun. Certaines solutions ont été évoquées de manière récurrente dans plusieurs microrégions. Illustration, avec le développement d'un réseau de transport intercommunal ou le développement de l'information sur les offres de soins dans chaque territoire, à destination des patients et des professionnels de santé.

Le caractère inédit du traitement de ce sujet à l'échelle régionale et infra régional, l'approche méthodologique novatrice choisie et la dimension sociétale que revêt cette problématique de santé présentent tout l'intérêt d'en développer certains résultats concernant la politique territoriale sanitaire et sociale d'accès aux soins et à la prévention et l'articulation des différents dispositifs visant à réduire l'isolement des personnes âgées.

