

ML CORSICA

Intégration des spécificités de l'exercice en zone montagne,

argumentée par l'exemple de la Corse « île-montagne »

dans le cadre de la Convention Médicale

Novembre 2023

Sommaire

Présentation générale

I. Démarche des médecins libéraux de Corse	3
II. Les particularités de l'exercice médical en zone montagne et comment la Corse synthétise ces difficultés.	4
1- Spécificité géographique	4
2- Spécificité populationnelle	5
3- Spécificité d'attractivité liée au tourisme	7
III. La Démographie médicale en Corse	10
1- Les structures de soins	10
2- L'offre et le recours aux soins primaires en libérale	12
3- Les spécialités médicales	13
IV. Les propositions des médecins libéraux de Corse	16
Fiches actions des propositions	17
Fiche action 1 : Consultation complexe et très complexe	18
Fiche action 2 : Visite longue	24
Fiche action 3 : Revaloriser les déplacements	26
Fiche action 4 : Cumul consultation/acte sans décote	29
Fiche action 5 : Cumul à taux plein des actes techniques	45
Fiche action 6 : Téléconsultation par téléphone	55
Annexes	56

PRESENTATION GENERALE

I. Démarche des médecins libéraux de Corse

Les médecins libéraux de Corse se sont constitués en collectif dans le courant de l'année 2023, dans les suites de la précédente négociation conventionnelle qui par ses propositions, en particulier la volonté de mise en place du Contrat d'Engagement Territorial et l'augmentation anecdotique des honoraires, a porté un coup violent au moral d'une profession à bout de souffle.

Les médecins libéraux attendaient avec espoir une main tendue et ils ont reçu un camouflet.

La population médicale déjà fragilisée (comme en témoigne le taux de suicide de notre profession) et en situation économique instable (comme le montre la toute récente publication de la CARMF avec une baisse inédite des BNC, d'une ampleur encore jamais observée hors période covid) s'est littéralement soulevée après la proposition de loi Valletoux, vécue comme le sommet de l'injure.

Les médecins libéraux corses se sont donc unis avec pour objectif de parler d'une seule voix et faire prendre conscience à leurs tutelles de la dangereuse précarité du système de soin actuel, tant pour ses acteurs que pour ses bénéficiaires.

S'en sont suivies, au cours des derniers mois, des réunions avec nos CPAM et ARS locales, réunions d'échanges qui ont permis d'exprimer des problématiques et de rechercher des solutions pour améliorer la situation des médecins, des patients et des finances publiques.

Les nouvelles négociations débutant, nous, médecins de Corse, souhaitons présenter un projet pour la zone montagne.

Le fruit de nos réflexions et de nos propositions est exposé et argumenté ci-après.

En effet, la Corse « île-montagne », résume, condense et cristallise les difficultés de toutes les régions à caractère géographique particulier.

Ces propositions visent à améliorer l'accès au soin, l'efficacité des soignants et la qualité de vie des patients en priorisant le financement du soin à celui du transport, qu'il soit terrestre ou aéroportuaire.

II. Les particularités de l'exercice médical en zone montagne et comment la Corse synthétise ces difficultés.

La loi n°85-30 du 9 janvier 1985 dite loi Montagne relative au développement et à la protection de la montagne a un caractère de loi d'aménagement et d'urbanisme. Elle tente d'établir un équilibre entre le développement et la protection de la montagne. Cette « entité géographique spécifique », qui est subdivisée en « Massifs », est définie par référence à sa configuration des terrains d'altitude, de dénivelé, de climat et de végétation.

Huit massifs sont concernés par cette loi : les Alpes du Nord, les Alpes du Sud, les Pyrénées, la Corse, le Jura, les Vosges, le Massif Central et la Réunion.

La loi Montagne a été complétée en décembre 2016 par la loi de modernisation, de développement et de protection des territoires de montagne, dite loi Montagne II.

La loi no 2016-1888 du 28 décembre 2016 de modernisation, de développement et de protection des territoires de montagne reconnaît la spécificité de la Corse qui présente le caractère d'île-montagne modifiant l'article 7 la loi n°85-30 du 9 janvier 1985.

Ainsi notre région résume à elle seule les caractéristiques et difficultés du territoire de la montagne.

Ces difficultés sont encore majorées par celles liées à l'insularité. Cette dernière dégrade encore plus l'accès aux spécialités, déjà sous représentées en Corse, entraînant des déplacements coûteux par voie aérienne ou maritime.

Les spécificités de la Corse ont été mises en lumière par le Schéma Régional de Santé de l'ARS publié le 30 octobre dernier, qui précise :

« La Corse présente plusieurs spécificités à prendre en considération dans la mise en œuvre de la politique de santé. »

1- Spécificité géographique

« De par son statut d'île-montagne, la Corse présente des contraintes en termes d'accessibilité (chrono-distances, moyens de transports...), de démographie dans un contexte de rareté des ressources et de développement de filières régionales, dont des filières d'hyperspécialités et, pour certaines, possiblement hospitalo-universitaires (ref : Schéma Régional de Santé de l'ARS publié le 30.10.2023). »

La Corse accuse un retard important en termes d'infrastructures routières, portuaires, aéroportuaires mais aussi en termes d'investissement.

Malgré le programme exceptionnel d'investissements en faveur de la Corse (PEI), **le réseau routier Corse reste ingrat** : 0 km d'autoroute, 331 km de route nationale à 2 voies, 2462 km de route

départementale. Les trajets d'un point à l'autre ne se comptent pas en kilomètres mais en temps. Par exemple, la distance BASTIA-CALVI, 92 km soit 2h16 de trajet.

Les zones véritablement urbaines se concentrent sur les villes de Bastia et d'Ajaccio où il est difficile de se déplacer tant en voiture qu'en transport en commun (maillage très insuffisant) avec peu de possibilité de stationnement en centre-ville. Les axes routiers vétustes et sinueux sont un frein à l'accès aux structures de soins les plus proches. Les villages haut perchés tout comme le centre-ville ne sont pas organisés en pavillon. L'accès au domicile des patients nécessite souvent un trajet pédestre en plus du transport motorisé.

Le système de cotation des Indemnités Kilométriques, inchangé depuis plus de 15 ans est sensé compenser la perte de temps médical dans les transports. Or il ne prend pas en compte les spécificités liées à la fois à l'évolution démographique et au type d'habitation traditionnelle fortement représenté dans l'île.

2- Spécificité populationnelle

a. Vieillesse de la population

« La population Corse est plus âgée que sur le continent, plus précaire et présente un solde migratoire positif, ce qui génère des besoins en soins renforcés pour les usagers du système de santé et des solutions adaptées pour lutter contre les inégalités d'accès aux soins. » (réf : Schéma Régional de Santé de l'ARS publié le 30.10.2023)

Le schéma régional de santé en fait précisément l'état des lieux :

« Avec 340 440 habitants au 1er janvier 2019, la Corse est la région métropolitaine qui connaît la plus forte croissance démographique. Ainsi, avec 20 232 personnes supplémentaires depuis 2013, la population de l'île est en hausse de 1% en moyenne chaque année. Cette hausse est trois fois supérieure à celle de la France métropolitaine (+0,4% en moyenne annuelle). La croissance démographique est particulièrement importante au niveau de la population âgée, avec une augmentation annuelle moyenne de 2,5% des 80 ans et plus, entre 2012 et 2017 (contre 1,9% au niveau national). »

« Il faut noter qu'un tiers de la population a 60 ans ou plus. Les personnes âgées de 75 ans et plus représentent 11% de la population et l'Indice de vieillissement est de 113. En 2050, 2 insulaires sur 10 auront plus de 75 ans. »

D'après les projections de population établies par l'Insee, cette part augmenterait de 58 % entre 2015 et 2030 contre 27 % au niveau national.

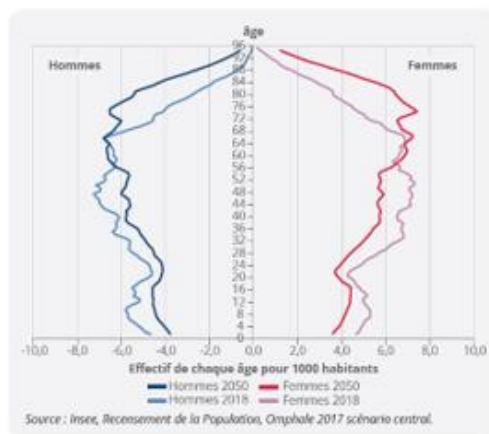
Le corollaire est une importante proportion et une constante augmentation du nombre de personnes dépendantes.

Selon l'hypothèse intermédiaire de projection de l'INSEE, l'évolution du nombre de personnes dépendantes en Corse entre 2015 et 2030 serait de +40 %, ce qui est nettement supérieur à la moyenne nationale (+25 %).

Répartition de la population par département selon l'âge au 1^{er} janvier 2020

Classes d'âge	Corse du sud	Haute Corse	CORSE	France métropolitaine
0 - 4 ans	5%	4%	5%	5%
5 - 9 ans	5%	5%	5%	6%
10 - 14 ans	5%	5%	5%	6%
15 - 19 ans	5%	6%	5%	6%
20 - 24 ans	4%	5%	5%	6%
25 - 54 ans	38%	37%	38%	37%
55 - 59 ans	7%	7%	7%	7%
60 - 64 ans	6%	6%	6%	6%
65 - 74 ans	13%	13%	13%	11%
75 - 84 ans	8%	8%	8%	6%
85 ans et plus	4%	3%	4%	3%
Ensemble	157 853	180 701	338 554	64 844 037

Pyramides des âges de la population en 2018 et 2050



En Corse, en 2020, 18 % des ménages vivent sous le seuil de pauvreté, soit le taux le plus élevé des régions métropolitaines.

La Corse enregistre également le taux de pauvreté le plus élevé chez les séniors.

C'est en partie pour cette raison que, concernant les lieux de vie, 88 % des séniors dépendants vivant en Corse privilégient la vie au domicile (10 points de plus qu'au niveau national).

En parallèle, on constate que le recours aux institutions comme les EHPAD est moindre. Ceci est expliqué par la situation économique évoquée plus haut mais aussi par l'offre limitée en termes de structure d'accueil des séniors. En effet, **le nombre de lits en institution pour 1.000 habitants est inférieur à celui de la métropole (57 contre 124).**

Accueil des personnes âgées au 1er janvier 2021 :

	Corse du sud	Haute Corse	CORSE	France métr.
Taux d'équipement en places dans les EHPAD pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus	43,1	51,0	47,2	96,9
Taux d'équipement en places dans les structures non EHPAD pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus (places en non EHPAD, logements de résidences-autonomie, places ESLD)	7,7	2,9	5,2	24,9
Taux d'équipement en places dans les centres de jour pour personnes âgées pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus	1,3	0,0	0,7	0,6
Taux d'équipement en places dans les services de soins infirmiers à domicile pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus (SSIAD + SPASAD)	15,8	11,9	13,8	19,9

Source : STATISS 2021

b. Une population touchée par la précarité

Le schéma régional de santé précise :

Les inégalités sociales de santé (avec un exposome défavorable, lié aux conditions de logement, de vie et de travail, un moindre accès et capacité à s'approprier les démarches de prévention, ...), font que ces populations sont plus impactées.

Elles souffrent de vieillissement prématuré, ont une sur-incidence des maladies chroniques, y compris du cancer, du surpoids et de l'obésité, des formes graves de la COVID-19, ainsi que des souffrances psychiques notamment ;

Ces inégalités sont amplifiées par une conjoncture défavorable : la souffrance psychique, le déficit de médecin traitant et la raréfaction des ressources humaines en santé social d'une manière générale ; les tensions sur les établissements de santé ;

Revenu des ménages et taux de pauvreté

Allocataires, bénéficiaires	Corse du sud	Haute Corse	CORSE	France métropolitaine
Taux de pauvreté monétaire 2018	16,1	20,6	18,5	14,6
Allocataires du revenu de solidarité active (RSA) au 31.12.2020	2845	4257	7102	1847100
RSA majoré	249	344	593	201550
RSA non majoré	2594	3912	6506	1644680
RSA jeune	2	1	3	839
Taux de population couverte par le RSA total en %				
Allocataires de la prime d'activité au 31.12.2020	9143	11895	21038	4426721
Prime d'activité majorée	435	528	963	194300
Prime d'activité non majorée	8708	11367	20075	4232421
Allocataires de l'Allocation de solidarité				
Nombre d'allocataires au 31.12.2019	540	640	1180	319900
Nombre d'allocataires au 31.12.2020	538	641	1179	323202
Bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (CSS) en 2020				
Bénéficiaires de la CSS	8098	12660	20757	6544365
Bénéficiaires de la CSS en % de la population totale	5,0	6,8	5,9	10,0

Source : STATISS 2021

3- Spécificité d'attractivité liée au tourisme : des flux migratoires périodiques mais aussi persistants

« Terre aux paysages spectaculaires et nourrie d'une culture forte et vivante, la Corse est une destination touristique prisée, attirant des visiteurs du monde entier. Le doublement de la population durant la période estivale, pèse sur les urgences et les services de santé qui doivent être dimensionnés pour répondre à ce défi. » (réf : Schéma Régional de Santé de l'ARS publié le 30.10.2023) .

Répartition des passagers transportés selon le type de trafic en 2020

Passagers au départ et à l'arrivée	Ports	Aéroports	Total
Ajaccio	668 522	944 780	1 613 302
Bastia	1 151 261	816 042	1 967 303
Bonifacio	79 220	///	79 220
Calvi	1 691	186 245	187 936
Figari	///	477 300	477 300
L'île-Rousse	219 410	///	219 410
Porto-Vecchio	164 165	///	164 165
Propriano	44 809	///	44 809
Ensemble	2 329 078	2 424 367	4 753 445
Evolution 2019/2020	-51,4	-43,1	-47,5

Source : Observatoire régional des transports de la Corse (Dreal).

Au-delà des flux touristiques spectaculaires et saturant périodiquement le système de soins de premier recours (hospitalier et ambulatoire), il faut noter que **la Corse est une des rares régions à solde migratoire positif (+0.7%)**. Par ailleurs, rapporté à sa population, cet indice demeure le plus élevé du territoire national (+4000 en 2013).

	Population aux recensements		Variation totale de population 2013-2018	Taux de variation annuel moyen (en %)		
	2013	2018		total	dû au solde naturel	dû au solde migratoire
Corse-du-Sud	149 234	157 853	8 619	1,1	-0,1	1,2
Haute-Corse	170 974	180 701	9 727	1,1	0,0	1,1
Corse	320 208	338 554	18 346	1,1	-0,1	1,2
France	63 697 865	64 844 037	1 146 172	0,4	0,3	0,1

Source : Insee, Recensements de la population 2013 et 2018.

Les non actifs, âgés et consommateurs de soins, représentent 40% de ce solde migratoire (INSEE 2016) alors que les sortants sont majoritairement des étudiants en bonne santé.

Après 70 ans, ils sont deux fois plus nombreux à s'installer en Corse qu'à la quitter.

Ces flux tendent à augmenter les besoins en soins de la population corse.

Depuis quatre années consécutives, pour faire face à des épisodes de fort afflux touristique, à des vagues épidémiques saisonnières ou à des problèmes de ressources humaines, les plans blancs, estivaux et hivernaux s'enchaînent sur le territoire corse (cf. détails en annexe).

L'ARS de Corse, dans cette situation de tension, n'a d'autre choix que de solliciter la solidarité territoriale régionale de tous les acteurs du système de santé.

Ces plans organisationnels dans un contexte de fortes tensions en matière de ressources humaines s'articulent sur différents axes :

- la limitation du recours aux urgences,
- la limitation des demandes d'hospitalisation des patients en EPHAD,
- la déprogrammation « raisonnée » et/ou ajout de plages opératoires pour les activités de chirurgie liées à la traumatologie et au digestif,
- la tendance à favoriser les sorties d'hospitalisation précoce,
- la participation active de l'ensemble des médecins libéraux de Corse à la prise en charge des patients détournés de l'hôpital.

Ces annonces publiques de soins dégradés en Corse sont le parfait témoignage des difficultés s'aggravant d'année en année que rencontrent les professionnels de santé de l'île. Une prise de conscience collective des spécificités de ce territoire et des besoins humains nécessaires est devenue urgente.

Le décret du 29 décembre 2017 synthétise l'ensemble des arguments avancés précédemment au sein du volet spécifique à la Corse de la Stratégie Nationale de Santé (SNS).

La SNS intègre des dispositions spécifiques à la Corse. Le décret prévoit que ses quatre priorités majeures doivent être mises en œuvre au travers du Plan Régional de Santé (PRS), en tenant compte les spécificités de l'île soit :

- les contraintes et les fragilités de ce territoire, dues à sa caractéristique d'île-montagne, notamment en matière d'accessibilité (temps de trajet, pénibilité des déplacements, renoncements aux soins...),
- la forte précarité observée qui génère des inégalités d'accès aux soins élémentaires pour les plus démunis,
- le vieillissement de la population, plus important que sur le continent.

En conséquence, les objectifs stratégiques et opérationnels du PRS de Corse doivent :

- Assurer une offre de soins graduée et continue, adaptée à l'insularité, à la géographie interne et à la difficulté des déplacements. Cela doit passer notamment par l'accessibilité des plateaux techniques et des transports ou évacuations sanitaires vers le continent ;

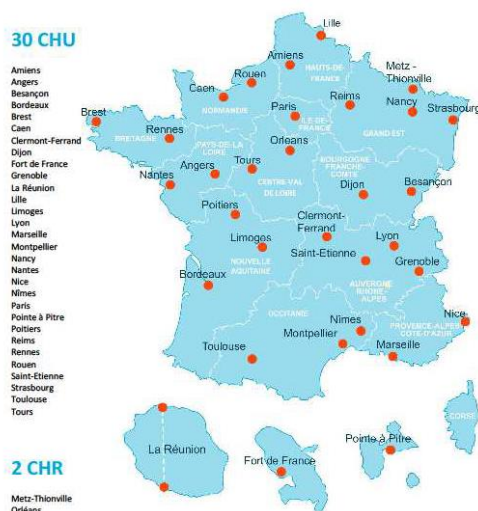
- Tenir compte des fluctuations saisonnières et des risques émergents suscités par l'augmentation de ces échanges.

Le décret du 29 décembre 2017 ouvre ainsi la voie à la prise en compte des spécificités de la Corse dans les plans et programmes de santé publique, dont le PRS.

III. La démographie médicale en Corse

1- Les structures de soins

Notons tout d'abord que d'un point de vue institutionnel, la Corse est la seule région de France à ne pas disposer d'un Centre Hospitalier Universitaire ou d'un Centre Hospitalier Régional.



En 2018, le rapport du Conseil Economique Social et Environnemental de Corse, précisait :

« Toutefois, la Corse est la seule région dans laquelle il n'existe pas de CHU ni de CHR. Du fait du plateau technique limité des Centres Hospitaliers insulaires, les malades doivent s'adresser aux CHU du continent pour certains soins spécialisés. L'offre locale ne peut donc pas répondre totalement aux besoins de prise en charge des patients de la région. »

Ce constat s'inscrit dans un contexte structurel où la Corse compte près de 30% de personnes âgées de 60 ans et plus, ce qui en fait la 2ème région la plus âgée de France. En Corse, la culture du soutien à domicile est très présente et justifie en partie l'organisation sociale et médico-sociale en place. »

Le schéma régional de santé précise au sujet des transports sanitaires sur le continent :

« Ces déplacements médicaux sur le continent sont liés à la nécessité pour les patients insulaires d'accéder pour diagnostic, traitement ou suivi thérapeutique, à des activités de soins spécialisées et aux plateaux techniques afférents de niveau 3 qui n'existent pas en Corse. »

Chaque année, en Corse, environ 1 800 nouveaux cas de cancer estimés (toutes localisations confondues) sont diagnostiqués. »

La Corse ne dispose d'aucun centre de référence en oncologie, ce qui nécessite de nombreux déplacements et un suivi local de patients lourds, majorant le travail de coordination pour les médecins locaux.

Cet état de fait, est une différence majeure avec les territoires ultra marins, qui pourtant partagent une grande partie de nos contraintes.

Par ailleurs, on notera que les territoires ultra-marins (DOM-TOM) bénéficient de dispositions propres dans le cadre des différentes conventions (médicales et paramédicales).

Pourtant, ces territoires disposent tous d'infrastructures de santé, bien mieux développées qu'en Corse, car ces régions sont dotées d'un CHU.

Les coefficients géographiques sont des modulateurs tarifaires. Ils s'appliquent aux tarifs nationaux de prestations sur des établissements implantés dans des régions au niveau de coût plus élevé en raison d'un environnement spécifique.

La Corse est concernée par ce coefficient (défini en 2017 à 11%) au même titre que les DOM TOM (27 à 31%) et l'île de France (7%).

Les différents éléments qui traduisent cet environnement spécifique et qui entrent dans le calcul du Coefficient Géographique sont par exemple les surcoûts immobiliers, salariaux ou fiscaux.

La médecine libérale est soumise au même environnement spécifique et pourtant ne bénéficie pas de ce mécanisme compensatoire dans ses rémunérations.

Il est donc nécessaire aujourd'hui d'en faire bénéficier également les médecins indépendants confrontés aux mêmes difficultés que les structures de soins et ainsi répondre aux besoins des acteurs de la santé insulaire.

En février 2023, la Proposition de résolution n°901 déposée par 17 députés, tendant à garantir un égal accès aux soins par la création d'un centre hospitalier universitaire en Corse, définissait la situation comme telle :

« Conséquence directe de cette injustice, certaines spécialités médicales ne sont pas pratiquées en Corse et les malades doivent s'adresser aux CHU du continent pour certains soins spécialisés. C'est sans compter un nombre de lits d'hospitalisation pour le court séjour déjà plus bas que le reste de la France rapporté au nombre d'habitants selon l'INSEE. »

Cette insuffisance de structure d'hospitalisation, si elle est un handicap en basse saison, constitue un réel risque sanitaire lors des migrations estivales qui font décupler la population insulaire et augmente d'autant la demande de soins.

La Proposition de résolution n°901 poursuit :

« Cette particularité provoque ainsi de nombreux flux sanitaires et nombreux sont les résidents corses qui doivent être admis dans un établissement continental lors d'opération lourde. Chaque année, en Corse, l'Assurance maladie enregistre environ 18 000 déplacements sur le continent pour raison médicale. Outre des difficultés logistiques et matérielles, ces flux sanitaires sont surtout synonymes de charges financières qui constituent une double peine pour les familles, qui vient s'ajouter à la

maladie lors d'un déplacement sur le continent. [...] Elles créent une rupture d'équité territoriale inacceptable qui entraîne des phénomènes de précarité et de renoncement aux soins. L'absence d'un centre hospitalier universitaire nuit par ailleurs grandement à l'attractivité médicale et aggrave la dégradation de la démographie médicale dans l'île. »

2- L'offre et le recours aux soins primaires en médecine libérale

La densité des professionnels de 1^{er} recours est satisfaisante et stable mais **la démographie médicale est vieillissante, notamment dans le rural faiblement peuplé et enclavé.**

Les temps d'accès au généraliste sont plus élevés avec 6,6% de la population se situant à + de 20mn du médecin le plus proche contre 0,4% au plan national.

Pour les spécialistes, on constate de fortes disparités entre spécialités. **La majorité est installée dans l'urbain (80% à Ajaccio et Bastia).**

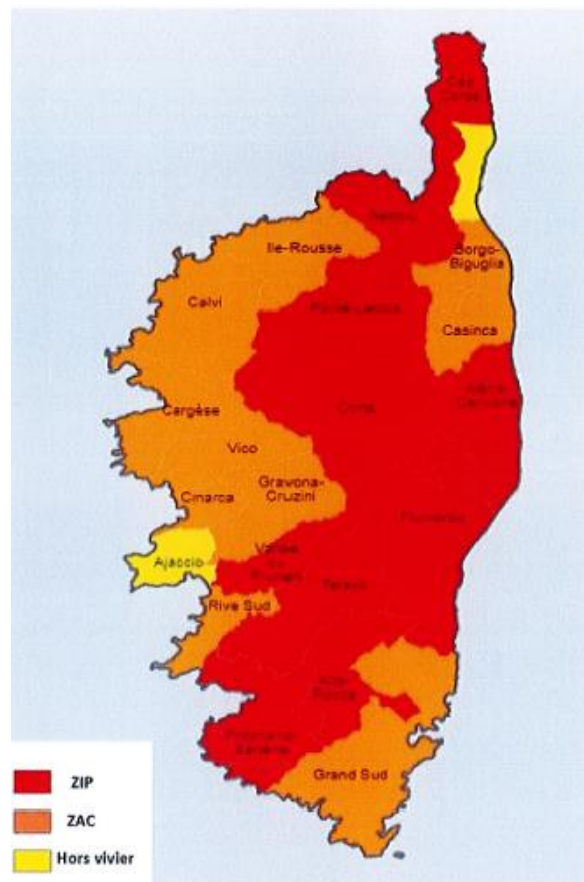
Professions	Corse du sud	Haute Corse	CORSE	France métro.
Médecins généralistes				
nombre	152	171	322	56 636
densité	94,4	92,2	92,9	86,5
dont praticiens de 55 ans et plus	78	106	184	28 356
Médecins spécialistes				
nombre	180	161	332	56 835
densité	111,7	86,8	95,8	86,8

La part des bénéficiaires ayant eu recours aux médecins généralistes pour 100 habitants est inférieure à celle du territoire national. Cela peut s'expliquer par les zones blanches et non couvertes par la médecine générale caractérisée en ZIP dans le dernier zonage ARS. Dans ces zones, l'indicateur APL met en évidence un déficit en termes d'accès aux soins.

Recours aux professionnels de santé en 2021 :

	Corse-du-Sud	Haute-Corse	Corse	France métro.
Part de bénéficiaires ayant eu recours aux professionnels de santé par spécialité pour 100 habitants				
Médecins généralistes libéraux	73,9%	69,3%	71,4%	83,7%

Ces zones sont caractérisées en ZIP dans le dernier zonage ARS (mai 2023). **Dans ces zones, l'indicateur APL met en évidence un déficit en termes d'accès aux soins. Tous les bassins de vie sont classés en ZIP ou en ZAC.** Seuls les bassins de vie de BASTIA et AJACCIO sont « hors vivier ».



3- Les spécialités médicales

En médecine libérale, certaines spécialités médicales sont quasiment absentes de la photographie du territoire insulaire (dermatologue, neurologue, rhumatologue, endocrinologue par exemple) et celles présentes ont un âge moyen élevé et sont souvent en cumul activité / retraite, ce qui augmente considérablement les délais d'attente et rend nécessaire le suivi par le médecin traitant.

On notera que certaines de ces spécialités ne sont pas (ou ne seront bientôt plus) représentées dans le secteur hospitalier qui ne permet pas de palier à ce déficit.

Spécialités médicales	Nombre de praticiens Corse-du-Sud		Nombre de praticiens Haute-Corse		âge moyen National
		âge moyen		âge moyen	
Anatomie et cytologie pathologiques	< 10		< 10		
Anesthésie-réanimation	27	53,9	20	58,3	49,2
Biologie médicale	11	50,3	< 10		
Cardiologie et maladies vasculaires	12	58,6	24	54,2	51,2
Chirurgie générale	< 10		< 10		
Chirurgie maxillo faciale et stomatologie	< 10		< 10		
Chirurgie orthopédique et traumatologie	< 10		< 10		
Chirurgie infantile	< 10		< 10		
Chirurgie plastique et reconstructrice	< 10		< 10		
Chirurgie urologique	< 10		< 10		
Chirurgie vasculaire	< 10		< 10		
Chirurgie viscérale et digestive	< 10		< 10		
Chirurgie thoracique et cardio vasculaire	< 10		< 10		
Dermatologie et vénéréologie	< 10		< 10		
Endocrinologie, diabète, maladies métaboliques	< 10		< 10		
Génétique médicale	< 10		< 10		
Gériatrie	< 10		< 10		
Gynécologie médicale	< 10		< 10		
Gynécologie-obstétrique	11	44,5	13	49,4	47,6
Hématologie	< 10		< 10		
Hépatogastro-entérologie	< 10		10		
Maladies infectieuses et tropicales	< 10		< 10		
Médecine du travail	12	50,7	12	60,2	54,7
Médecine d'urgence	< 10		< 10		
Médecine générale	252	53,6	271	53,6	
Médecine interne	< 10		< 10		
Médecine légale et expertises médicales	< 10		< 10		
Médecine nucléaire	< 10		< 10		
Médecine physique et de réadaptation	10		< 10		
Médecine vasculaire	< 10		< 10		
Néphrologie	< 10		< 10		
Neurochirurgie	< 10		< 10		
Neurologie	< 10		< 10		
Oncologie	< 10		< 10		
Oncologie option radiothérapie	< 10		< 10		
Ophthalmologie	17	51,1	16	56	53,4
Oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale	< 10		< 10		
Oto-rhino-laryngologie	< 10		< 10		
Pédiatrie	13	54	13	53,2	48,6
Pneumologie	< 10		< 10	55,7	50,2
Psychiatrie	35	53,5	41	53,1	
Psychiatrie, option enfant & adolescent	< 10		< 10		
Radiologie et imagerie médicale	22	57,2	19	57,3	51,5
Radiothérapie et onco radiothérapie	< 10		< 10		
Réanimation médicale	< 10		< 10		
Rhumatologie	< 10		< 10		
Santé publique	< 10		< 10		

Source : RPPS - ADELI
Au 01/01/2021

Au dernier recensement des deux Conseils Départementaux régionaux de l'Ordre National des Médecins, la Corse comptait 752 médecins en Haute-Corse et 790 en Corse du Sud.

Concernant la médecine libérale, on retrouve 602 médecins actifs repartis en 318 Médecins Généralistes (+ 47 retraités actifs = 13%) et 284 Spécialistes (+56 retraités actifs = 16%).

Les études de démographie médicale 2011/2015/2022 montrent une évolution nette de la pyramide des âges sans pic de nouvelles installations. **C'est une région peu attractive pour la médecine**

générale, le nombre de médecins sortants étant plus important que le nombre de médecins entrants.

Les médecins de plus de 60 ans représentaient 27 % en 2011, 29% en 2015 et 38,2 % en 2022. La tendance s'inverse pour les médecins les plus jeunes qui représentent seulement 20,7 % des effectifs en Corse contre 25,2 % au niveau national.

Nombre total de généralistes et leur répartition par tranche d'âge au 31/12

	Nombre		%	
	Corse	France	Corse	France
Moins de 40 ans	67	14 215	20,7	25,2
40 à 49 ans	45	9 974	13,9	17,7
50 à 54 ans	31	5 493	9,6	9,7
55 à 59 ans	57	8 579	17,6	15,2
60 ans et plus	124	18 055	38,3	32,0
Total	324	56 390	100,0	100,0

2013 2014 2015 2016 2017 2018 2019 2020 2021 **2022**

Source: FNPS - 2022

On notera également que les médecins en cumul emploi-retraite, et on peut bien les comprendre, n'assurent pas des équivalents temps-plein en terme d'exercice médical. Par conséquent, le nombre de praticiens en exercice/habitant n'est pas le reflet réel de l'offre de soins lorsque la proportion de retraités actifs est forte.

La pérennisation de leur activité est néanmoins un pilier indispensable de l'offre de soins insulaire.

L'ensemble de ces problématiques se traduit, entre autre, par :

- des consultations aux multiples motifs
- une prise en charge par les médecins généralistes de pathologies relevant de la spécialité d'organe
- la gestion ambulatoire de situations relevant du secteur hospitalier à bout de souffle
- des retards de prise en charge influant directement sur la durée des arrêts de travail
- et cetera

IV. Les propositions des médecins libéraux de Corse.

La situation géographique, économique, démographique de la Corse regroupe l'ensemble des difficultés rencontrées dans les zones montagneuses.

Les données statistiques de notre région sont le reflet des difficultés de toutes les zones rurales d'altitude.

Considérant ce constat, et compte tenu des éléments mettant en exergue la situation de l'île, **les médecins libéraux de Corse souhaitent la mise en place de mesures dérogatoires spécifiques à la zone montagne et ce pour garantir l'accès et la qualité des soins.**

Les médecins formulent ci-après leurs propositions qui seront détaillées dans les fiches actions qui suivent :

Proposition	Référence Fiche Action
Consultation complexe et très complexe	Fiche action n° 1
Visite longue	Fiche action n° 2
Revalorisation des déplacements	Fiche action n° 3
Cumul consultation/acte sans décote	Fiche action n° 4
Cumul à taux plein des actes techniques (CCAM/CCAM)	Fiche action n° 5
Téléconsultation par téléphone	Fiche action n° 6

FICHES ACTIONS DES PROPOSITIONS DU COLLECTIF ML CORSICA

Fiche action n°1 Consultation complexe et très complexe

I. Contexte

La Corse cumule les signaux d'alertes économiques et démographiques en lien avec la prise en charge de la personne âgée. Elle est en effet l'une des régions de France qui comporte le plus de personnes âgées et qui enregistre le taux de pauvreté le plus élevé chez les seniors. La région présente une offre de soins limitée sur un territoire montagneux et insulaire. Un travail de coordination supplémentaire et un suivi renforcé sont effectués par les médecins généralistes en Corse du fait de l'absence de CHU et de certains examens ou de certaines spécialités en accès direct sur le territoire. Les tensions relatives à l'offre de soins sont aussi caractérisées en Corse par des cycles successifs quasi ininterrompus depuis 4 ans de plans estivaux, de plans blanc régionaux, ou de plans hivernaux (détails en annexe).

Ces spécificités populationnelles, géographiques, et économiques concourent à la complexification de certaines situations cliniques à prendre en charge. La traduction directe de ces problématiques se caractérise par des motifs de plus en plus nombreux lors d'une même consultation, des diagnostics et des prises en charge de pathologies habituellement vues par des spécialistes d'organes qui font défaut sur l'île, ou encore par la gestion ambulatoire de situations relevant du secteur hospitalier : patients renvoyés par les urgences car urgences non vitales ou sorties prématurées pour libérer des lits.

Ces consultations sont chronophages : elles concernent la plupart du temps des patients âgés et/ou polyopathologiques, avec des affections chroniques graves et/ou un handicap. Elles concernent aussi des patients avec des problématiques aiguës dont la prise en charge est difficile à mettre en place et à coordonner. L'isolement ou la précarité aggravent ces situations déjà complexes. D'après un état des lieux auprès des médecins généralistes en Corse, les consultations multi-motifs représentent 30 % des actes réalisés et les consultations très complexes concernent 10 % des situations (cf. annexe). Et pourtant, même dans ce contexte, malgré le travail, la charge mentale, et le temps supplémentaire nécessaire à la prise en charge des patients relevant de ce type de consultation, aucune majoration d'acte n'est possible à ce jour.

II. Proposition concrète de la profession

L'ouverture à d'autres critères de la cotation déjà existante tel que « MTX » dédié aux consultations très complexes ou « MCX » pour les consultations complexes permettrait de valoriser un travail long et difficile réalisé par les médecins généralistes.

Selon l'appréciation de la situation par le médecin, dans un secteur en tension, la majoration d'acte « MTX » pourra être appliquée à toutes les consultations très complexes. Elle impliquera d'avoir évalué dans leur globalité les différentes problématiques médicales, sociales, et environnementales du patient qui impactent sa prise en charge thérapeutique ou diagnostique, urgente ou au long

cours, et d'en assurer la coordination. La majoration d'acte pourra représenter jusqu'à 12% des actes annuels du médecin.

Par ailleurs, la prise en charge de plusieurs problématiques indépendantes l'une de l'autre durant une même consultation, ne relevant pas d'une consultation complexe, aboutit cependant à la même notion de temps supplémentaire nécessaire dans ce type de consultation.

Selon l'appréciation de la situation par le médecin, dans un secteur en tension, la majoration d'acte « MCX » pourra être appliquée à toutes consultations complexes incluant le multi-motifs. La majoration d'acte pourra représenter jusqu'à 32% des actes annuels du médecin.

III. Intégration dans le cadre conventionnel

Consultation très complexe

« En Corse / en zone montagne, compte tenu de la structuration de l'offre de soins et des caractéristiques populationnelles, les médecins traitants sont autorisés à facturer sur une base de 12 % de leurs actes la majoration « MTX » à toutes consultations médicales très complexes, sans limitation trimestrielle par patient. En plus des situations déjà concernées par la majoration, ces consultations pourront se justifier par une action de coordination renforcée et la mise en place d'une nouvelle stratégie diagnostique/thérapeutique urgente ou au long cours liées à des circonstances exceptionnelles de temps, et/ou des particularités spécifiques du patient (oncologie, handicap, pathologie neurologique grave ou neurodégénérative, âge supérieur à 80 ans, polyopathologies, en perte d'autonomie) ou directement à l'environnement du malade (précarité, isolement...) ».

Consultation complexe

« En Corse / en zone montagne, compte tenu de la structuration de l'offre de soins et des caractéristiques populationnelles, les médecins traitants sont autorisés à facturer sur une base de 32 % de leurs actes la majoration « MCX » à toutes les consultations médicales complexes, sans limitation trimestrielle par patient. En plus des situations déjà concernées, la majoration d'acte « MCX » inclura la prise en charge de plusieurs motifs de consultation lors d'une même consultation. »

ANNEXES

Etude 1 : Analyse d'une semaine de consultations

Période du 6/11/2023 au 12/11/2023 :

- 60h de travail
- Nombre d'actes : 180 (160 consultations et 20 visites)
- Activité libérale exclusive
- SNP tous les jours, un RDV par heure, VAD mardi, mercredi et vendredi après-midi.

Composition des 160 consultations :

- 17 consultations très complexes soit 10,6 %
- 48 consultations complexes soit 30 %
- 95 consultations standard soit 60,4 %

Nombre de Visites à domicile : 20

Soit 11 % des actes réalisés, qui représentent :

- 23 % des recettes
- 30 % du temps hebdomadaire

Etude 2 : Analyse de 203 consultations réalisées par 4 médecins

4 médecins sur deux jours de consultation (9 et 10 novembre 2023)

- Nombre d'actes : 203
- 28 consultations très complexes soit 13,8 %
- 58 consultations complexes soit 28,6 %
- 117 consultations standard soit 57,6 %

Recueil sur fiche d'information patient ci-jointe

Le 06/11/23

Je soussigné(e), Dr.
, Docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour, Mr (Mme)

Je certifie que le patient a bénéficié :

- D'une consultation simple – 35 €
- D'une consultation multimotifs – 50 €
- D'une consultation complexe – 60 €

Selon les tarifs de remboursement de la sécurité sociale, le patient atteste que seul le montant de 25 euros lui est demandé ce jour.

Selon les tarifs de remboursement de la sécurité sociale, le patient atteste avoir reçu une information claire et adaptée concernant le supplément de euros qui est aujourd'hui entièrement pris en charge par le médecin ayant réalisé le soin.

Le patient et le médecin demandent une réévaluation des modalités et tarifs de remboursement de la sécurité sociale en adéquation avec la valeur réelle de la consultation réalisée.

J'accepte que ces données personnelles soient utilisées à des fins d'information et statistique

Signature du patient

Signature du médecin

*Consultation simple : expertise médicale standard. Consultation multimotifs : addition jusqu' à 3 motifs de consultation.
Consultation complexe : expertise médicale complexe lié à des circonstances exceptionnelles de temps, aux particularités spécifiques du patient, à l'action de coordination renforcée ou directement à l'environnement du malade (précarité, isolement...).*

Cas cliniques concrets illustrant la problématique des cas très complexes

Situation 1 : Insuffisance rénale chronique sévère où l'éducation du patient est fondamentale pour éviter les médicaments néphrotoxiques, l'explication des règles hygiéno-diététiques, le bilan étiologique à mener et le suivi régulier nécessaire ainsi que le renouvellement des traitements par stimulants de l'érythropoïèse, compte tenu du statut de médicament d'exception, des précautions et du suivi nécessaire.

Situation 2 : Les maladies de système type LEAD, PR, SPA, autres vascularites où bien souvent le médecin est le premier interlocuteur en début de maladie et en cas de poussée ou de maladies intercurrentes qui nécessitent un suivi et une prise en charge augmentés en fréquence et en temps de consultation.

Situation 3 : Les patients diabétiques qui nécessitent également une prise en charge complexe en termes d'éducation thérapeutique, de compliance au traitement et en cas de pathologie intercurrente.

Situation 4 : Les patients atteints de cancer qui en l'absence de centre de référence en Corse sont suivis de manière rapprochée par le médecin traitant qui doit gérer au quotidien les effets secondaires de traitements dont il n'est pas prescripteur et qui réalise un travail de coordination extrêmement chronophage.

Retour d'expérience 1 :

Les patients suivis en CHU sur le continent sont plus difficilement pris en charge sur le territoire corse. Le médecin traitant est souvent le seul interlocuteur et intermédiaire en cas de décompensation ou maladie intercurrente ainsi que pour le suivi régulier en dehors de la consultation annuelle de spécialité. Il faut également prendre en compte les difficultés pour le médecin traitant de joindre les correspondants spécialistes en cas de nécessité.

En effet, les patients ne peuvent joindre les secrétariats et se retournent alors vers le médecin traitant qui est le seul interlocuteur accessible. Ce comportement quasi systématique doit être intégré dans la prise en charge du patient en raison de l'aspect chronophage et de la charge mentale qu'il engendre. Le médecin traitant étant alors considéré comme responsable de l'absence de réponse des confrères spécialistes avec l'agressivité que cela engendre en raison de la perte de chance ressentie par le patient.

En Corse, ce phénomène est plus important qu'ailleurs, en raison de ce que le déplacement implique chez la majorité des patients en termes d'anxiété : frais importants pour des familles modestes-comme en témoigne la précarité sur l'île-, la crainte d'aborder seul un diagnostic grave et celle de ne pas avoir droit à un accompagnant ou de ne pas avoir les moyens de payer son déplacement en cas de refus, la difficulté de voyager quand on est malade et fatigué, et l'isolement affectif tellement préjudiciable face à la maladie et à la souffrance.

Cas cliniques concrets illustrant la problématique des cas complexes

Situation 5 : Patient de 88 ans, GIR 5, diabétique de type 2, hypertendu stable, vivant seul sans enfant ou aidant familial. Ce patient est accompagné parfois par une personne qui n'est pas toujours la même (le GIR 5 n'ouvrant pas de droit à une aide à domicile conséquente) pour la consultation trimestrielle de suivi qui nécessite alors un temps supplémentaire d'explications concernant les règles hygiéno-diététiques, la stimulation du patient et le maintien de son état ainsi que la coordination avec les spécialistes d'organe et les paramédicaux.

Situation 6 : Patiente âgée de 82 ans, coronarienne stable, insuffisante rénale modérée, GIR 5 mais atteinte d'une surdité sévère non appareillable, vit seule, sans aidant familial ou social. Cette patiente nécessite une consultation longue compte tenu des difficultés de communication avec nécessité d'écrire au lieu de parler.

Situation 7 : Patient  g e de 43 ans, déficient intellectuel léger, sous curatelle simple, GIR 5. Ce patient devrait venir accompagné mais il vient seul car personne n'a le temps de l'assister. La consultation est alors systématiquement rallongée en raison de la nécessité de communiquer avec le curateur et/ou l'éducateur pour expliquer le traitement.

Situation 8 : Patiente âgée de 62 ans, obèse, hypertendue, diabétique de type 2, syndrome dépressif chronique, GIR 5, vient accompagnée d'un de ses quatre enfants. Dans ce cas, la consultation est rallongée en raison de l'obésité qui ralentit le déshabillage et l'habillage pour l'examen clinique, de l'exercice intellectuel qui nécessite de passer d'une pathologie à l'autre et de synthétiser ce qui doit être r ealis e pour le suivi ainsi que du second interlocuteur qui demande un temps supplémentaire d'explications. Il est tout bonnement impossible que cette consultation dure 18 minutes (durée moyenne de consultation de médecine générale, source DREES mai 2019).

Situation 9 : Patient  g e de 30 ans qui consulte pour une odynophagie alors que son médecin est absent, puis demande un renouvellement d'une ordonnance de rééducation dorso lombaire parce qu'il a toujours mal depuis qu'il a termin e celle prescrite par son médecin traitant, puis signale que depuis 1 mois, il dort très mal et se réveille plusieurs fois par nuit. Là encore, il s'agit d'une consultation qui nécessitera une évaluation complexe qui devra être considérée comme telle.

Situation 10 : Patiente âgée de 45 ans, suivie par le médecin mais non consultée depuis 1 an car n'a pas été malade. Motif principal : céphalées, puis signale qu'elle s'est fait mal à la cheville au sport la semaine dernière, puis demande si on peut faire un bilan sanguin pour voir si tout va bien, puis sollicite un courrier pour le cardiologue parce qu'elle a oubli e de le signaler mais son père a un problème cardiaque et son cardiologue lui avait dit que ses enfants devaient consulter. La consultation nécessite donc un interrogatoire cibl e sur les céphalées, sur l' v enement cardiaque paternel et sur l'accident responsable de la douleur à la cheville en plus de l'interrogatoire nécessaire au suivi et à la prévention habituels de tous les patients (situation actuelle, autres plaintes, suivi gynéco, dépistage, contraception...), un examen clinique complet (habituel) puis examen neurologique + examen de la cheville lésée, explications données à la patiente, puis rédaction minimum de 4 ordonnances et d'un courrier au cardiologue. Il s'agira donc d'éviter de faire revenir cette patiente plusieurs fois en cotant une seule consultation complexe.

Fiche action n°2 Visite longue

I. Contexte

La Corse cumule les signaux d'alertes économiques et démographiques en lien avec la prise en charge de la personne âgée. Elle est en effet l'une des régions de France qui comporte le plus de personnes âgées et qui enregistre le taux de pauvreté le plus élevé chez les seniors. La région présente une offre de soins limitée sur un territoire montagneux et insulaire.

Un travail de coordination supplémentaire et un suivi renforcé sont effectués par les médecins généralistes en Corse du fait de l'absence de CHU et de certains examens ou de certaines spécialités en accès direct sur le territoire. Les spécificités populationnelles, géographiques, et économiques impactent directement la prise en charge des patients justifiant de consultations médicales au domicile par leur médecin traitant, rendant le suivi médical plus complexe. Ces visites sont chronophages : elles concernent la plupart du temps des patients âgés et/ou polyopathologiques, avec des affections chroniques graves ou un handicap. Elles relèvent toujours de prises en charges difficiles à mettre en place et à coordonner avec l'équipe infirmière, la famille, le spécialiste d'organe ou le centre de soins spécialisés.

L'isolement ou la précarité aggravent ces situations déjà complexes. Concernant les lieux de vie, 88 % des seniors dépendants vivant en Corse privilégient la vie au domicile. La patientèle des MG en Corse est représentée à 32 % par les plus de 60 ans contre 27,6 % au niveau national. La visite à domicile est essentielle à la prise en charge des personnes âgées et au maintien à domicile.

Les axes routiers vétustes et sinueux sont un frein à l'accès aux structures de soins les plus proches, mais également engendrent un temps de trajet conséquent pour les médecins, aggravé par la configuration et l'éloignement des villages.

En Corse, les zones véritablement urbaines se concentrent sur les villes de Bastia et Ajaccio, où il est difficile de se déplacer en voiture avec peu de possibilités de stationnement en centre-ville, obligeant les médecins à faire une partie des trajets à pied.

II. Proposition concrète de la profession

La cotation VL concerne aujourd'hui ponctuellement les patients atteints de maladie neurodégénérative, la 1^{ère} visite à domicile pour patient non connu auparavant âgé de plus de 80 ans ou en ALD, les patients en ALD âgés de plus de 80 ans ou patients en soins palliatifs. **Il est impératif d'ouvrir cette cotation à tous les patients nécessitant un suivi à domicile au long cours.**

Nous demandons que le code VL de la visite longue puisse être utilisé sans restriction trimestrielle du fait de la complexité inhérente aux caractéristiques du patient suivi à domicile, quel que soit l'âge : patient chronique en ALD ou en perte d'autonomie (<GIR 5), patient atteint de maladie neurodégénérative, de handicap sévère (supérieur à 80 %), de pathologie carcinologique ou en soins palliatifs.

Pour bien cadrer l'exercice de ces visites, une demande d'entente préalable valable un an, reprenant les caractéristiques du patient imposant le suivi à domicile, pourra être transmise au médecin de la caisse pour validation.

III. Intégration dans le cadre conventionnel

« En Corse/ en zone montagne, compte tenu de la structuration de l'offre de soins et des caractéristiques populationnelles et géographiques, les médecins traitants sont autorisés à utiliser le code VL de la visite longue lors de chaque visite à domicile, pour les patients âgés atteints de pathologie chronique en ALD, pour les patients en perte d'autonomie (<GIR 5) ou présentant un handicap sévère (supérieur à 80%), pour les patients atteints de maladie neurodégénérative, de pathologie oncologique ou les patients relevant du soins palliatifs ».

Fiche action n°3 Revalorisation des déplacements

I. Contexte

La Corse cumule les signaux d'alertes économiques et démographiques en lien avec la prise en charge de la personne âgée. Elle est en effet l'une des régions de France qui comporte le plus de personnes âgées et qui enregistre le taux de pauvreté le plus élevé chez les seniors. La région présente une offre de soins limitée sur un territoire montagneux et insulaire. Un travail de coordination supplémentaire et un suivi renforcé sont effectués par les médecins généralistes en Corse du fait de l'absence de CHU et de certains examens ou de certaines spécialités en accès direct sur le territoire. Les spécificités populationnelles, géographiques, et économiques impactent directement la prise en charge des patients justifiant de consultations médicales au domicile par leur médecin traitant, rendant le suivi médical plus complexe.

La région présente une offre de soins limitée sur un territoire montagneux et insulaire. Les zones véritablement urbaines se concentrent sur les villes de Bastia et Ajaccio où il est difficile de se déplacer en voiture avec peu de possibilités de stationnement en centre-ville, obligeant les médecins à faire une partie du trajet à pied.

Les axes routiers vétustes et sinueux sont un frein à l'accès aux structures de soins les plus proches, mais également engendrent un temps de trajet notable pour les soignants, aggravé par la configuration et l'éloignement des villages.

De plus, l'observatoire des prix des carburants publie régulièrement une étude mettant en avant un écart entre les prix pratiqués en Corse et ceux pratiqués en France Métropolitaine (hors Corse).

	Carburant	Sept. 2023 valeur (€/L)	Août 2023 valeur (€/L)	Juin 2023 valeur (€/L)	Sept. 2022 valeur (€/L)	Glissement Mensuel (%)	Glissement Trimestriel (%)	Glissement Annuel (%)
Corse	SP95	1,978	1,971	1,948	1,530	+0,4 ↑	+1,5 ↑	+29,3 ↑
	Gazole	1,967	1,932	1,786	1,707	+1,8 ↑	+10,1 ↑	+15,2 ↑
2A	SP95	1,978	1,995	1,947	1,516	-0,9 ↓	+1,6 ↑	+30,5 ↑
	Gazole	1,969	1,941	1,785	1,695	+1,5 ↑	+10,3 ↑	+16,2 ↑
2B	SP95	1,979	1,988	1,950	1,542	-0,5 ↓	+1,5 ↑	+28,3 ↑
	Gazole	1,964	1,925	1,787	1,717	+2,0 ↑	+9,9 ↑	+14,4 ↑
France Métropolitaine (hors Corse)	SP95	1,957	1,922	1,864	1,573	+1,8 ↑	+5,0 ↑	+24,4 ↑
	Gazole	1,905	1,825	1,680	1,717	+4,4 ↑	+13,4 ↑	+10,9 ↑

Concernant le SANS PLOMB 95 : Au mois de septembre 2023, l'écart entre les prix corses et continentaux est en moyenne de 2,15 centimes d'euros par litre. Ce différentiel diminue de 6,3 centimes d'euros par rapport au trimestre précédent en raison de la hausse plus marquée des prix continentaux (+5 % contre +1,5 % en Corse).

Concernant le GAZOLE : Au mois de septembre 2023, la moyenne régionale des prix du gazole est supérieure à celle du continent. L'écart entre les prix insulaires et continentaux est en moyenne de 6,2 centimes par litre. Il baisse de 4,4 centimes sur le trimestre. Sur un an, en revanche, ce

différentiel s'amplifie puisque les prix insulaires étaient en moyenne inférieurs de 1,1 centimes d'euros en septembre 2022.

Le réseau routier est ingrat et les trajets d'un point à l'autre ne se comptent pas en kilomètres mais en temps : 0 km d'autoroute, 331 km de routes nationales à 2 voies, 2462 km de routes départementales. De plus, l'état des routes (sinueuses et peu praticables par endroits), favorise l'usure du véhicule.

Les temps d'accès au généraliste sont plus élevés avec 6,6% de la population se situant à plus de 20 minutes du médecin le plus proche contre 0,4% au plan national.

Dans un exemple concret, les patients d'OLCANI (20217) reçoivent la visite du médecin le plus proche situé à SAINT-FLORENT (20217) soit 31 km et 45 min de trajet (source via Michelin).

Pour cette visite, le médecin passera donc 1h30 en temps de trajet, pour une rémunération liée au déplacement d'un montant de 56,42 € (MD +IKM), soit la visite facturée pour 2 heures de temps (consultation + trajet), 92,92 € (G+MD+IKM). **En comptant les frais liés au carburant, à l'usure du véhicule et à la perte du temps médical, cette rémunération est insuffisante.**

Si le médecin était resté à son cabinet, il aurait effectué, durant ce temps consacré à la visite à domicile, 6 consultations (sur la base d'une consultation simple de 20 min cotée 26.50€), soit une rémunération de 159€.

Ces difficultés de déplacement sont connues aussi des médecins exerçant dans les centres urbains peu équipés d'espaces de stationnement et qui nécessitent pour le médecin une perte de temps pour stationner son véhicule et effectuer le trajet pédestre jusqu'au domicile du patient, occupant souvent un appartement dans le centre ancien en étage élevé non doté d'ascenseur.

En conclusion, outre le fait que **la visite à domicile a de nombreux inconvénients (temps, fatigue supplémentaire, risque sur les routes...), cette dernière est peu « rentable » en termes de rémunération horaire.**

II. Proposition concrète de la profession

La visite à domicile est essentielle à la prise en charge des personnes âgées à domicile. Le système de cotation des indemnités kilométriques et la majoration de déplacement censés compenser la perte de temps médical dans les transports doivent prendre en compte ces spécificités, auxquelles s'ajoutent l'évolution démographique, les caractéristiques du type d'habitat traditionnel fortement représenté dans l'île, le prix du carburant et l'état de vétusté des routes.

Nous demandons, que la majoration déplacement (MD) actuellement cotée 10€, soit revalorisée à hauteur d'une MD 20€, afin de faire face aux caractéristiques liées au déplacement, et à la perte du temps médical que ce dernier engendre.

Nous demandons, l'application d'une Indemnité kilométrique propre à la Corse (comme c'est le cas pour les territoire ultra-marins), afin de faire face aux caractéristiques liées au déplacement (état des routes, prix du carburant...), et à la perte du temps médical que ce dernier engendre.

III. Intégration dans le cadre conventionnel

Revalorisation de l'indemnité kilométrique propre à la Corse

« En Corse, seule région « île-montagne », compte tenu de la structuration de l'offre de soins et des caractéristiques populationnelles et géographiques, les médecins sont autorisés à facturer lors des visites à domicile une majoration de déplacement spécifique d'un montant de 20€ ».

Revalorisation de l'indemnité kilométrique propre à la Corse

« En Corse, seule région « île-montagne », compte tenu de la structuration de l'offre de soins et des caractéristiques populationnelles et géographiques, les médecins sont autorisés à facturer lors des visites à domicile des IKM sur la base de rémunération Corse / Guyane / Réunion / Guadeloupe / Martinique.

Fiche action n°4 Cumul consultation avec acte (NGAP/CCAM)

I. Contexte

1. Transport médicalisé en Corse

a. Un coût supérieur à la moyenne nationale

La dépense annuelle moyenne / habitant des transports médicalisés est de 105.99 € en Corse contre 79.66 € en France. **Le coût des transports médicaux est donc un élément majeur dans l'approche budgétaire de l'exercice médical.**

Quelques exemples de trajet en Corse avec kilométrage et tarif auxquels se rajoutent d'éventuelles majorations :

TAXI conventionné pour une course de 7h à 19h avec 1 heure d'attente (tarif minimum) :

CALVI – BASTIA (184km) : 225.56 €

GHISONACCIA – BASTIA (174 km) : 214,94€

CORTE-BASTIA (140km) : 178.33€

MACINAGGIO-BASTIA (74 km) : 106.61€

AMBULANCE :

Prise en charge : 65.05€ Tarif au km : 2.32 €

CALVI – BASTIA (184km) : 491.93 €

GHISONACCIA – BASTIA (174 km) : 468.73€

CORTE-BASTIA (140km) : 389.85€

MACINAGGIO-BASTIA (74 km) : 236.73€

Trois paramètres expliquent ce surcoût :

- Une population âgée avec des pathologies chroniques ne pouvant pas se déplacer ;
- Une situation île-montagne expliquant des trajets longs et difficiles ;
- Un retard du développement routier (absence d'autoroute, 331 km de nationale à 2 voies, etc.).

b. Une capacité insuffisante

Il est de plus en plus difficile, d'obtenir un transport médicalisé en raison d'une forte demande. Cela peut entraîner une annulation ou un report de rendez-vous faute d'ambulance ou de VSL avec pour résultat une limitation de l'accès aux soins.

Par conséquent, il est indéniable que les coûts des transports médicalisés en Corse sont très supérieurs aux honoraires des actes NGAP et CCAM. **Il est donc plus intéressant d'agir sur le nombre de transports d'un patient que sur le non-paiement d'association d'actes.**

2. Spécialités médicales en tension

Certaines spécialités médicales libérales sont rares et parfois absentes de la photographie du territoire insulaire (dermatologue, neurologue, gynécologue, aucun rhumatologue en Haute Corse). Celles présentes ont un âge moyen élevé et sont souvent en cumul activité / retraite (Cardiologie et Gastro-entérologie en voie d'extinction). **Les délais d'attente sont donc de plus en plus longs et sont devenus une source de retard diagnostique, de perte de chance et d'abandon du soin pour beaucoup de patients** (cf. annexes NC1)

3. Démarche diagnostique et thérapeutique actuelle

Dans la pratique de la médecine moderne, en spécialité d'organe comme parfois en médecine générale, **l'évaluation clinique doit être suivie de la réalisation d'un acte technique à visée diagnostique et/ou thérapeutique. Cette association est indispensable à la prise en charge globale du patient.**

La réalisation de ces 2 étapes dans un même temps permet une meilleure efficacité diagnostique et thérapeutique ainsi qu'une évaluation précise et immédiate de la problématique médicale.

L'impossibilité de facturer dans le même temps un acte NGAP avec un acte CCAM conduit beaucoup de spécialistes à reconvoquer les patients. Cette stratégie perturbe l'efficience intellectuelle et retarde la prise en charge du malade avec les conséquences que l'on peut imaginer.

4. Approche financière et en termes d'accès aux soins des différents modes de cumul

Tout d'abord, définissons 3 situations :

- **« Non cumul »** : le médecin réalise les actes dans des temps différents et oblige le patient à revenir.
- **« Cumul sans rémunération à taux plein »** : le médecin réalise les actes dans le même temps de consultation mais avec un seul acte rémunéré.
- **« Cumul avec rémunération à taux plein »** : le médecin réalise les actes dans le même temps de consultation mais avec rémunération des deux actes.

Nous avons comparé **« cumul sans rémunération à taux plein »** versus **« non-cumul »** en cardiologie puis nous avons analysé **« cumul avec rémunération à taux plein »** versus **« non-cumul »** en rhumatologie et en pneumologie (cf. annexe NC2). D'autres spécialités ont été étudiées en annexe 2 notamment en médecine générale et les résultats sont identiques.

Ceci nous permet de vous présenter les éléments suivants :

1. Actuellement le médecin en zone-montagne a le choix entre :
 - a. « **Non cumul** » : le médecin voit moins de patients (diminution de 23 % de file active), a des honoraires supérieurs et augmente le coût des frais de transport (VSL/ ambulance).
 - b. « **Cumul sans rémunération à taux plein** » : le médecin a des honoraires plus faibles avec un rythme plus soutenu et une réflexion médicale efficiente pour son patient. Il voit plus de patients (+30 % de file active) et diminue le coût des frais de transport (-20%).

Compte tenu de l'augmentation des charges et de l'épuisement des praticiens, la situation du «**cumul sans rémunération à taux plein**» n'est plus viable.

À l'issue des négociations conventionnelles, le « **cumul sans rémunération à taux plein** » risque de ne plus être pratiqué en Corse.

2. Si le « **cumul acte NGAP/ CCAM avec rémunération à taux plein** » est retenu, le médecin qui passera du « **non-cumul** » au « **cumul acte NGAP/ CCAM avec rémunération à taux plein** » en pathologie ostéoarticulaire verra sa file active augmenter jusqu'à 31% et ses prescriptions de transport diminuer jusqu'à 20%. Tout ceci sans perte de revenu et sans augmentation des dépenses d'honoraires par patient. En pneumologie le gain de file active sera de 25 %. Par ailleurs, cette stratégie permettrait de réduire les indemnités journalières en cas d'arrêt de travail. Actuellement, ces derniers se prolongent uniquement au motif que les patients ne peuvent accéder à une prise en charge rapide.
3. Si le « **cumul acte NGAP/ CCAM avec rémunération à taux plein** » n'est pas retenu en montagne alors, tous les médecins pratiquant le cumul passeront au « **non-cumul** ». Ceci conduira une baisse de sa file active jusqu'à 43 % en pathologie articulaire avec une hausse jusqu'à 25 % en frais de transport. Autre exemple, en pneumologie la file active baissera de 26% et provoquera une hausse des coûts de transport de l'ordre de 20 %.

En somme, le cumul est fondamental pour l'accès au soin (augmentation jusqu'à 31 % de la file active). Il permet également une diminution des indemnités journalières en cas d'arrêt de travail et du coût de transport (ce dernier étant plus onéreux en Corse par rapport au continent en raison du contexte d'île-montagne qui augmente les durées et les distances). Enfin les honoraires par patient ne seront pas supérieurs au non-cumul.

Il n'y a donc aucune raison légitime de refuser le cumul rémunéré. Il est bien entendu que le cumul non rémunéré risque de ne plus exister en Corse dans quelques semaines avec, comme nous l'avons démontré ci-dessus, un effondrement de la file active et une dégradation de l'accès aux soins. Cette situation s'accompagnera également d'une augmentation des indemnités journalières en cas d'arrêt de travail et des frais de transport prenant des proportions importantes en zone montagne. Ce refus n'induirait aucune économie en termes d'honoraires pour l'assurance maladie.

II. Proposition concrète de la profession

En zone montagne et donc en Corse, compte tenu des éléments suivants :

- Faible démographie médicale notamment en spécialistes d'organe,
- Réseau routier entraînant des coûts de transport élevés,
- Nécessité d'une pratique médicale moderne associant dans le même temps une réflexion clinique et des actes complémentaires indispensables,
- Pertinence en termes de file active/accès aux soins, frais de transport et durée d'arrêt de travail,
- Arrêt du cumul en Corse dans les conditions actuelles à l'issue des négociations conventionnelles.

Nous exigeons la possibilité de cumuler à taux plein un acte clinique NGAP de type APC ou GS avec un acte technique CCAM. Pour montrer le sérieux et le caractère responsable de nos demandes, nous ne demandons pas de cumul au-delà de deux étant donné les conditions budgétaires actuelles. Ceci représente encore des économies (2 actes facturés alors que très fréquemment trois seront réalisés).

Ceci s'ajoutera aux économies des frais de transport et des indemnités journalières.

Nos propositions sont donc réalisables à enveloppe budgétaire stable voir très certainement réduite.

III. Intégration dans le cadre conventionnel

« En Corse /en zone montagne, compte tenu de la structuration de l'offre de soins, d'une démographie médicale faible notamment en spécialistes d'organe, d'un réseau routier entraînant des coûts de transport élevés, de la pratique médicale actuelle associant dans le même temps une réflexion clinique et des actes complémentaires indispensables, de la pertinence en termes de file active/ accès aux soins, l'association tarifaire à taux plein d'un seul acte NGAP avec un seul acte CCAM est possible ».

ANNEXES

ANNEXE NC1 : démographie médicale en Corse

Spécialités médicales	Nombre de praticiens	âge	Nombre de praticiens	âge	age
	Corse-du-Sud	moyen	Haute-Corse	moyen	moyen National
Anatomie et cytologie pathologiques	< 10		< 10		
Anesthésie-réanimation	27	53,9	20	58,3	49,2
Biologie médicale	11	50,3	< 10		
Cardiologie et maladies vasculaires	12	58,6	24	54,2	51,2
Chirurgie générale	< 10		< 10		
Chirurgie maxillo faciale et stomatologie	< 10		< 10		
Chirurgie orthopédique et traumatologie	< 10		< 10		
Chirurgie infantile	< 10		< 10		
Chirurgie plastique et reconstructrice	< 10		< 10		
Chirurgie urologique	< 10		< 10		
Chirurgie vasculaire	< 10		< 10		
Chirurgie viscérale et digestive	< 10		< 10		
Chirurgie thoracique et cardio vasculaire	< 10		< 10		
Dermatologie et vénéréologie	< 10		< 10		
Endocrinologie, diabète, maladies métaboliques	< 10		< 10		
Génétique médicale	< 10		< 10		
Gériatrie	< 10		< 10		
Gynécologie médicale	< 10		< 10		
Gynécologie-obstétrique	11	44,5	13	49,4	47,6
Hématologie	< 10		< 10		
Hépatogastro-entérologie	< 10		< 10		
Maladies infectieuses et tropicales	< 10		< 10		
Médecine du travail	12	50,7	12	60,2	54,7
Médecine d'urgence	< 10		< 10		
Médecine générale	252	53,6	271	53,6	
Médecine interne	< 10		< 10		
Médecine légale et expertises médicales	< 10		< 10		
Médecine nucléaire	< 10		< 10		
Médecine physique et de réadaptation	10		< 10		
Médecine vasculaire	< 10		< 10		
Néphrologie	< 10		< 10		
Neurochirurgie	< 10		< 10		
Neurologie	< 10		< 10		
Oncologie	< 10		< 10		
Oncologie option radiothérapie	< 10		< 10		
Ophtalmologie	17	51,1	16	56	53,4
Oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale	< 10		< 10		
Oto-rhino-laryngologie	< 10		< 10		
Pédiatrie	13	54	13	53,2	48,6
Pneumologie	< 10		< 10	55,7	50,2
Psychiatrie	35	53,5	41	53,1	
Psychiatrie, option enfant & adolescent	< 10		< 10		
Radiologie et imagerie médicale	22	57,2	19	57,3	51,5
Radiothérapie et onco radiothérapie	< 10		< 10		
Réanimation médicale	< 10		< 10		
Rhumatologie	< 10		< 10		
Santé publique	< 10		< 10		

Source : RPPS - ADELI
Au 01/01/2021

ANNEXE NC 2 : analyse du « cumul sans rémunération à taux plein », du « cumul avec rémunération à taux plein » et du « non-cumul » en zone montagne.

I. ANALYSE DU « CUMUL SANS REMUNERATION A TAUX PLEIN » PAR RAPPORT AU « NON-CUMUL » EN CARDIOLOGIE :

Voici 2 plannings d'une semaine standard de **cardiologie en cabinet de médecine libérale** comportant :

- Des vacations d'explorations avancées de second rang en structure (ergométrie, échographie de stress, imagerie en coupe par exemple).
- Des vacations de consultations et explorations en cabinet (échocardiographie pour le plus fréquent mais aussi contrôle de pace maker) qui sont la pierre angulaire du suivi des cardiopathies.

A - Le « non-cumul » en cardiologie

Le premier planning montre l'organisation d'un praticien qui optimise la facturation selon les règles conventionnelles en séparant les actes NGAP (consultations) et CCAM (explorations). Le temps passé avec le patient est d'environ 20 min. Chaque patient doit revenir 2 fois pour avoir un examen complet avec une conclusion appropriée. Ici, par souci de clarté, les 2 rendez-vous du même patient se font la même semaine mais dans la réalité quotidienne plusieurs semaines les séparent. Les patients avec incapacités utilisant les transports médicaux doivent revenir 2 fois, ce qui est à l'origine d'un surcoût pour la société et d'un inconfort pour le patient fragile.

HEURE	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
	VACATION	VACATION	VACATION D'EPREUVE D'EFFORT EN	CONSULTATION APC	ECHOGRAPHIE DZQM 006
9H	HOSPITALIERE	DE		EE	EE
				FF	FF
10H	IMAGERIE	SCINTIGRAPHIE	CLINIQUE	GG	GG
	ECHOGRAPHIE DE STRESS	MYOCARDIQUE D'EFFORT		HH	HH
11H				II	II
				JJ	JJ
12H	PAR EX	EN CLINIQUE		KK	KK
				LL	LL
				MM	MM
				NN	NN
				OO	OO
				PP	PP
	consultation	ECHOGRAPHIE DZQM 006	CONSULTATION APC		ECHOGRAPHIE DZQM006
14H	A	A	P		P
	B	B	Q		Q
	C	C	R		R
15H	D	D	S	TEMPS	S
	E	E	T		T
	F	F	U		U
16H	G	G	V	ADMINISTRATIF	V
	H	H	W		W
	I	I	X		X
17H	J	J	Y		Y
	K	K	Z		Z
	L	L	AA		AA
18H	M	M	BB		BB
	N	N	CC		CC
	O	O	DD		DD

On voit ainsi que la file active hebdomadaire du médecin est de 42 patients avec un chiffre d'affaires d'environ 6.500€. Si on estime qu'environ 2 patients par vacation viennent en transport, on tombe sur un ratio de 0.3 VSL par patient.

On notera que cette organisation permet en cabinet de groupe une mutualisation du matériel

⇒ 1 appareil ECG et 1 échographe pour 2 médecins (baisse des charges fixes).

B- Le Cumul sans rémunération à taux plein en Cardiologie

Voyons maintenant le planning d'un praticien pratiquant le cumul « NGAP + CCAM » dans le même temps de rendez-vous, pour un temps de visite de 30min (un seul temps de courtoisie, une seule installation, un seul déshabillage, un seul courrier, un seul temps de facturation/paiement = gain de temps).

HEURE	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
	VACATION HOSPITALIERE	VACATION DE	VACATION D'EPREUVE D'EFFORT EN	APC + ETT	APC + ETT
9H				EE	MM
				FF	NN
10H	IMAGERIE	SCINTIGRAPHIE	CLINIQUE	GG	OO
				HH	PP
11H	ECHOGRAPHIE DE	MYOCARDIQUE		II	QQ
	STRESS	D'EFFORT		JJ	RR
12H	PAR EX	EN CLINIQUE		KK	SS
				LL	TT
	APC + ETT	APC + ETT	APC + ETT	APC + ETT	APC + ETT
14H	A	K	U		UU
	B	L	V		VV
15H	C	M	W		WW
	D	N	X		XX
16H	E	O	Y		ZZ
	F	P	Z		AAA
17H	G	Q	AA		BBB
	H	R	BB		CCC
18H	I	S	CC		DDD
	J	T	DD		EEE

Sa file active hebdomadaire est de 56 patients soit 30% de plus qu'en l'absence de cumul et ce qui améliore l'accès au soin.

Le cout de transport pour un même patient est divisé par 2, si l'on tient compte des « nouveaux » patients pris en charge avec pour ceux-là également 2 patients venant en transport, on aura 0.2 VSL/patient.

Dans la convention actuelle, ce médecin qui pratique le cumul, et nous sommes nombreux, ne peut pas facturer l'acte de consultation.

Il a donc un chiffre d'affaires inférieur au médecin qui ne pratique pas le cumul, tout en voyant plus de malades alors même qu'il améliore le service rendu avec une charge de travail plus importante.

Son revenu sera encore plus bas du fait que ses charges fixes sont plus élevées : en effet ce type d'organisation nécessite plus d'investissement matériel puisqu'il faut 1 machine d'échographie et 1 appareil ECG PAR MEDECIN.

Cette situation est tout à fait superposable en activité libérale de **pneumologie**.

II. ANALYSE DES « CUMUL SANS REMUNERATION A TAUX PLEIN », « CUMUL AVEC REMUNERATION A TAUX PLEIN » ET « NON-CUMUL » EN PNEUMOLOGIE.

Les actes en pneumologie les plus fréquemment réalisés dans le cadre du suivi du patient sont l'évaluation clinique et la réalisation d'explorations fonctionnelles respiratoires qui peuvent dans certaines situations nécessiter un complément d'exploration par une analyse de la diffusion ou l'analyse des gaz du sang.

Réaliser dans le même temps l'examen et l'acte technique, conduit à pratiquer à perte la consultation en sachant que la cotation de l'EFR (Acte : GLQP002 76.80 €) n'a pas été revalorisée depuis des décennies.

Or, est également réalisée dans la majorité des cas, EN PLUS DE LA CONSULTATION, l'analyse des images d'un scanner voire la comparaison de 2 scanners dans le cadre du suivi longitudinal de lésions suspectes.

Cette analyse comparative est extrêmement chronophage et non valorisée sur le plan des honoraires dans le cadre d'une consultation cotée GS.

Certains actes comme les gaz du sang ou la diffusion, nécessitent des consommables et un appareillage spécifique. Ils sont réalisés à perte (d'ailleurs la cotation des gaz du sang est à 28.80 € pour un coût du matériel à 34.50 €). Ils ne pourront bientôt plus être réalisés en cabinet de médecine libérale. Ces examens devront être adressés à l'hôpital qui est déjà en tension importante dans cette spécialité.

Pour réaliser tout cela en un temps, au minimum 40 à 45 min sont nécessaires, dans le but d'être efficient et de simplifier la vie du patient souvent âgé qui vient de loin en VSL.

Ce service rendu engendre une activité intellectuelle intense et continue, un stress important et se solde finalement par une perte de revenu pour le praticien si on le compare à une stratégie consistant à faire revenir le malade.

Si l'administration persiste à refuser de rémunérer le médecin à la valeur réelle de son travail, les pneumologues se verront contraints de modifier leur activité pour réaliser une consultation de 20 minutes, puis lors d'une seconde visite des EFR de 15 minutes, enfin lors d'une dernière visite la visualisation ou comparaison des scanners en 20 minutes et la conclusion du dossier.

Cela se traduira par une perte de 15 minutes par patient, 3 transports VSL au lieu d'un, une nette diminution de la file active et une augmentation des délais de traitement pour un même dossier donc une perte de chance indéniable pour le patient, en particulier en cancérologie (le temps / délai de prise en charge est un élément majeur du pronostic du patient).

Ces 15 min par patient représentent 217 heures par an qui pourraient être consacrées à d'autres patients.

<i>Sans cumul</i>	<i>Durée</i>	<i>Prix</i>
APC	30 min	56,50 €
Exploration fonctionnelle respiratoire	15 min	76,80 €
Test cutanés	15 min	28,80 €
Gaz du sang	15 min	28,80 €
Test de marche	10 min	28,80 €

<i>Avec cumul</i>	<i>Durée</i>	<i>Prix</i>
APC + EFR	35 minutes	133,3 €
APC+ EFR+ Gaz du sang	45 minutes	199,34 €
APC + EFR + tests cutanés	45 minutes	162,1 €
APC+ EFR + Gaz du sang+TM6	50 minutes	228,14 €

<i>Avec cumul</i>	<i>Durée sans cumul</i>	<i>Durée avec cumul</i>	<i>Gain de temps</i>
APC + EFR	45 min	35 min	10 min
APC + EFR + Gaz du sang	1H	45 min	15 min
APC + EFR + tests cutanés	1H	45 min	15 min
APC+EFR + Gaz du sang+TM6	1H15	50 min	15 min

Analyse des transports médicalisés :

- *Test cutanés principalement enfant : pas de VSL ni d'ambulance*
- *APC + EFR : 10 % de VSL (supérieur pour la cancérologie)*
- *APC+EFR avec DLCO + Gaz du sang : 60% ambulances*
- *APC+EFR +DLCO + Gaz du sang+TM6 : 80% ambulances*

Coût moyen d'un trajet en VSL en Corse : 181 €

Coût moyen d'un trajet en ambulance : 396 €

ELEMENTS D'EFFICIENCE CUMUL / NON-CUMUL	DUREE AVEC CUMUL	DUREE SANS CUMUL	GAIN DE TEMPS AVEC CUMUL	% TEMPS GAGNE AVEC CUMUL	% TEMPS PERDU SANS CUMUL
APC + EFR	35 MIN	45 MIN	15 MIN	33%	43%
APC + EFR+ gaz du sang	45 MIN	60 MIN	15 MIN	25%	33 %
APC + EFR+ tests cutanés	45 MIN	60 MIN	15 MIN	25%	33%
APC + EFR+ gaz du sang+TM6	50 MIN	75 MIN	25 MIN	33%	50%

Il serait légitime que la cotation de la consultation APC + GLQP002 soit à taux plein afin de rester efficient, d'augmenter la file active et d'avoir l'impression que le travail et le service rendu sont rémunérés à leur juste valeur.

En somme, avec les règles de facturation actuelles, améliorer la qualité des soins et l'accès au soin est délétère pour le médecin (charge de travail majorée et revenu plus bas qu'en séparant les actes).

En l'absence de possibilité de cumul à taux plein, AUCUN MEDECIN CONVENTIONNE EN SECTEUR 1 ne pourra à l'avenir mettre en place ou poursuivre ce type d'activité.

La conséquence sera un effondrement de l'accès au soin car nous sommes nombreux à réaliser en pratique le cumul des actes et / ou des consultations sans être rémunérés pour notre travail.

L'évolution des charges ne nous permettra plus d'offrir gratuitement nos soins à la population.

III. ANALYSE DE LA PERTINENCE DU CUMUL D'ACTES EN TERME D'ACCES AU SOIN ET DE DEPENSE DE SANTE EN MEDECINE ARTICULAIRE/ RHUMATOLOGIE / MPR :

L'analyse de la comparaison en cardiologie entre « cumul d'acte sans rémunération à taux plein » et le « non-cumul » est superposable en ostéoarticulaire (3 actes principaux comme en cardiologie). Les mêmes conclusions s'imposent donc : faire du « cumul sans rémunération à taux plein » c'est gagner beaucoup moins (moins de revenu pour des charges augmentées par double matériel) alors que le « non-cumul » c'est plus de revenus pour moins de charges pour moins de patients pris en charge.

Analysons maintenant, au travers de l'activité du MPR / Rhumatologue, la comparaison entre « cumul avec rémunération à taux plein » et « non-cumul ».

Les trois principaux actes en médecine articulaire, à savoir la consultation, l'échographie ostéoarticulaire et l'infiltration, sont interdépendants et découlent étroitement l'un de l'autre. S'ils sont indiqués, le fait de les réaliser dans le même temps permet de rester dans la démarche diagnostique et thérapeutique sans avoir à reprendre le raisonnement à chaque consultation. De plus, ce sont des actes qui nécessitent un déshabillage et une installation propre à chaque articulation aussi bien lors de l'examen clinique, que de l'échographie et de l'infiltration. Leurs réalisations en une seule fois est donc un gain de temps médical très important. Etudions maintenant l'intérêt du cumul sur la disponibilité médicale (file active) et son impact financier pour l'assureur.

ACTES EN PATHOLOGIE ARTICULAIRE		
SANS CUMUL	DUREE	PRIX
APC	30 MIN	56.5 €
ECHOGRAPHIE	20 MIN	37.80 €
INFILTRATION SOUS ECHOGRAPHIE	40 MIN	40.02 €
INFILTRATION NON GUIDEE	30 MIN	30.82 €
AVEC CUMUL	DUREE	PRIX
APC + ECHO	35 MIN	94.3 €
APC +INFILTRATION SOUS ECHO	50 MIN	96.52 €
APC+ECHOGRAPHIE+INFILTRATION SOUS ECHO	1 HEURE	134.5 €
APC+ INFILTRATION NON GUIDEE	40 MIN	87.32 €

ELEMENTS D'EFFICIENCE CUMUL / NON-CUMUL	DUREE AVEC CUMUL	DUREE SANS CUMUL	GAIN DE TEMPS AVEC CUMUL	% TEMPS GAGNE AVEC CUMUL	% TEMPS PERDU SANS CUMUL
APC + ECHO	35 MIN	50 MIN	15 MIN	30%	43%
APC +INFILTRATION SOUS ECHO	50 MIN	70 MIN	20 MIN	28%	40 %
APC+ECHOGRAPHIE+INFILTRATION SOUS ECHO	1 HEURE	1H30	30 MIN	33%	50%
APC+ INFILTRATION NON GUIDEE	40 MIN	60 MIN	20 MIN	33%	50%

INTERET DU PASSAGE DU NON-CUMUL AU CUMUL D'ACTE			
	FILE ACTIVE	DEPLACEMENT PATIENT	Nombre de transport pour personne le nécessitant
APC + ECHO	+ 30%	DIMINUTION	-1
APC +INFILTRATION SOUS ECHO	+28%	DIMINUTION	-1
APC+ECHOGRAPHIE+INFILTRATION SOUS ECHO	+ 33%	DIMINUTION	-2
APC+ INFILTRATION NON GUIDEE	+ 33%	DIMINUTION	-1
EN MOYENNE	+ 31%	DIMINUTION	-1.25

Sachant que 20 % des patients bénéficient de transport médicalisé, le cumul réduit de 0,25 VSL par patient soit de 25% les coûts de transport si 3 actes sont réalisés et de 12,5 % pour 2 actes.

CONSEQUENCE DE L'ARRET DU CUMUL CONVENTIONNEL D'ACTE			
	FILE ACTIVE	DEPLACEMENT PATIENT	PRIX TRANSPORT EN UNITE VSL
<i>APC + ECHO</i>	- 43%	<i>AUGMENTATION</i>	<i>1 VSL</i>
<i>APC +INFILTRATION SOUS ECHO</i>	-40 %	<i>AUGMENTATION</i>	<i>+1 VSL</i>
<i>APC+ECHOGRAPHIE+INFILTRATION SOUS ECHO</i>	-50%	<i>AUGMENTATION</i>	<i>+ 2 VSL</i>
<i>APC+ INFILTRATION NON GUIDEES</i>	-50%	<i>AUGMENTATION</i>	<i>+ VSL</i>
EN MOYENNE	-46%	AUGMENTATION	+1.25 VSL

Sachant que 20 % des patients bénéficient de transport médicalisé, le non-cumul augmente de 0,25 VSL par patient soit de 25% les coûts de transport si 3 actes sont réalisés et de 12,5 % pour 2 actes.

Il existe trois possibilités :

- Le « cumul sans rémunération à taux plein »
- Le « non-cumul » d'actes
- Le « cumul avec rémunération à taux plein »

Or, le « cumul sans rémunération à taux plein » risque de disparaître en Corse à l'issue des négociations conventionnelles nationales (décision unanime du collectif).

Ainsi, il ne restera que deux possibilités qui sont faciles à comprendre au vu des tableaux ci-dessus :

- Le « cumul avec rémunération à taux plein » par rapport au « non-cumul » ne coûterait pas plus cher à la sécurité sociale en honoraire médical. Il permettrait une diminution jusqu'à 20 % des frais de transport. Les disponibilités médicales s'en trouveraient améliorées avec une augmentation de la file active de 31 %.
- Le passage au « non-cumul » occasionnerait une augmentation jusqu'à 25 % des frais de transport médicalisé. Les disponibilités médicales s'en trouveraient dégradées avec un recul de la file active de 46%.

En somme, le cumul est fondamental pour l'accès au soin (augmentation jusqu'à 31 % de la file active). Il permet également une diminution du coût de transport (ce dernier étant plus onéreux en Corse par rapport au continent en raison du contexte d'île-montagne qui augmente les durées et les distances). Enfin les honoraires par patient ne seront pas supérieurs au non-cumul.

Compte tenu des arguments exposés, il n'y a donc aucune raison légitime de refuser le cumul rémunéré.

IV. ANALYSE DE LA PERTINENCE DU CUMUL D'ACTES EN TERME D'ACCES AU SOIN ET DE DEPENSE DE SANTE EN GYNECO OBSTETRIQUE.

Lors de la consultation gynécologique ou obstétricale, en fonction des symptômes, une échographie pelvienne peut être requise et souvent dans un délai court, ceci dans les suites d'un examen gynécologique qui doit être fait avec patience et délicatesse, après des explications.

Nous sommes plusieurs gynécologues et gynécologues-obstétriciens à avoir acquis la compétence dans la réalisation des échographies pelviennes, ce qui est très apprécié par les patientes et permet une rapidité de prise en charge. Nous pourrions, et certains le font, ne réaliser que la consultation et déléguer cet acte technique à nos collègues radiologues, ce qui rajoute du temps à la prise en charge et augmente le coût pour l'assurance maladie. En effet il faut rajouter à cela la consultation de la patiente ramenant son résultat au premier médecin pour recevoir un avis ou un traitement. Nous faisons donc gagner à chaque fois un acte de consultation. Le fait de réaliser cet examen directement après l'examen clinique est aussi un gage d'efficacité dans la prise en charge. Cela permet de ne pas perdre des patientes épuisées par les difficultés d'obtention de rendez-vous.

La réalisation de l'échographie pelvienne prend du temps (elle est en général premièrement sus-pubienne puis endovaginale pour une meilleure visibilité). Elle dure environ 20 minutes. L'achat d'un appareil d'échographie est un gros investissement financier. Il doit être renouvelé régulièrement et s'accompagne de frais de fonctionnement importants en termes de consommables (gel échographique, protège-sondes, matériels d'impression) et d'entretien. Ce coût mensuel peut être estimé à environ 1.000 € par mois (il peut être plus important en cas de pratique de diagnostic anténatal).

Nous avons bien sûr la possibilité de faire revenir nos patientes deux fois mais, très souvent, cela n'est pas souhaitable en raison du caractère urgent du tableau (infection, suspicion de cancer). Cette stratégie est une perte de chance pour nos patientes.

Enfin, ces deux examens nécessitent un déshabillage complet de la patiente puisque nous réalisons le plus souvent l'échographie par voie interne également.

Ce déshabillage est toujours délicat pour nos patientes. Le fait de tout réaliser en une fois est beaucoup mieux vécu et permet un précieux gain de temps au vu des difficultés d'accès pour la gynécologie libérale en Corse.

TABLEAUX ILLUSTRANT LA PERTINENCE DU CUMUL D'ACTES EN TERMES D'ACCÈS AU SOIN ET DE DÉPENSE DE SANTÉ EN GYNECOLOGIE- OBSTETRIQUE.

SANS CUMUL		
ACTES	DUREE	TARIF
APC	30 mn	56.50 €
Cs+MPC+MCS	20 mn	31.50 €
ECHO ZCQM003	20 mn	52.45 €
ECHO ZCQJ003	25 mn	56.70 €
ECHO doppler ZCQJ002	30 mn	69.93 €
ECHO premier trimestre JNQM001	15 mn	35.65 €

AVEC CUMUL		
ACTES	DUREE	TARIF
APC + ZCQM003	35 mn	108.95 €
CS + MPC+ MCS + ZCQM003	25 mn	83.95 €

COMPARAISON CUMUL /NON CUMUL					
Actes	Durée avec cumul	Durée sans cumul	Temps gagné	% temps gagné si cumul	% temps perdu si non cumul
APC+ZCQM003	35 min	50 min	15 min	30%	43%
Cs +MPC+MCS + ZCQM003	25 min	40 min	15 min	37.5%	60%

INTÉRÊT DU PASSAGE DU NON-CUMUL AU CUMUL		
Actes	File active	Frais de transport
APC+ZCQM003	+30%	Diminution
CS+MPC+MCS+ZCQM003	+37.5%	Diminution

CONSÉQUENCE DE L'ARRÊT DU CUMUL D'ACTES			
Actes	File active	Déplacement du patient	Frais de transport (VSL/ambulance)
<i>APC+ZCQM003</i>	-43%	<i>Augmentation</i>	+ 1 VSL
<i>CS+MPC+MCS+ZCQM003</i>	-60%	<i>Augmentation</i>	+ 1 VSL

Le cumul d'actes en gynécologie-obstétrique est fondamental pour l'accès aux soins surtout dans ce contexte de pénurie de gynécologues. En outre, il permet une diminution du coût de transport et de la durée du déplacement des patientes.

Les honoraires ne sont pas supérieurs au non-cumul et peuvent même être source d'économies.

Compte tenu des arguments exposés, il n'y a donc aucune raison légitime de refuser le cumul rémunéré.

Fiche action n°5 Cumul à taux plein des actes techniques (CCAM/CCAM)

I. Contexte

1. Transport médicalisé en Corse

Trois paramètres déterminants :

- Population âgée avec des pathologies chroniques se déplaçant difficilement.
- Situation « île-montagne » expliquant des trajets longs et difficiles.
- Un sous-développement du réseau routier (pas d'autoroute, 331 km de nationale à 2 voies).

Tarif/coût

Les trois paramètres expliquent que la dépense annuelle moyenne / habitant est de 105.99 € en Corse contre 79.66 € en France.

Le coût des transports médicaux est donc un élément majeur dans l'approche budgétaire de l'exercice médical dans notre région.

Capacités de transport médicalisé :

Il est de plus en plus difficile de pourvoir à la demande de transport avec des rendez-vous qui doivent être annulés ou reportés faute d'ambulance ou de VSL. Le transport est donc aussi un paramètre déterminant dans l'accès aux soins.

Quelques exemples de trajet en Corse avec kilométrage et tarif

TAXI conventionné pour une course de 7h à 19h avec 1 heure d'attente (tarif minimum) :

CALVI – BASTIA (184km): 225.56 €
GHISONACCIA – BASTIA (174 km): 214,94€
CORTE-BASTIA (140km): 178.33€
MACINAGGIO-BASTIA (74 km): 106.61€

AMBULANCE :

Prise en charge : 65.05€ Tarif au km : 2.32 €
CALVI – BASTIA (184km): 491.93 €
GHISONACCIA – BASTIA (174 km): 468.73€
CORTE-BASTIA (140km): 389.85€
MACINAGGIO-BASTIA (74 km): 236.73€

A cela peuvent se rajouter d'éventuelles majorations.

On remarque que pour **un avis spécialisé qui sera suivi d'un acte technique d'évaluation, autoriser la facturation concomitante de l'avis et de l'acte permet l'économie d'un second transport sanitaire (entre 50 et 450€ si ces actes devaient être dissociés.)**

2. Spécialités médicales en tension

Certaines spécialités médicales libérales sont rares et parfois absentes de la photographie du territoire insulaire (dermatologue, neurologue, gynécologue, aucun rhumatologue en Haute-Corse). Les spécialistes d'organe ont un âge moyen élevé et sont souvent en cumul activité / retraite (Cardiologie et Gastro-entérologie en voie d'extinction). **Les délais d'attente sont donc de plus en plus longs et sont devenus une source de retard diagnostic, de perte de chance et d'abandon du soin pour beaucoup de patients** (cf. annexes NC1)

3. Démarche diagnostique et thérapeutique actuelle

Dans la pratique moderne des spécialistes d'organe, différents actes sont fréquemment réalisés de façon synchrone. **Cette association apporte tout son sens à l'expertise du spécialiste et est indispensable à la prise en charge globale du patient. Elle est le garant de l'efficience intellectuelle en permettant de conclure immédiatement sur le statut du malade.**

Quelques exemples :

En médecine vasculaire, une grande partie des patients sont adressés pour une évaluation vasculaire dans le cadre d'un suivi de diabète. Ces évaluations nécessitent une exploration des gros axes vasculaires en associant plusieurs actes CCAM (Aorte + membres inférieurs EDQM001 + Exploration des TSAO EBQM001 +- en fonction de la nécessité exploration des artères rénales JAQM002).

En pneumologie, l'analyse des gaz du sang, de la capacité fonctionnelle par le temps de marche de 6 minutes, s'intègrent et s'interprètent dans la continuité de l'évaluation globale du patient à un instant T.

En cardiologie, le rythme cardiaque du patient (DEQP 003) influe directement sur l'analyse de ses paramètres hémodynamiques évalués par l'échocardiographie (DZQM006) et doivent être interprétés de façon synchrone.

En pathologie ostéoarticulaire, plusieurs actes techniques curatifs peuvent être la suite logique d'une exploration échographique (découverte d'un hématome qui sera alors ponctionné).

En gastro-entérologie, les actes endoscopiques sont pour des raisons pratiques et d'anesthésie réalisés dans la foulée (FOGD + coloscopie par exemple).

L'impossibilité de facturer dans le même temps ces actes CCAM conduit beaucoup de spécialistes à reconvoquer les patients. C'est le cas des radiologues qui, compte tenu des coûts d'investissement croissants en matériel, ne peuvent déjà plus pratiquer ce cumul gratuitement. Ainsi les bilans d'extension en oncologie se font en plusieurs fois avec des coûts de transport conséquents. De plus, ils engendrent un désagrément pour ces patients fragiles à qui on inflige des trajets répétés et pénibles sur des routes difficiles.

4. Approche financière et en termes d'accès aux soins des différents modes de cumul

Nous avons comparé la pratique du « cumul dans le cadre conventionnel » versus le « non-cumul » en Cardiologie puis nous avons analysé le « cumul rémunéré à taux plein » versus le « non cumul » en médecine vasculaire et en gastro-entérologie (cf. annexes NC2). D'autres spécialités ont été étudiées en annexe 2, notamment en médecine générale et les résultats sont identiques.

Ceci nous permet de vous présenter les éléments suivants.

Actuellement, le médecin en zone montagne a le choix entre :

Non cumul : le médecin voit moins de patients, a des honoraires supérieurs, dépense plus en frais de transport (VSL/ ambulance).

Cumul conventionnel : le médecin a des honoraires plus faibles avec un rythme plus soutenu mais une réflexion médicale efficiente et une réponse immédiate pour son patient. Il voit plus de patients (+30% de file active) et fait moins dépenser en transport (-20% en moyenne).

Compte tenu l'augmentation des charges, le cumul non rémunéré ne sera plus tenable financièrement. Son caractère méprisant, pour des praticiens qui s'impliquent davantage pour leurs patients, ne sera plus toléré.

Ainsi à l'issue des négociations conventionnelles, le cumul non rémunéré risque de ne plus être pratiqué en Corse.

1) Si le cumul des actes CCAM à taux plein est retenu en zone montagne, le médecin qui passera du non cumul au cumul verra sa file active augmenter (de l'ordre de 35 % en médecine vasculaire) et une baisse de ses prescriptions de transport. Tout ceci sans perte de revenu et sans augmentation des dépenses d'honoraires par patient.

2) Si le cumul à taux plein n'est pas retenu en zone montagne, alors tous les médecins pratiquant le cumul passeront au non cumul. Chaque praticien aura une baisse majeure de sa file active (35% en médecine vasculaire par exemple) avec une hausse conséquente des frais de transport (augmentation importante dans des spécialités prenant en charge des personnes fragiles ou polypathologiques).

En somme le cumul est fondamental pour :

- L'accès aux soins (augmentation de l'ordre de 31 % de la file active),
- La baisse des coûts de transport (qui est plus onéreux en Corse par rapport au continent) et la diminution de durée de trajet du patient (contexte d'île montagne).
- Enfin les honoraires par patient ne sont pas supérieurs au non-cumul.

Compte tenu des arguments avancés, il n'y a donc aucune raison rationnelle de refuser le cumul rémunéré d'autant que le cumul gratuit risque de ne plus exister en Corse dans quelques semaines.

Le risque, en l'absence de suite favorable à ces propositions, serait, comme nous l'avons démontré ci-dessus, un effondrement de la file active, une augmentation des frais de transport prenant des proportions importantes en zone montagne et une qualité dégradée de la prise en charge.

Cela n'induirait aucune économie en termes d'honoraires pour l'assurance maladie. Enfin *on observera : une qualité dégradée de la prise en charge qui aboutira inévitablement à une majoration des complications entraînant une majoration des coûts (hospitalisations...).*

IV. Proposition concrète de la profession

En zone montagne, compte tenu :

- D'une démographie médicale faible notamment en spécialistes d'organe,
- D'un réseau routier entraînant des coûts de transport élevés,
- De la pratique médicale actuelle associant dans le même temps une réflexion clinique et des actes complémentaires indispensables,
- De la pertinence en termes de file active/ accès aux soins et de frais de transport du cumul,
- De l'arrêt du cumul en Corse dans les conditions actuelles à l'issue des négociations conventionnelles,

Nous demandons, la possibilité de cumuler à taux plein 2 actes techniques CCAM. Pour montrer le sérieux et le caractère responsable de nos demandes, nous ne demandons pas de cumul au-delà de deux cotations, compte tenu des conditions budgétaires actuelles. Ceci représente encore des économies (2 actes facturés alors que très fréquemment 3 seront réalisés, cf. annexes pour actes pratiqués en vasculaire, pneumologie, ostéoarticulaire).

Ceci s'ajoutera aux économies en frais de transport.

Nos propositions sont donc, au pire, à enveloppe budgétaire stable mais très certainement à enveloppe budgétaire réduite.

V. Intégration dans le cadre conventionnel

« En Corse, en zone montagne, compte tenu de la structuration de l'offre de soins, d'une démographie médicale faible notamment en spécialistes d'organe, d'un réseau routier entraînant des coûts de transport élevés, de la pratique médicale actuelle associant dans le même temps une réflexion clinique et des actes complémentaires indispensables, de la pertinence en terme de file active/ accès aux soins et de frais de transport, l'association tarifaire à taux plein de 2 actes CCAM est possible par utilisation dérogatoire du code 5 ».

ANNEXES

ANNEXE NC1 : démographie médicale en Corse

Spécialités médicales	nombre oe praticiens Corse-du-Sud	âge moyen	nombre oe praticiens Haute-Corse	âge moyen	age moyen National
Anatomie et cytologie pathologiques	<10		<10		
Anesthésie-réanimation	27	53,9	20	58,3	49,2
Biologie médicale	11	50,3	<10		
Cardiologie et maladies vasculaires	12	58,6	24	54,2	51,2
Chirurgie générale	<10		<10		
Chirurgie maxillo faciale et stomatologie	<10		<10		
Chirurgie orthopédique et traumatologie	<10		<10		
Chirurgie infantile	<10		<10		
Chirurgie plastique et reconstructrice	<10		<10		
Chirurgie urologique	<10		<10		
Chirurgie vasculaire	<10		<10		
Chirurgie viscérale et digestive	<10		<10		
Chirurgie thoracique et cardio vasculaire	<10		<10		
Dermatologie et vénéréologie	<10		<10		
Endocrinologie, diabète, maladies métaboliques	<10		<10		
Généritique médicale	<10		<10		
Gériatrie	<10		<10		
Gynécologie médicale	<10		<10		
Gynécologie-obstétrique	11	44,5	13	49,4	47,6
Hématologie	<10		<10		
Hépatogastro-entérologie	<10		10		
Maladies infectieuses et tropicales	<10		<10		
Médecine du travail	12	50,7	12	60,2	54,7
Médecine d'urgence	<10		<10		
Médecine générale	252	53,6	271	53,6	
Médecine interne	<10		<10		
Médecine légale et expertises médicales	<10		<10		
Médecine nucléaire	<10		<10		
Médecine physique et de réadaptation	10		<10		
Médecine vasculaire	<10		<10		
Néphrologie	<10		<10		
Neurochirurgie	<10		<10		
Neurologie	<10		<10		
Oncologie	<10		<10		
Oncologie option radiothérapie	<10		<10		
Ophthalmologie	17	51,1	16	56	53,4
Oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale	<10		<10		
Oto-rhino-laryngologie	<10		<10		
Pédiatrie	13	54	13	53,2	48,6
Pneumologie	<10		<10	55,7	50,2
Psychiatrie	35	53,5	41	53,1	
Psychiatrie, option enfant & adolescent	<10		<10		
Radiologie et imagerie médicale	22	57,2	19	57,3	51,5
Radiothérapie et onco radiothérapie	<10		<10		
Réanimation médicale	<10		<10		
Rhumatologie	<10		<10		
Santé publique	<10		<10		

Source : RPPS - ADELI
Au 01/01/2021

ANNEXE NC 2 : analyse du cumul conventionnel par rapport au non-cumul et du cumul à taux plein par rapport au non cumul

ANALYSE DE LA PERTINENCE DU CUMUL D'ACTE EN TERMES D'ACCÈS AU SOIN ET DE DÉPENSE DE SANTÉ EN MÉDECINE VASCULAIRE

L'analyse de la comparaison en cardiologie entre le cumul dans le cadre conventionnel et le non-cumul est superposable en médecine vasculaire (5 actes principaux). Les mêmes conclusions s'imposent donc : faire du cumul « conventionnel » c'est gagner beaucoup moins (moins de revenu pour des charges augmentées par le double matériel dans les cabinets de groupe) alors que le non-cumul, c'est plus de revenu pour moins de charges et pour moins de patients pris en charge.

Analysons maintenant au travers de l'activité de médecine vasculaire la comparaison entre le cumul d'actes payés intégralement et le non-cumul.

Les actes en médecine vasculaire, à savoir les actes d'échographie vasculaire (variés et associant souvent plusieurs actes techniques), la capillaroscopie, sont interdépendants et découlent étroitement l'un de l'autre. Lorsqu'ils sont indiqués, le fait de les réaliser dans le même temps

permet de rester dans la démarche diagnostique et thérapeutique sans avoir à reprendre le raisonnement à chaque consultation.

De plus, ce sont des actes qui nécessitent un déshabillage et une installation propre à chaque territoire vasculaire lors de l'examen clinique, lors de l'examen échographique et lors de l'acte interventionnel. Leur réalisation en une seule fois est donc un gain de temps médical très important. Etudions maintenant l'intérêt du cumul sur la disponibilité médicale (file active) et son impact financier pour l'assureur.

ACTES EN PATHOLOGIE DE MEDECINE VASCULAIRE		
SANS CUMUL	DUREE	PRIX
<i>ECHOGRAPHIE DOPPLER VEINEUSE/ ARTERIELLE/ TSAO/ AMI +TSAO</i>	<i>20 MIN/20 MIN/20MIN/ 35MIN</i>	<i>75,60/69,93/69,93/ 104,90 €</i>
<i>CAPILLAROSCOPIE</i>	<i>20 MIN</i>	<i>25,24 €</i>
AVEC CUMUL	DUREE	PRIX
<i>ECHO DOPPLER VEINEUX MI + ECHO DOPPLER ARTERIEL MI</i>	<i>30 MIN</i>	<i>145,53 €</i>
<i>ECHODOPPLER ARTERIEL MS +CAPILLAROSCOPIE</i>	<i>30 MIN</i>	<i>95,17 €</i>
<i>ECHODOPPLER ART MS + VEINEUX MS pour création de FAV</i>	<i>30 MIN</i>	<i>139,86 €</i>
<i>ECHODOPPLER ART MI + TSAO</i>	<i>25 MIN</i>	<i>145,53 €</i>

ELEMENTS D'EFFICIENCE	DUREE AVEC CUMUL	DUREE SANS CUMUL	GAIN DE TEMPS AVEC CUMUL	% TEMPS GAGNE AVEC CUMUL	% TEMPS PERDU SANS CUMUL
CUMUL / NON-CUMUL					
<i>ECHO DOPPLER VEINEUX MI + ECHO DOPPLER ARTERIEL MI</i>	<i>30 MIN</i>	<i>40 MIN</i>	<i>10 MIN</i>	25%	33%
<i>ECHODOPPLER ARTERIEL MS +CAPILLAROSCOPIE</i>	<i>30 MIN</i>	<i>40 MIN</i>	<i>10 MIN</i>	25%	33%
<i>ECHODOPPLER ART MS + VEINEUX MS pour création de FAV</i>	<i>30 MIN</i>	<i>40 MIN</i>	<i>10 MIN</i>	25%	33 %
<i>ECHODOPPLER ART MI + TSAO</i>	<i>25 MIN</i>	<i>35 MIN</i>	<i>10 MIN</i>	31%	40%

INTERET DU PASSAGE DU NON-CUMUL AU CUMUL D'ACTE			
	FILE ACTIVE	DEPLACEMENT PATIENT	PRIX TRANSPORT SECU EN UNITE VSL / AMBULANCE
<i>ECHO DOPPLER VEINEUX MI + ECHO DOPPLER ARTERIEL MI</i>	+ 25%	DIMINUTION	-1
<i>ECHODOPPLER ARTERIEL MS +CAPILLAROSCOPIE</i>	+ 25%	DIMINUTION	-1
<i>ECHODOPPLER ART MS + VEINEUX MS pour création de FAV</i>	+25%	DIMINUTION	-1
<i>ECHODOPPLER ART MI + TSAO</i>	+31%	DIMINUTION	-1

CONSEQUENCE DE L ARRET DU CUMUL CONVENTIONNEL D'ACTE			
	FILE ACTIVE	DEPLACEMENT PATIENT	PRIX TRANSPORT SECU EN UNITE VSL
<i>ECHO DOPPLER VEINEUX MI + ECHO DOPPLER ARTERIEL MI</i>	- 33%	AUGMENTATION	1 VSL
<i>ECHODOPPLER ARTERIEL MS +CAPILLAROSCOPIE</i>	-33%	AUGMENTATION	+1VSL
<i>ECHODOPPLER ART MS + VEINEUX MS pour création de FAV</i>	-33 %	AUGMENTATION	+1 VSL
<i>ECHODOPPLER ART MI + TSAO</i>	-40%	AUGMENTATION	+1VSL

Coût moyen d'un trajet en VSL en Corse : 181 €

Coût moyen d'un trajet en ambulance : 396 €

Coût élevé en lien avec l'insularité / montagne et avec le vieillissement de la population en Corse.

30% des patients en moyenne viennent avec VSL ou ambulance

En effet, la dépense en transport médicalisé annuelle moyenne / habitant est de 105.99 € en Corse contre 79.66 € en France. Toute augmentation du nombre de transports en Corse aura donc un impact financier supérieur et il est donc crucial de jouer sur sa diminution par le cumul d'actes.

Il existe trois possibilités :

- Le cumul non rémunéré
- Le non-cumul d'acte
- Le cumul d'acte rémunéré intégralement.

Or, le cumul d'acte non rémunéré risque de disparaître en Corse à l'issue des négociations conventionnelles nationales (décision unanime du collectif).

Ainsi, il ne restera que deux possibilités qui sont faciles à comprendre au vu des tableaux ci-dessus :

- Le cumul d'acte rémunéré par rapport au non-cumul qui ne coûterait pas plus cher à la sécurité sociale en honoraires médicaux et permettrait une diminution de 50 % des frais de transport (de l'ordre de 226€ à 461€ par patient). Les disponibilités médicales s'en trouveraient améliorées avec une amélioration de la file active de 25 à 30 % environ.
- Le passage au non-cumul occasionnerait une augmentation de 130 % des frais de transport médicalisé (soit de 226 euros à 461 euros par patient). Les disponibilités médicales s'en trouveraient dégradées avec un recul de la file active d'environ 30 à 40%.

En somme le cumul d'actes en médecine vasculaire est fondamental pour l'accès aux soins (+25 à 30 % de la file active), en termes de coût de transport (qui est plus onéreux en Corse par rapport au continent) ainsi qu'en durée de trajet du patient (contexte d'île montagne). Enfin les honoraires ne sont pas supérieurs au non-cumul.

Compte tenu des arguments avancés, il n'y a donc aucune raison rationnelle de refuser le cumul des actes en médecine vasculaire d'autant que le cumul gratuit risque de ne plus exister en Corse dans quelques semaines.

ANNEXE NC 2 : analyse du cumul conventionnel par rapport au non-cumul et du cumul à taux plein par rapport au non cumul

ANALYSE DE LA PERTINENCE DU CUMUL D'ACTE EN TERMES D'ACCÈS AU SOIN ET DE DÉPENSE DE SANTÉ EN GASTRO-ENTÉROLOGIE

L'analyse de la comparaison entre le cumul dans le cadre conventionnel et le non-cumul est superposable en GASTRO-ENTÉROLOGIE. Les mêmes conclusions s'imposent donc : faire du cumul « conventionnel » c'est gagner beaucoup moins (moins de revenu pour des charges augmentées par double matériel) alors que le non-cumul c'est plus de revenu pour moins de charges et pour moins de patients pris en charge.

Analysons maintenant au travers de l'activité de GASTRO-ENTÉROLOGIE la comparaison entre le cumul d'actes payés intégralement et le non-cumul.

En GASTRO-ENTÉROLOGIE, la réalisation de plusieurs actes dans le même temps permet de rester dans une démarche diagnostique et thérapeutique sans avoir à reprendre le raisonnement à chaque consultation. Leur réalisation en une seule fois est donc un gain de temps médical très important. Étudions maintenant l'intérêt du cumul sur la disponibilité médicale (file active) et son impact financier pour l'assureur.

ACTES EN PATHOLOGIE DE GASTRO ENTEROLOGIE		
SANS CUMUL	DUREE	PRIX
FIBROSCOPIE /COLOSCOPIE /ECHOENDOSCOPIE HAUTE OU BASSE/POLYPECTOMIE OU MUCOSECTOMIE COLIQUE	10MIN/15 MIN/20MIN/ 25MIN	96/153,6/245,94 OU 128,64/192 OU 202,03 €
ECHOGRAPHIE TRANS CUTANEE	15 MIN	75,6 €
AVEC CUMUL	DUREE	PRIX
FIBROSCOPIE + COLOSCOPIE	17 MIN	201,6 €
FIBROSCOPIE + ECHO ENDOSCOPIE HAUTE OU BASSE	20 MIN	293,94 OU 176,64 €
COLOSCOPIE + ECHO ENDOSCOPIE HAUTE OU BASSE	30 MIN	322,74 OU 217,92
FIBROSCOPIE + POLYPECTOMIE OU MUCOSECTOMIE COLIQUE	25 MIN	240 ou 250,03 €

ELEMENTS D'EFFICIENCE CUMUL / NON-CUMUL	DUREE AVEC CUMUL	DUREE SANS CUMUL	GAIN DE TEMPS AVEC CUMUL	% TEMPS GAGNE AVEC CUMUL	% TEMPS PERDU SANS CUMUL
FIBROSCOPIE + COLOSCOPIE	17 MIN	25 MIN	8 MIN	25%	33%
FIBROSCOPIE + ECHO ENDOSCOPIE HAUTE OU BASSE	20 MIN	30 MIN	10 MIN	33%	50%
COLOSCOPIE + ECHO ENDOSCOPIE HAUTE OU BASSE	30 MIN	40 MIN	10 MIN	25%	33 %
FIBROSCOPIE + POLYPECTOMIE OU MUCOSECTOMIE COLIQUE	25 MIN	35 MIN	10 MIN	31%	40%

INTERET DU PASSAGE DU NON-CUMUL AU CUMUL D'ACTE			
	FILE ACTIVE	DEPLACEMENT PATIENT	PRIX TRANSPORT SECU EN UNITE VSL / AMBULANCE
FIBROSCOPIE + COLOSCOPIE	+ 25%	DIMINUTION	-1
FIBROSCOPIE + ECHO ENDOSCOPIE HAUTE OU BASSE	+ 33%	DIMINUTION	-1
COLOSCOPIE + ECHO ENDOSCOPIE HAUTE OU BASSE	+25%	DIMINUTION	-1
FIBROSCOPIE + POLYPECTOMIE OU MUCOSECTOMIE COLIQUE	+31%	DIMINUTION	-1

CONSEQUENCE DE L'ARRET DU CUMUL CONVENTIONNEL D'ACTE			
	FILE ACTIVE	DEPLACEMENT PATIENT	PRIX TRANSPORT SECU EN UNITE VSL
<i>FIBROSCOPIE + COLOSCOPIE</i>	- 33%	AUGMENTATION	1 VSL
<i>FIBROSCOPIE + ECHO ENDOSCOPIE HAUTE OU BASSE</i>	-50%	AUMENTATION	+1VSL
<i>COLOSCOPIE + ECHO ENDOSCOPIE HAUTE OU BASSE</i>	-33 %	AUGMENTATION	+1 VSL
<i>FIBROSCOPIE + POLYPECTOMIE OU MUCOSECTOMIE COLIQUE</i>	-40%	AUGMENTATION	+1VSL

Coût moyen d'un trajet en VSL en Corse : 181 €

Coût moyen d'un trajet en ambulance : 396 €

Coût élevé en lien avec l'insularité / montagne et avec le vieillissement de la population en Corse.

30% des patients en moyenne viennent avec VSL ou ambulance

En effet, la dépense en transport médicalisé annuelle moyenne / habitant est de 105.99€ en Corse contre 79.66€ en France. Toute augmentation du nombre de transport en Corse aura donc un impact financier supérieur et il est donc crucial de jouer sur sa diminution par le cumul d'actes.

Il existe trois possibilités :

- Le cumul non rémunéré
- Le non-cumul d'acte
- Le cumul d'acte rémunéré intégralement.

Or, le cumul d'acte non rémunéré risque de disparaître en Corse à l'issue des négociations conventionnelles nationales (décision unanime du collectif).

Ainsi il ne restera que deux possibilités qui sont faciles à comprendre au vu des tableaux ci-dessus :

- Le cumul d'acte rémunéré par rapport au non-cumul qui ne coûterait pas plus cher à la sécurité sociale en honoraires médicaux et permettrait une diminution de 50 % des frais de transport (de l'ordre de 226€ à 461€ par patient). Les disponibilités médicales s'en trouveraient améliorées avec une amélioration de la file active de 25 à 30 % environ.
- Le passage au non-cumul occasionnerait une augmentation de 130 % des frais de transport médicalisé (soit de 226€ à 461€ par patient). Les disponibilités médicales s'en trouveraient dégradées avec un recul de la file active d'environ 30 à 40%.

En somme le cumul d'acte en GASTRO-ENTÉROLOGIE est fondamental pour l'accès au soin (+25 à 30 % de la file active), en termes de coût de transport (qui est plus onéreux en Corse par rapport au continent) ainsi qu'en durée de trajet du patient (contexte d'île montagne). Enfin, les honoraires ne sont pas supérieurs au non-cumul. Compte tenu des arguments avancés, il n'y a donc aucune raison légitime de refuser le cumul des actes en GASTRO ENTÉROLOGIE. Il est bien entendu que le cumul non rémunéré risque de ne plus exister en Corse dans quelques semaines.

Fiche action n°6 Téléconsultation par téléphone

I. Contexte

La Corse est l'une des régions de France qui comporte le plus de personnes âgées et qui enregistre le taux de pauvreté le plus élevé chez les seniors. Selon les dernières estimations de l'Insee en janvier 2019, la Corse comptait 39 092 personnes âgées de 75 ans et plus soit 11,5% de la population contre 9,4% en France métropolitaine. **D'après les projections de population établies par l'Insee, cette part augmenterait de 58 % entre 2015 et 2030 contre 27 % au niveau national.**

Trois paramètres déterminants :

- La Corse a une proportion de personnes âgées importante. Ces patients maîtrisent mal l'outil informatique et donc les consultations par webcam ne sont pas appropriées. En revanche le téléphone est une technologie adaptée à cette catégorie de personnes.
- La situation île-montagne explique des durées de trajets longs et difficiles ne facilitant pas le déplacement du patient et du médecin.
- La fréquence des pathologies chroniques en Corse est élevée.

Ces trois paramètres expliquent que la consultation par téléphone qui est possible dans la plupart des pays européens, peut s'appliquer à nos patients âgés avec pertinence en zone montagne. Elle permettra des ajustements thérapeutiques, des avis médicaux et des orientations diagnostiques. Elles sont possibles avec un praticien qui connaît le patient (médecin traitant ou spécialiste).

II. Proposition concrète de la profession

En zone montagne, comme en Corse, compte tenu :

- D'une population âgée plus à l'aise avec le téléphone qu'avec les webcams et l'informatique ;
- D'un réseau routier rendant difficiles les déplacements ;
- L'importante prévalence des maladies chroniques.

Nous proposons la possibilité de réaliser des téléconsultations par téléphone pour les personnes âgées par les médecins prenant en charge habituellement le patient, et cela uniquement à l'initiative du médecin dans le cadre d'un suivi.

III. Intégration dans le cadre conventionnel

« En Corse / en zone montagne, dans une logique d'amélioration du suivi médical compte tenu de la difficulté, pour les personnes âgées nombreuses et souvent isolées géographiquement, d'utiliser l'informatique et une webcam, il est possible de réaliser des actes de téléconsultation par téléphone par des praticiens connaissant le patient (médecin traitant ou spécialiste traitant), uniquement à l'initiative du médecin dans le cadre d'un suivi nécessitant une adaptation et/ou réévaluation diagnostique et/ou thérapeutique ».

ANNEXES

Plans déclenchés par l'Agence Régionale de Santé de Corse

ANNEXE 1 : plan hiver 2022-2023

Ajaccio, le 22 décembre 2022

Plan HIVER 2022-2023 : du 20 décembre 2022 au 6 janvier 2023**1- L'évaluation des risques :****1A- La triple épidémie**

- Covid : diminution des indicateurs mais les CH de recours demeurent sollicités pour des hospitalisations conventionnelles de sujets âgés.
- Grippe : situation épidémique déclarée pour la Corse le 14 décembre. Pic susceptible d'être atteint début janvier. Le phénomène pourrait durer 6 semaines. En 21-22, le pic a été atteint à 400 cas pour 100 000 habitants dans un contexte de circulation virale moindre. A cette même période, 20 % des personnes passées aux urgences ont été hospitalisées.
En Corse, augmentation de 50 % des patients avec grippe dans les passages aux urgences et à SOS entre les semaines 49 et 50. L'activité totale des SAU d'Ajaccio et de Bastia est inférieure à celle de l'année dernière sur la semaine 50 (respectivement 580 et 620).
- Bronchiolites : niveau de circulation soutenu. Le pic n'est apparemment pas encore atteint.
- Circulation d'autres virus hivernaux.

1B-Un brassage de population en fin d'année pouvant entraîner une reprise ou une augmentation de la circulation des virus.

1C-Des tensions RH résultant d'effets structurels, d'un absentéisme maladie et de la prise des congés. Les mesures salariales publiques (majorations des heures de nuit et de garde) sont maintenues jusqu'au 30 mars 23.

2- Préserver les urgences hospitalières

2A- 116117 : les plannings de régulation libérale sont complets.

2B- Fonctionnement pendant les congés des principaux effecteurs de soins non programmés

- Les effecteurs de soins non programmés sur les agglomérations ajaccienne et bastiaise fonctionnent. Les 3 MMG fonctionnent. CPTS et MSP ont organisé une réponse.
- PDSA : rien à signaler.

2C- Mobiliser le premier recours sur une prise en charge à domicile

→ oxygénothérapie

→ thérapeutique : paxlovid avec le variant BQ11.

Un rappel a été fait aux acteurs à l'occasion de la réunion de la cellule d'adaptation du système de santé le mardi 20 décembre dernier.

2D- Remboursement des retours à domicile à partir des SAU sans hospitalisation.

3- Plannings SAU SAMU

3A- Plannings complets SMUR C15 et SAU pour Bastia, Calvi, PoVo.

3B- CH d'Ajaccio : plannings complets SAMU et quasi complets pour le SAU (action en cours)

3C- Planning complet pour l'accueil médical non programmé de Corte

3D- Planning complet SMUR de Sartène, Ghisonaccia et Bonifacio.

4- Préserver les capacités hospitalières

4A- La couverture vaccinale covid grippe des résidents en EHPAD est bonne.

La couverture vaccinale contre la grippe des résidents en Ehpad est de 88% et de 79.5% pour la couverture vaccinale contre le Covid19.

4B- Les établissements de santé ont été invités à promouvoir à nouveau la vaccination des patients durant leur séjour et les personnels.

4C- Opération vaccination dans les pharmacies d'officine depuis la semaine 49. Les commandes semblent démontrer un sursaut. Cependant les taux de couverture vaccinale Covid à la date du 13 décembre sont bas : 18% pour les plus de 60 ans et 10,2 % pour les plus de 80 ans. Progression de 2 points en une semaine pour les deux catégories d'âge.

4D- Organiser l'aval : rappel des outils lors des réunions GHT semaine 50.

→ Cellules de gestion des sorties actives

→ HAD :

Convention HAD/CHB

Articulation HAD UMCS et CHA : disponibilités transmises quotidiennement et intervention hebdomadaire pour identification patients relevant d'une indication HAD.

→ HTSH :

Le dispositif « Hébergement temporaire en Sortie d'Hospitalisation » repose sur 44 lits d'hébergement temporaires au sein des Ehpad de la région. Dans le cadre du plan hivernal 2022/2023 et à l'instar du plan estival 2022.

Une cartographie sera transmise aux SAU et cellules de gestion des sorties. La gestion se fait par l'intermédiaire du DAC.

→ DAC articulé avec cellules de gestion des sorties.

→ Organisation ambulancière pour fluidifier l'aval entre le CHB et le CHICT.

5- Gestion d'une situation de saturation du capacitaire d'hospitalisation conventionnelle au CHA et au CHB :

5A- Reconstitution d'un disponible SSR sur l'agglomération aïaccienne avant les congés

Le nombre de lits disponibles au 20 décembre est de 30 lits.

5B- Des relais pour le CHB

- SSR du CHICT avec prise en compte de la demande du CH de Corte de faire les admissions le plus tôt possible dans la journée.
- Le SSR de Toga est mobilisable si besoin.

5C- Déprogramamtion et mobilisation des établissements privés en cas de plan blanc

6- Gestion régionale des lits de réanimation et soins critiques

6A- Diminution du capacitaire du CHB de 20 à 16.

6B- Relais si nécessaire par le CH d'Ajaccio

7- Limiter la demande d'hospitalisation des résidents d'EHPAD

7A- Vaccination des résidents cf. 4A

7B- Mesures de prise en charge dans l'EHPAD : activation de l'astreinte et des équipes mobiles de gériatrie et HAD → Rappel aux EHPAD des contacts.

8- Prévention de la pénurie de certains médicaments

8A- Rappel des indications en cas de difficultés d'approvisionnement : Lien de la SPILF : Pénurie d'amoxicilline: propositions des sociétés savantes - Actualités - (infectiologie.com)

8B- Informations (ruptures, bonnes pratiques, conduites à tenir, ...) actualisées sur le lien de l'OMÉDIT : Informations antibiotiques - OMÉDIT PACA-Corse (omeditpacacorse.fr)

9- Le plan de communication

2 axes :

- 1) **Le bon usage des urgences** : Besoins de soins ? c'est simple comme un coup de fil.
 Objectif : rappeler à la population que les urgences doivent être réservées aux vraies urgences.



- Campagne de référencement Google
- Achat d'espace sur Facebook, Instagram
- Site internet et santé.fr : publication de la carte des lieux de soins non programmés
- Article féminina (parution 24 décembre)
- Insertion presse Settimana (23 décembre)

- 2) **Le maintien des gestes barrières et la vaccination**

En complément de la campagne nationale (spot radio + insertion presse) :



- Campagne spécifique vaccination dans les pharmacies du 12 au 17 décembre : conférence de presse (7/12) + spot radio (diffusion du 7/12 au 17/12 sur RCFM et Alta Frequenza) + affiche pharmacie + article Femina (10/12) et insertion Settimana (9/12)
- CP les 15 et 22 décembre : rappel des bons gestes pour passer des fêtes sereines.
- Publication Internet
- Réseaux sociaux : Tweeter, Insta, Facebook et LinkedIn
- Envoi de l'affiche de la campagne aux maires
- Envoi d'une affiche spécifique aux ES et ESMS, ciblant les visiteurs, patients, résidents et soignants.

MH LECENNE

ANNEXE 2 : plan estival 2023**PROJET****PLAN ESTIVAL 2023**

Le plan estival 2023 se caractérise par la nécessité renouvelée d'accroître les capacités estivales de réponse du système de santé dans un contexte de fortes tensions en matière de ressources humaines.

L'analyse des risques :

- Une augmentation probable du nombre de touristes;
- Un impact possible de la mise en œuvre de la loi encadrant l'intérim médical ;
Le maintien d'un taux d'absentéisme élevé et de difficultés de recrutement de personnels non médicaux ;
- Un risque épidémique non nul ;
- Une possibilité de connaître de nouveaux cas autochtones de maladies vectorielles ;
- Risque canicule et vague de chaleur

Le présent plan estival vise 4 objectifs:

- Prévenir les risques ;
- Réunir les conditions optimales d'attractivité des personnels de remplacement ou de renfort ;
- Limiter le recours aux urgences en consolidant la réponse aux soins non programmés et en développant le rôle pivot des régulations dans le cadre de la préfiguration du SAS;
- Optimiser les lignes de garde des régulations, des SAU, des SMUR et des Accueils Médicaux Non Programmés ;
- Anticiper les solutions de repli et la mobilisation de viviers en renfort ;
- Optimiser les transports.

Le plan estival intègre également des chapitres relatifs à la lutte anti-vectorielle et au [plan canicule](#).

1/ Prévenir les risques estivaux : adopter les bons comportements et réflexes

Il est prévu une communication sur le 116-117 par une campagne notamment d'affichage dans les lieux de soins, les mairies, les offices du tourisme mais aussi par le relais digital et presse.

Les actions :

- Conférence de presse le 28 juin avec les partenaires
- Campagne de référencement payant dans Google (15 juin – 15 septembre) : le moteur de recherche orientera en fonction de mots clés vers la page du site de l'ARS (traduite en anglais et italien)
- Affiches dans les pharmacies, cabinets de médecins généralistes, et offices du tourisme
- Carte de visites avec le numéro 116 117 à garder (distribution dans les pharmacies)
- Kakémono dans les aéroports et écran numériques sur les bateaux
- Insertion d'un encart dans le magazine spécial été « île de beauté » de Corse matin
- ~~Fémina~~ Fémina : 3 parutions d'articles les 16 et 30 juillet puis le 13 août.

Relais par les partenaires de l'agence (professionnels de santé, établissements, ESMS, mairies, associations d'usagers...) sur les réseaux sociaux, panneaux d'affichage et autres moyens de communication

REPUBLICQUE FRANÇAISE

ars

SPECIMEN

**Besoin de soins ?
C'est simple comme un coup de fil !**

Préservons les urgences pour les **VRAIES URGENCES**
Je contacte **en priorité** mon médecin ou

J'appelle le
116.117
Régulation médicale en Corse

Conseil médical
Orientation adaptée et rapide
24h / 24
7j / 7

En cas d'urgence vitale composez le 15 ou le 114 pour les malentendants.

Logos partenaires

Plus d'infos sur www.corse.ars.solid.s

Une campagne globale de prévention des risques estivaux à prévoir

2/ Réunir les conditions optimales /d'attractivité des personnels de remplacement ou de renfort

Lettre aux élus pour l'hébergement.

2/ Progresser dans la préfiguration du SAS

1.1 Régulation libérale 116 117

Les travaux relatifs à la mise en place du Service d'Accès aux Soins (SAS) s'inscrivent dans le cadre de la mesure 26 du Ségur de la santé conclu le 21 juillet 2020 qui prévoit un déploiement sur l'ensemble du territoire au plus tard en 2023.

En Corse, le déploiement du SAS repose d'ores et déjà sur une expérience acquise de la régulation libérale depuis la crise sanitaire.

Les plannings sont élaborés par les deux associations départementales (AROPDS/ADOPS). Si certaines plages ne sont pas couvertes en nuit profonde, la régulation pourrait être régionale ou faire participer des hospitaliers dont la mobilisation n'impacterait pas les secteurs sensibles en doublant la régulation AMU.

~~Numero unique le 15~~

1.2 Les Pharmacies d'officine comme effecteurs de proximité à tester : protocoles de coopération ou entrée dans OSIS (avec demande au national d'accélérer la livraison du nouveau CC)

1.3 Le déploiement des points d'accueil de soins non programmés

- De nombreuses structures d'exercice regroupé et cabinets médicaux participent au dispositif de soins non programmés du SAS y compris en téléconsultation (cf. cartographie infra). L'engagement de ces professionnels de santé est le fruit d'une mobilisation générale.

AJACCIO :

- SOS Médecins assure les soins non programmés et s'est renforcé durant l'été pour ouvrir les consultations jusqu'à minuit sur le site d'Ajaccio et 24/24 avec prise de rdv en ligne pour une consultation ou une téléconsultation.
 - ~~par la réalisation de visites à domicile en dehors de l'heure d'ouverture des cabinets, pour une partie des communes de la subdivision du Grand Ajaccio : Ajaccio, Villanova, Alata, Anzietto, Afa, Valle-di-Mezzana, Sarrola-Carcopino, Peri, Eccica, Suarella, Grosseto-Prugna (Porticcio), Albitreccia (Agosta), Pietrosella,~~
 - ~~par l'ouverture d'un deuxième point fixe de consultations les week-ends et jours fériés au rond-point de Baleone (commune de Sarrola-Carcopino)~~
- La MMG d'Ajaccio

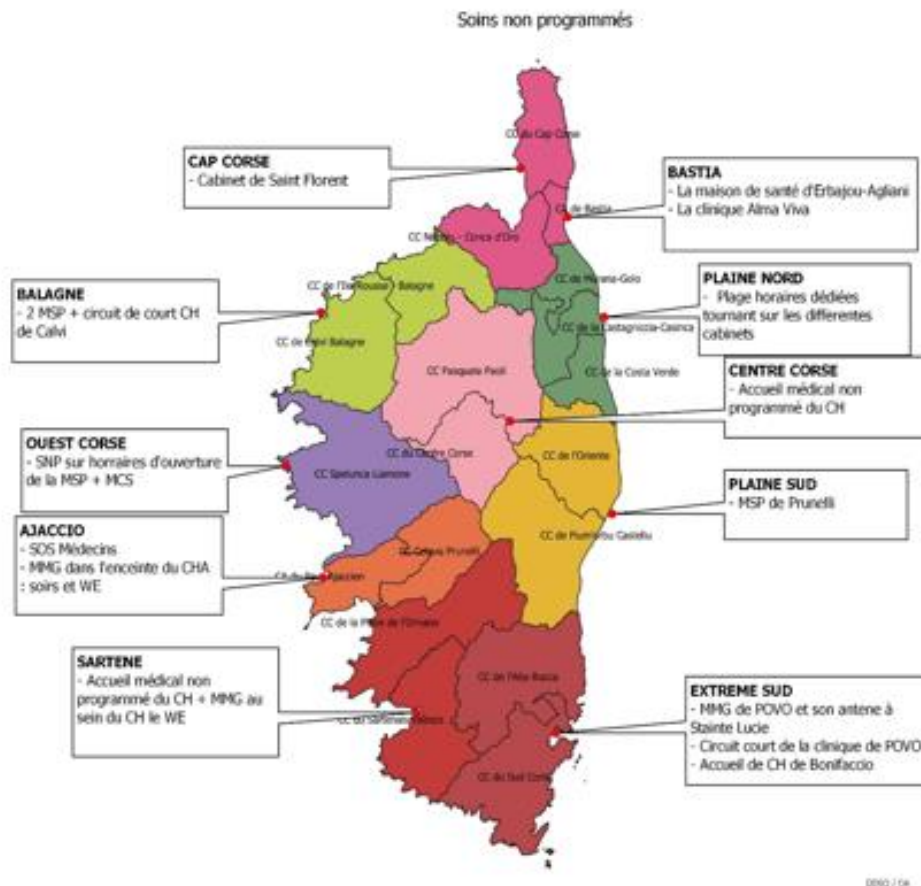
BASTIA :

- Accueil des soins non programmés à Bastia :
 - La maison de santé d'Erhajolu-Agliani
 - L'accueil médico chirurgical au sein de la PC Alma Viva garantit une ouverture sur les deux mois de juillet et août.

➤ La MMG située dans l'enceinte hospitalière

EXTREME-SUD

SARTENAIS /VALINCO



La cartographie des centres de soins non programmés ainsi que la liste des cabinets assurant les SNP sera communiquée non seulement aux régulateurs libéraux mais également aux mairies concernées et aux 2 SDIS.

Les effecteurs des soins non programmés ont communiqué leurs coordonnées aux associations de régulation libérale.

Un webinar est organisé à l'attention de l'ensemble des régulateurs pour présentation de l'organisation de l'ensemble des effecteurs (27 juin à 18h).

1.4 PDSA

Les secteurs de PDSA sont couverts à des niveaux habituels.

1.5 L'expérimentation de la réorientation des patients à partir des urgences des CH d'Ajaccio et de Bastia

La MSP d'Erhaiolu Agliani qui assure l'accueil des soins non programmés est la structure conventionnée avec le CH de Bastia qui participe à l'expérimentation du forfait de réorientation des urgences.

Cette modalité est susceptible d'être étendue au CH d'Ajaccio hors expérimentation : la MMG Ajaccio et SOS médecins pourraient être les structures participant au dispositif par conventions.

2/ La couverture des lignes de garde hospitalières

2.1 Organisation de la régulation centre 15

Les lignes de régulation AMU sont couvertes sur l'ensemble des tranches horaires.

2.2 Organisation des SAU

Les services des urgences sont en très forte tension et rencontrent des difficultés pour maintenir une offre de soins complète sur leurs différentes lignes.

Des dispositions pour mobiliser sur le court terme des ressources humaines supplémentaires sont mises en œuvre par les centres hospitaliers et l'ARS notamment : mobilisation du personnel médical et non médical en interne, mise à jour de la plateforme MODOP, sollicitation de la réserve sanitaire.

➤ SAU du CH d'Ajaccio
Nombre de lignes de garde : 5 dont UHCD en 12 heures et 1 circuit court en 12h

➤ SAU du CH de Bastia

- 2 médecins H24 au SAU + 1 garde d'interne H24
- UHCD : 1 sénior physiquement présent de 9h à 14h puis joignable par téléphone de 14h à 19h car il sera MAO sur cette période horaire (MAO Binôme avec l'IAO pour l'article 51- Logibec)

1 interne des urgences présent de 9h à 19h qui aura comme sénior sur toute cette période horaire le médecin UHCD/MAO.

La continuité et la permanence des soins en UHCD de 19h à 9h seront assurées par les 2 médecins seniors en salle.

- Un MAO : mutualisé avec l'UHCD de 14h à 19h et avec le SMUR 2 de 19h à 23H
- Circuit court : 1 sénior de 9h à 19h (Urgentiste ou médecin généraliste) et un des internes des urgences. De 19h à 23h : 1 médecin sénior ou un interne avec licence de remplacement (possibilité d'intégrer des médecins libéraux et des médecins retraités)

➤ SAU du CH de Calvi

Nombre de lignes de garde : 2 dont 1CC 9h 21h

➤ SAU de la clinique de Porto-Vecchio

Nombre de lignes de garde : 2 + CC 10h 22h

2.3 EVASAN

- Sécurisation des EVASAN par mise en place d'une équipe dédiée (un médecin et une IDE) afin d'éviter de diminuer la capacité des SMUR par redéploiement des effectifs sur l'accompagnement aérien de transports en journée, sachant qu'un déplacement immobilise l'équipe SMUR pendant au moins 6 heures ;
- La mobilisation du PUMA sera peut-être à nouveau nécessaire selon la procédure habituelle si besoin.
- En cas d'indisponibilité des équipes des ~~hélismur~~ 13 et 06 pour les évacuations sanitaires pédiatriques du CH de Bastia, mobilisation d'une équipe du CH d'Ajaccio avec vecteur avion.

2.4 TIH héliportés

L'évolution de la réglementation contraint les capacités opérationnelles des hélicoptères de la sécurité civile. Un lien avec le COSA est réalisé afin d'optimiser la réponse sur le territoire.

Il est nécessaire de projeter l'augmentation du nombre de touristes sur le nombre d'heures disponibles de vols modulo les missions socles de la sécurité civile : secours en montagne, en mer et feux.

2.5 Organisation des accueils médicaux non programmés

- AMNP du CH de Corte : fonctionnement H24, accès biologie et imagerie conventionnelle
- AMNP du CH de Sartène : 1 ligne H24 assurée par le SMUR 2A renforcée par une ligne SMUR ~~supplémentaire~~.
- AMNP du CH de Bonifacio : 1 ligne H24 assurée par le SMUR 2A

Les plannings sont complets.

2.6 Les SMUR

- Lignes SMUR 2A :

2 lignes H24 su Ajaccio

1 ligne H 24 sur Sartène

1 ligne H24 sur Porto-Vecchio

1 ligne H24 sur Bonifacio

Equipe complète armée en 12H

- Lignes SMUR 2B :

2 lignes H24 sur Bastia : sur ces deux lignes, 1 est mobilisée si EVASAN de plus, elle vient en renfort du SAU entre 20h et minuit

1 ligne H 24 Ghisonaccia

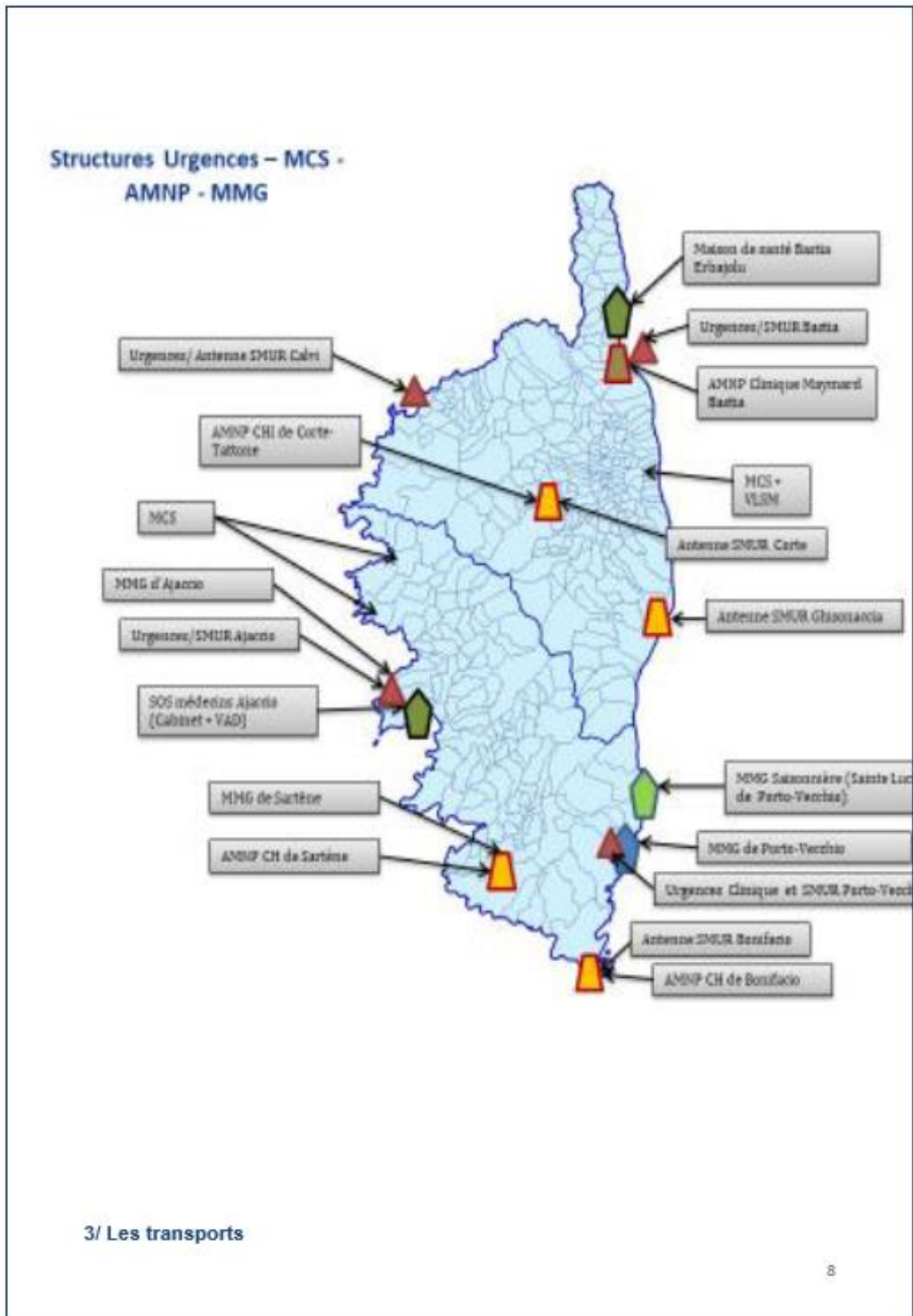
1 ligne H24 Calvi

1 ligne H24 Corte

Cette organisation est soutenue par l'engagement des SIS de Corse du Sud et de Haute-Corse

2.7 les MCS

3 territoires (2 en 2A et 1 en 2B) sont couverts par les MCS (voir carte). Un secteur supplémentaire pourrait être couvert en Haute-Corse (Nebbiu) et en Corse-du-Sud (Cruzzini) dans l'été.



TIH :

Une organisation spécifique sur certains secteurs (Grand Ajaccio/Sartène/Grand Bastia et Centre Corse) sera mise en place en journée pour la période estivale (du 15 juin au 15 septembre). Ainsi, cette organisation permettra de fluidifier le parcours des patients en permettant le transfert des patients hospitalisés vers des lits COVID et non COVID, de faciliter l'accès aux filières d'aval et de répondre à l'urgence pré hospitalière.

Organisation estivale des TSU

Sorties des urgences par TSU

Accès aux soins non programmés par TSU

4/ Un aval mobilisé

Les SSR s'assurent de pouvoir gérer au mieux les sorties des patients qui le justifient pour garantir les disponibilités en lits

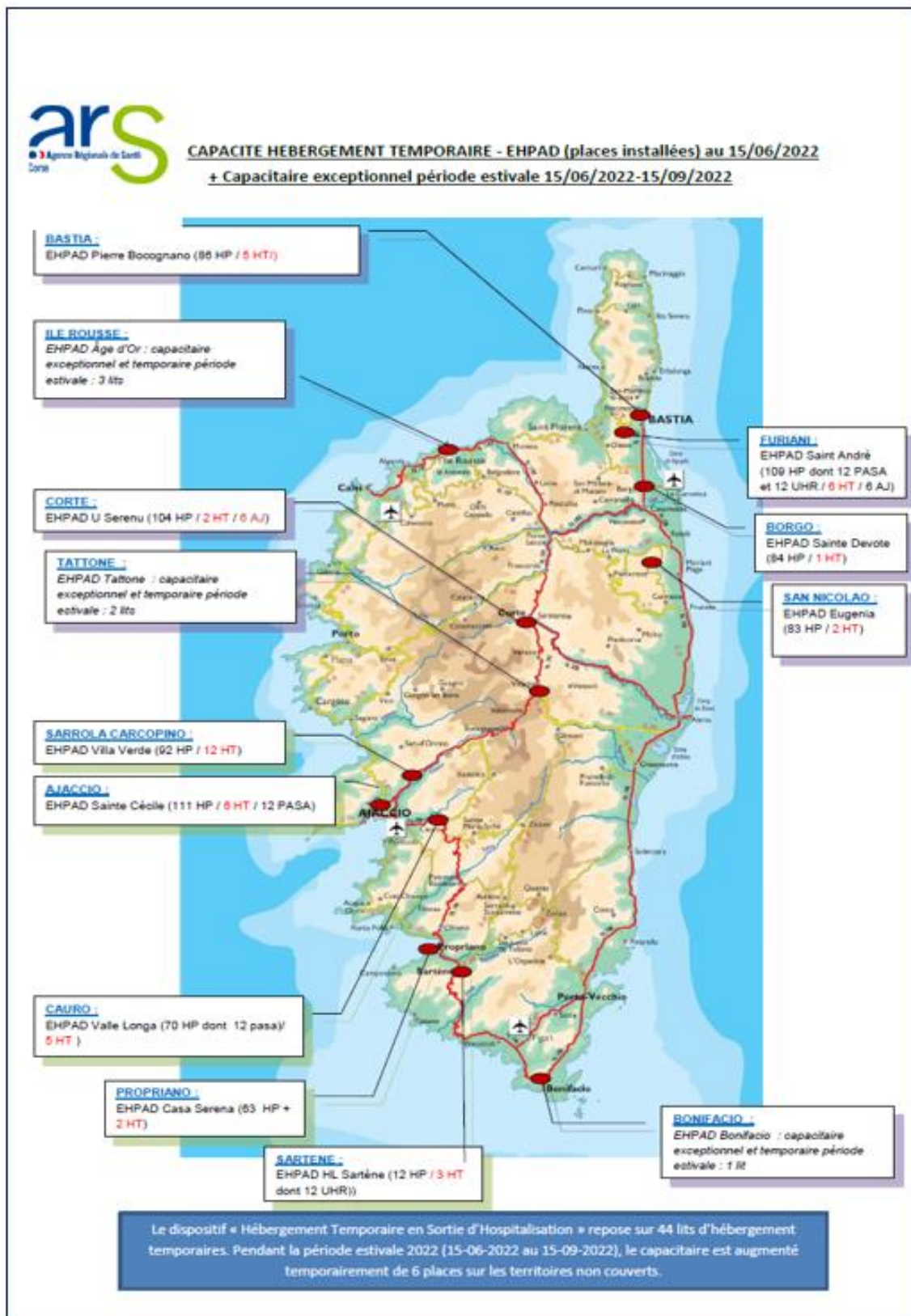
Le capacitaire transitoire de 8 lits de médecine au SSR du Finosello est maintenu jusqu'au 15 septembre (Arrêté en date du 20 juin 2022 - article L 3131 CSP).

La clinique ALMA VIVA met à disposition du CH de Bastia le capacitaire de SSR libéré par la diminution de l'activité chirurgicale.

Les HAD sont mobilisables : en sortie d'hospitalisation mais également auprès des EHPAD en soutien des équipes.

5/ L'hébergement temporaire en EHPAD

L'expérimentation « hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation » (HTSH) est confortée et son accès en aval d'une hospitalisation ou en provenance du domicile (carence de l'aidant) est organisé dans un délai maximal de 72H. L'articulation du dispositif relève du DAC (04 95 70 01 41) qui assure la coordination entre les structures d'amont et d'aval. Le dispositif répond au protocole régional mis à jour. Pendant la période estivale, le capacitaire mobilisable (44 places) est augmenté temporairement de 6 places afin de couvrir l'ensemble des territoires soit un capacitaire total de 50 places.



6/ Capacitaires et monitoring en réa-soins critiques**Réanimation :**

- Capacitaire actuel armé : 22 = CHA 10 CHB 12

Surveillance continue :

CHA : 5 lits

CHB : 9 lits.

Le capacitaire pourra être up gradé à 15 lits au CH Ajaccio (5 lits d'USC upgradés) et 18 lits de réanimation au CH Bastia (6 lits sur 9 d'USC upgradés), soit un total de 33 lits maximum. Une augmentation au-delà nécessitera des ressources humaines médicales et para médicales.

Les prévisions d'activité mettent en évidence un taux d'occupation atteignant voire dépassant 100%. Ces prévisions résultent de l'accroissement du flux d'estivants.

Si l'on ajoute de possibles admissions de patients COVID, le risque de saturation du capacitaire actuel est accru.

Contrairement aux modalités de gestion des vagues successives COVID, il ne peut être envisagé de déprogrammer l'activité chirurgicale :

- Les prévisions d'activité notamment en traumatologie sont élevées ;
- Sur la période estivale, il y a moins d'activité chirurgicale programmée ;
- Les relais par le secteur privé doivent être réservés à la gestion du risque de débordement et ne peuvent s'inscrire, dans le contexte estival, dans une logique de déprogrammation de la chirurgie publique.

Monitoring estival

- A TO de 80 % du capacitaire actuel : augmentation capacitaire par les lits d'USC upgradés ;
- A TO de 80 % du capacitaire augmenté : déclenchement du plan régional et augmentation du capacitaire de réanimation par armement possible à partir de la réserve sanitaire.
- A TO de 80 % et absence d'armement à partir de la réserve sanitaire : demande d'EVASAN inter régionales au centre de crise sanitaire.

7/ La gestion du débordement de la chirurgie publique

De manière anticipée, les établissements privés doivent être en mesure d'accueillir les urgences chirurgicales : une permanence des soins a été organisée dans les cliniques d'Alma Viva et de Clinisud

8/ Les leviers RH :

- Un alignement de l'intérim sur la fourchette haute de la PST, peu adaptée au contexte insulaire ;
- Diplomation anticipée des IDE au 13 juillet ;
- Diplomation anticipée des AS troisième semaine de juillet ;
- Mesures nationales incitatives issues du MINSANTE en date du 17 Juin 2022 valables du 1^{er} juin au 15 septembre 2022 : dispositif de majoration de l'indemnisation de toutes les heures supplémentaires réalisées par les personnels non médicaux et de maïeutique de la FPH, dispositif de majoration de l'indemnisation du temps de travail additionnel des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques et assouplissement du cumul emploi-retraite ;
- Une permanence des soins adaptée au contexte estival : des lignes complémentaires dans le privé ;
- L'incitation au retour des personnels bénéficiant d'une disponibilité pour convenance personnelle arrivée à terme ;
- La réserve sanitaire nationale pour les CH d'Ajaccio et de Bastia

9/ Plan Canicule

Les vagues de chaleur et épisodes de canicule font l'objet d'une veille saisonnière renforcée du 1er juin au 15 septembre. Leur prévision s'appuie sur deux dispositifs :

- le dispositif de vigilance météorologique mis en place par Météo France, matérialisé par une carte nationale de vigilance et un bulletin de suivi actualisés deux fois par jour (6h et 16h)
- la surveillance sanitaire des effets des vagues de chaleur, réalisée quotidiennement par la cellule régionale de SpF, et remontée en tant que de besoin au PFR, aux préfectures et au niveau national (CORRUSS/CCS).

Les conséquences sanitaires d'une exposition à la chaleur peuvent se traduire par une augmentation du recours aux soins d'urgence pour pathologies liées à la chaleur et par une augmentation de la mortalité observée au sein de l'ensemble de la population.

C'est pourquoi les acteurs du système de santé sont préparés à toute dégradation éventuelle de la situation sanitaire, notamment par l'actualisation de leurs procédures internes (plans blancs, plans bleus, référents, stocks de produits sensibles ...).

A cet effet, l'ARS adresse avant la saison estivale un courrier aux directeurs d'établissements de santé et directeurs d'établissements et de services médico-sociaux les invitant à veiller à :

- l'actualisation de leurs procédures internes (plan bleu, plan blanc, référents, stocks de produits sensibles...) afin de faire face à une dégradation de la situation sanitaire (rappel de personnels, ...)
- la constitution d'un dossier de liaison d'urgence pour chaque résident ou patient, document synthétique de prise en charge adapté
- l'équipement d'une pièce rafraîchie permettant d'accueillir les résidents et la vérification des équipements de climatisation fixes ou mobiles
- la vérification des groupes électrogènes
- un suivi régulier de l'état de santé des résidents, renforcé en cas d'épisode de forte chaleur
- la mise en œuvre des gestes de prévention, disponibles en téléchargement sur internet : <https://solidarites-sante.gouv.fr/sante-et-environnement/risques-climatiques/article/vagues-de-chaleur>
- la sensibilisation du personnel à cette vigilance particulière
- l'élaboration d'un protocole d'information des résidents et de leurs familles en cas d'activation du plan bleu
- l'établissement d'une convention avec un établissement de santé proche, fixant les modalités de coopération et d'échanges sur les bonnes pratiques concourant à prévenir les effets d'une vague de chaleur sur la santé et à éviter les hospitalisations.

10/ Prévention de foyers de dengue

11/ Plannings de la CUMP

12/ Activation des plans bleus : volet canicule et risques « 18 août 22 » 'évacuation/maintien du personnel...

ANNEXE 2 : plan blanc - octobre 2023

Ajaccio, le 13/10/2023

Direction Générale
Secrétariat :
Mail : ars-corse-direction-generale@ars.sante.fr
Tél. : 04.95.51.98.54
Ref. : 2023-10-08

LA DIRECTRICE GENERALE

A

Mesdames et Messieurs les directeurs des établissements de santé

Objet : Déclenchement du plan blanc régional

Madame, Monsieur,

Depuis quelques semaines, le centre hospitalier de Bastia est soumis à une très forte tension au sein des services soins critiques, de chirurgie, ainsi que sur son capacitaire d'hospitalisation complète. Une suractivité est observée et vient perturber le fonctionnement de l'établissement déjà mis à l'épreuve pendant la période estivale qui vient de s'achever.

Malgré les mesures prises pour fluidifier l'aval ainsi que pour améliorer les coopérations inter-établissements et les contacts réguliers avec la réanimation du CH d'Ajaccio, cette situation de tension demeure.

Aussi, j'ai pris la décision de déclencher le plan blanc régional à compter de vendredi 13 octobre 2023 à 18H.

Le CH de Bastia organise une cellule de programmation pour améliorer sa coopération avec les structures privées du bassin du Grand Bastia aux fins de répartition des urgences chirurgicales et avec l'intégration de praticiens des cliniques Almaviva et Furiani à cette cellule.

Les mesures prises se déclinent de la façon suivante :

- Déprogrammation « raisonnée » et/ou ajouts de plages opératoires pour les activités de chirurgie liées à la traumatologie et au digestif des cliniques Almaviva-Maynard et Furiani,
- Identification par le CHB de la typologie des patients éligibles aux différents modes de sortie (HAD, SSR, EHPAD, RAD)
- Renforcement de la cellule de sortie du CHB avec intégration du DAC et de l'HAD de Corse pour un bilan quotidien,
- Réorganisation et renforcement de la cellule parcours du CH de Bastia,
- Réactivation de l'hébergement temporaire d'urgence en sortie d'hospitalisation sans reste à charge dans les EHPAD ayant un capacitaire d'HTU-HTSH,
- Ré-autorisation d'un capacitaire de 10 lits au SSR La Palmola portant la capacité à 50,
- Réouverture de l'UHCD au sein du SAU du CHB,
- Elargissement de la garde ambulancière de 18H à 20H en assurant les sorties des urgences et la fluidification du parcours du patient ;
- Mobilisation de l'offre de Corse du Sud en appui.

J'ai sollicité l'appui de la réserve sanitaire et explore toutes les possibilités de renfort en personnel médical et paramédical pour un capacitaire supplémentaire d'hospitalisation.

La correspondance est à adresser impersonnellement à Madame la directrice générale de l'Agence Régionale de Santé de Corse
Quartier St Joseph – CS 13 003 – 20700 Ajaccio cedex 9 – Tél: 04 95 51 98 98 – Fax: 04 95 51 99 00
Site INTERNET : <http://www.corse.ars.sante.fr>

Durant cette période, un point régulier sera fait entre l'Agence et vos représentants. Une réunion du GHT élargi 2B sera programmée mardi 17 octobre 2023.

Par ailleurs, je vous rappelle l'importance d'une mise à jour en temps réel du ROR module capacités disponibles.

Je sais pouvoir compter une fois de plus sur votre engagement et vous remercie de votre implication pendant cette période de crise.

Veillez croire, Madame, Monsieur, en l'expression de mes salutations distinguées.



Marie-Hélène LECENNE