



DIAGNOSTIC LOCAL DE SANTE EN CENTRE CORSE

Volet qualitatif



ORS Corse

Observatoire Régional
de la Santé de la Corse

*Osservatoriu Righjunale
di a Saluta di Corsica*

**Une approche qualitative dans le diagnostic local de santé réalisé par
l'Observatoire Régional de la Santé de la Corse réalisé en Centre Corse
pour le compte de la Collectivité de Corse.**

SOMMAIRE

1	UN CONTEXTE ET DES OBJECTIFS.....	4
2	UNE APPROCHE QUALITATIVE.....	5
2.1	LES ACTEURS TERRITORIAUX SOLLICITES.....	5
2.2	LA REALISATION D'ENTRETIENS EN CENTRE CORSE (DE PIETRALBA A VENACO, DE CALACUCCIA A CORTE).....	5
2.3	LA RETRANSCRIPTION DES ENTRETIENS, SUIVIE DE L'EXTRACTION DES DONNEES.....	6
2.4	LA REDACTION IN FINE D'UNE SYNTHESE.....	6
3	LA PROBLEMATIQUE D'ACCES AUX SOINS DE PREMIER RECOURS	7
3.1	UNE MISE EN VALEUR DE LA PROBLEMATIQUE D'ACCES	7
3.1.1	<i>La démographie des acteurs interviewés : genre, âge et année d'installation.....</i>	<i>7</i>
3.1.2	<i>Le contexte professionnel de l'activité.....</i>	<i>8</i>
3.1.2.1	La capacité de formation	8
3.1.2.2	Un cadre d'exercice isolé ?	8
3.1.2.3	La réponse à la patientèle.....	8
3.1.2.4	Et les longs déplacements qui en découlent : quatre infra-territoires d'intervention.....	10
3.1.2.5	Un focus sur le (non ?) fonctionnement de la permanence des soins.....	11
3.1.3	<i>La patientèle</i>	<i>13</i>
3.1.3.1	Une image « démographique ».....	13
3.1.3.1.1	Le genre et le sexe.....	13
3.1.3.1.2	La nationalité.....	14
3.1.3.1.3	Un profil socio-économique.....	14
3.1.3.2	Une image « pathologique ».....	14
3.1.3.3	Une image « territoriale ».....	15
3.2	LA PROBLEMATIQUE D'ACCES SELON LA PERCEPTION DES ACTEURS INTERVIEWES	15
3.2.1	<i>Ses faiblesses et ses contraintes : autant de déterminants, de facteurs pénalisants.....</i>	<i>16</i>
3.2.1.1	Le nombre de médecins.....	16
3.2.1.2	La zone d'activité	17
3.2.1.3	L'accès à la kinésithérapie.....	18
3.2.1.4	L'accès à la pharmacie	19
3.2.1.5	L'accès au dentiste.....	19
3.2.1.6	La prise en charge de l'étudiant.....	19
3.2.1.7	Pour résumer, un catalogue des doléances recueillies.....	19
3.2.2	<i>Des modalités supplétives.....</i>	<i>20</i>
3.3	L'AVIS DES ACTEURS DU PREMIER RECOURS SUR L'ACCES A LA SUITE DU PARCOURS DE SOINS	21
3.3.1	<i>L'accès aux spécialistes.....</i>	<i>21</i>
3.3.1.1	Un florilège d'avis, parfois contradictoires !.....	21
3.3.1.2	L'accès aux spécialistes dans ce bassin	22
3.3.1.2.1	Des constats	22
3.3.1.2.2	La présence d'atouts pour Corte et son territoire.	23
3.3.1.2.3	De fortes inquiétudes sur l'existant	24
3.3.1.2.4	D'autres difficultés dans l'accès à la suite du parcours de soins.....	26
3.3.1.3	Les relations avec les médecins spécialistes et les autres professionnels de santé	26
3.3.2	<i>Un focus sur l'accès à l'hôpital.....</i>	<i>26</i>
3.3.2.1	A commencer, par celui de Corte :.....	26
3.3.2.2	En poursuivant, par celui de Bastia :.....	27
3.3.2.3	Et en terminant, par celui de Calvi :.....	27
3.3.2.4	Sans oublier les centres hospitaliers continentaux :	27
3.3.2.5	Une anecdote de transport vers l'hôpital	28
3.3.3	<i>L'urgence de la PEC.....</i>	<i>28</i>
3.3.3.1	Un accès inégal aux urgences	28
3.3.3.2	Des problèmes de PEC se rencontrent.....	28
3.3.3.3	Le recours à l'HAD pour une PEC en urgence	29
3.4	UN FOCUS SUR DES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES	30
3.4.1	<i>Les patients atteints d'une maladie chronique</i>	<i>30</i>
3.4.1.1	La PEC des patients diabétiques	30

3.4.1.2	La PEC des patients atteints de cancer	31
3.4.2	<i>Les patients atteints d'une pathologie mentale</i>	31
3.4.3	<i>Les patients âgés (65 ans ou plus)</i>	32
3.4.4	<i>Les jeunes patients</i>	32
	De moins de 16 ans	32
	De 16 ans à 25 ans.....	32
3.5	UN FOCUS SUR L'IMPACT DE LA PRECARITE LORS DE L'ACCES AUX SOINS	33
3.5.1	<i>La patientèle en situation de précarité</i>	33
3.5.2	<i>Comment se matérialise la précarité ?</i>	34
3.5.3	<i>Un lien de causalité entre précarité et accès aux soins</i>	34
3.5.4	<i>Les problèmes de PEC rencontrés</i>	35
3.5.5	<i>L'existence de situations de rupture de soins</i>	35
3.5.6	<i>Des alternatives de PEC de patients en situation de précarité</i>	35
3.6	DES OUTILS QUI POURRAIENT ETRE UTILES !	35
3.6.1	<i>L'ETP</i>	35
3.6.2	<i>L'exercice coordonné</i>	35
3.6.3	<i>Les nouvelles technologies (e-santé, télémedecine)</i>	36
3.6.4	<i>La prévention</i>	36
4	EN CONCLUSION, DES PRECONISATIONS ET DES PERSPECTIVES	37
4.1	L'EVOLUTION DU DISPOSITIF HOSPITALIER.....	37
4.2	LA CONFORTATION DE L'OFFRE DE SOINS EXISTANTE	38
4.2.1	<i>En la renforçant financièrement</i>	38
4.2.2	<i>En la renforçant en terme de personnel</i>	38
4.2.3	<i>En la renforçant en terme d'équipement</i>	38
4.2.4	<i>En rapprochant le rural et sa population ;</i>	38
4.2.5	<i>En valorisant justement l'existant</i>	39
4.3	LA PROMOTION DU RENOUELEMENT DE L'OFFRE DE SOINS	39
4.4	LE DEVELOPPEMENT DES LIENS AVEC L'EXTERIEUR	40
4.5	LE RENFORCEMENT DE LA COORDINATION DES FORCES EN PRESENCE	40
	ANNEXE : LA GRILLE D'ENTRETIEN	41

1 UN CONTEXTE ET DES OBJECTIFS

Les analyses quantitatives réalisées dans le cadre de ce diagnostic local de santé en Centre Corse¹ ont permis d'apporter un premier éclairage sur les besoins et l'état de santé de la population du Centre Corse. Cependant certaines thématiques ne peuvent être explorées quantitativement ; certaines données chiffrées ne peuvent pas être mises à jour en temps réel, ou comporter le degré de finesse souhaité dans l'information recherchée. L'approche qualitative et la présence sur le terrain s'imposent alors comme une nécessité afin de faire émerger d'éventuelles problématiques de santé spécifiques au territoire, issues de la configuration locale, de l'organisation des ressources, du profil et de l'histoire de la population résidente.

C'est cette approche complémentaire que présente ce deuxième volet du diagnostic local de santé du Centre Corse (confié par la CdC à l'ORS dans le cadre de la convention d'application de l'année 2019).

Afin de mieux l'inscrire dans le projet territorial de santé de Corse, mené conjointement par l'Etat et la Collectivité de Corse, le travail de l'équipe de l'ORS a porté plus spécifiquement sur l'étude de la problématique de l'accessibilité des soins primaires ou de premier recours² sur le territoire du Centre Corse, préoccupation à laquelle s'est rajoutée naturellement l'accessibilité, en cas de besoin, aux soins de second ou troisième recours.

Après un deuxième chapitre présentant la méthode de travail retenue dans la réalisation des interviews et leur analyse, le lecteur pourra explorer dans le troisième chapitre les problématiques d'accès ainsi mises en valeur, et, dans le quatrième et dernier chapitre, prendre connaissance d'un ensemble de propositions, voire de simples remarques, recueillis tout au long de cette étude ; un tableau synoptique reprend in fine l'ensemble de cette analyse qualitative.

¹ **Diagnostic Local De Santé En Centre Corse - Analyses quantitatives – Observatoire régional de la santé de la Corse** - Ce diagnostic territorial quantitatif s'inscrit dans le cadre de l'élaboration du premier projet territorial de santé de Corse, mené conjointement par l'Etat et la Collectivité de Corse. Il apporte ainsi un éclairage sur l'état de santé au sens le plus large, renvoyant à la notion de capacité physique, psychique et sociale d'une personne à agir dans son milieu, son environnement et à accomplir les rôles qu'elle entend assumer. Il guidera donc l'Etat et la Collectivité de Corse dans ses réflexions en termes d'aménagement du territoire dans le domaine médical et médico-social, notamment sur la nécessité éventuelle d'améliorer l'accès aux soins de premiers recours.

² Différenciation soins primaires versus soins de premier recours : « Le terme de **soins primaires** est une adaptation française du « primary care » anglais, terme apparu à la fin des années 1960. A Alma-Ata en 1978, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini les soins primaires comme « des soins de santé essentiels universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté par des moyens qui leur sont acceptables, avec leur pleine participation et à un coût abordable pour la communauté du pays ». Le texte précise que les soins de santé primaires font part intégrante du système de santé d'un pays et qu'ils ont vocation de maîtriser les principaux problèmes de santé de la communauté ».

« La notion de soins primaires semble bien devoir être considérée comme un concept théorique, probablement plus que celle de **premier recours**. La seconde, souvent utilisée en France, est une expression plus limitée, mais opérationnelle dans une perspective d'organisation du système de soins. En pratique, les deux expressions semblent quasi synonymes. La notion de soins primaires serait plus centrée sur le malade et la maladie, comprenant diagnostic médical, traitement et suivi. L'idée de premier recours aurait tendance à restreindre la notion de « primary care » aux missions assurées par les professionnels des soins ambulatoires, comprenant les notions d'accessibilité, de continuité et de permanence des soins, en lien avec les autres acteurs ».

Le **médecin de santé primaire** est le premier contact des patients avec le système de santé. C'est aussi le médiateur nécessaire entre le patient et le système de santé quand des soins plus spécialisés sont nécessaires. Le modèle type de soins primaires auquel la France appartient, s'appuie sur un « modèle professionnel non hiérarchisé » qui laisse son « organisation à l'initiative des acteurs ».

2 Une approche qualitative

L'avis de l'utilisateur a été, dès le départ de notre étude, non retenu car il faisait partie du domaine d'investigation du cabinet de consultants retenu par l'ARS de Corse.

2.1 Les acteurs territoriaux sollicités

Le premier contact des patients avec le système de santé est le médecin généraliste. « La France en 2009 a voté une loi définissant les missions du médecin généraliste dans le Code de la santé publique. Celles-ci sont : la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi, la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux ainsi que le conseil pharmaceutique. Les médecins généralistes devront aussi « orienter les patients dans le système de soins, veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations, à l'éducation pour la santé et participer à la permanence des soins ».

D'autres professionnels de santé exercent en libéral pour les soins de premier recours en dehors de ce médecin généraliste ; ce sont les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes. Deux spécialités de médecine sont également consultables en accès direct : la gynécologie et l'ophtalmologie.

Sur le territoire du Centre Corse, la présence d'un hôpital local à Corté, du fait du rôle qu'il peut jouer en termes d'offre de soins et de prise en charge des patients, nécessite de l'intégrer et de la méthodologie à l'accessibilité des services de santé en ville et à l'hôpital.

2.2 La réalisation d'entretiens en Centre Corse (de Pietralba à Venaco, de Calacuccia à Corté)

Reprenant la méthodologie déployée lors du précédent diagnostic local de santé réalisé par l'équipe de l'ORSC en Plaine orientale, c'est sur le mode d'interviews dirigés à l'aide d'une grille d'entretien anonymisée (cf. annexe) réalisés par la sociologue de l'ORSC et son passé directeur.

Quatre entretiens préparatoires ont eu lieu en amont de ces interviews afin de cadrer plus finement la grille d'entretien et de communiquer au mieux sur le travail qui allait être initié :

- le docteur Pierre GHIONGA (MG à Corté et conseiller territorial) a accepté durant toute une matinée de nous présenter sa perception de la prise en charge sanitaire en Centre Corse ;
- le docteur Thierry DAHAN (médecin responsable du service de médecine universitaire de Corté) et le docteur Paul VENTURINI (chef de service gériatrie du centre hospitalier de Corté) ont adapté au terrain avec l'équipe de l'ORSC les éléments présents dans la grille d'entretien ;
- ce dernier nous a permis de réunir une vingtaine d'acteurs locaux lors d'une réunion informelle afin de leur présenter l'étude et la méthodologie retenue.

Dans les deux mois qui ont suivi, l'équipe de l'ORS a pu s'entretenir (un peu plus d'une heure durant, pour chaque entretien) avec :

- la totalité (moins un) des médecins généralistes (MG) installés en cabinet libéral, ainsi qu'avec le cardiologue nouvellement installé ;
- le MG directeur de l'EHPAD de Corté,
- le chef de service de gériatrie et le responsable des urgences du centre hospitalier de Corté,
- une officine de Corte
- un infirmier et un masseur-kinésithérapeute,
- le service de médecine universitaire de Corté.

2.3 La retranscription des entretiens, suivie de l'extraction des données

Tout de suite après chaque interview, les membres de l'équipe de l'ORSC ont retranscrit de façon anonyme les renseignements récoltés en suivant au plus près le cadre des indicateurs présents dans la grille d'entretien.

En vue de leur analyse et au regard de la problématique étudiée, un cadre thématique de découpage, selon cinq parties (descriptive, analytique, subsidiaire, illustrative et perspective) a été construit.

2.4 La rédaction in fine d'une synthèse

Ce cadre thématique a accompagné la sociologue dans son analyse qualitative et la rédaction in fine d'une synthèse présentée dans les deux chapitres suivants de ce document. Selon ses propres termes, elle souhaitait que l'analyse soit réalisée « si possible, selon le découpage de quatre infra-territoires que compte le territoire du Centre Corse : Ponte-Leccia et ses environs (aux confins de ses limites territoriales), le Niolu (un territoire à part entière), Corte (seul contre tous) et enfin, tout le pourtour cortenais (en partant de Venaco). »

Ce cadre thématique a ainsi permis de dégager en chapitre 3 une mise en valeur des problématiques :

- d'accès issues des différents thèmes systématiquement abordés dans nos entretiens, à savoir,
 - o profil professionnel de l'acteur,
 - o portrait du territoire et de sa population,
 - o organisation du travail,
 - o fonctionnement de la permanence des soins,
 - o profil social et pathologique de la patientèle,
 - o modalités d'accès aux soins primaires ou de 1^{er} recours,
 - o organisation de la prise en charge avec l'accès à la suite du parcours de soins,
 - o accès à l'hôpital,
 - o urgence de la prise en charge,
 - o prise en charge de patients diabétiques,
 - o prise en charge de patients atteints d'une maladie chronique,
 - o prise en charge de patients atteints de cancer,
 - o prise en charge de patients âgés de 65 ans ou plus,
 - o prise en charge des jeunes adultes,
 - o prise en charge de jeunes patients âgés de moins de 16 ans,
 - o prise en charge de patients en situation de précarité
- de prise en charge rencontrés et des modalités d'actions qui en résultent pour y faire face (actuelles et futures) ;

Chaque échange avec les professionnels rencontrés se terminait par une discussion à bâtons rompus, avec un retour sur l'énoncé de leurs besoins, les problèmes qu'ils rencontraient dans leur vie de tous les jours, mais également, sur des propositions qu'ils souhaitaient formuler : ces éléments se retrouvent en conclusion au chapitre 4.

3 LA PROBLEMATIQUE D'ACCES AUX SOINS DE PREMIER RECOURS

3.1 Une mise en valeur de la problématique d'accès

3.1.1 La démographie des acteurs interviewés : genre, âge et année d'installation

La très grande majorité des personnes interviewées était composée d'hommes, à l'exception d'une seule femme.

La majorité des MGs est proche de la retraite, avec une tranche d'âge principalement comprise entre 60-65 ans ?
Deux extrêmes en termes d'âge :

- Deux jeunes trentenaires, un médecin généraliste (âgé de 30 ans, il est à la fois le plus jeune, et l'unique médecin généraliste à s'être installé très récemment sur ce territoire) et un cardiologue,
- un MG âgé de 69 ans.

Les autres professionnels de santé (kiné et infirmier), sont plus jeunes : 40-50ans.

Au regard de leur « année d'installation dans la zone », les professionnels de santé interrogés sont installés depuis suffisamment longtemps pour nous avoir relaté, étant donnée leur expérience, une connaissance précise, affinée du territoire, de sa population et de la patientèle soignée. Leur ancienneté d'installation leur a permis de témoigner également d'une certaine évolution de sa pratique de la médecine (organisation de soins, besoins de la population, offre de PEC, ...).

En détaillant par territoires :

- Venaco, avec un territoire d'intervention s'étendant de Vizzavona, Antisanti à Casanova di Venaco a connu ses six dernières années, l'installation d'un médecin généraliste ;
- Corte intra-muros a eu la chance de voir s'installer très récemment, le tout dernier nouveau jeune médecin de son territoire. A contrario, la plupart de ces médecins généralistes y sont installés depuis longtemps, à savoir les années 80-90 ; c'est dire leur ancienneté d'exercice sur ce territoire du Centre Corse (Corte, Ponte-Leccia et leurs alentours) soit près de trente années écoulées ;
- Sur Ponte-Leccia, deux nouveaux médecins généralistes se sont installés cette année mais pas à la faveur de jeunes médecins ;
- Après de nombreuses instabilités ponctuées d'absence, le Niolu connaît depuis peu (1 an tout juste) l'installation d'un nouveau médecin généraliste.

Cette présence ancienne de professionnels de santé témoigne également d'une difficulté majeure à attirer d'autres nouveaux professionnels dans la Centre Corse. Ce phénomène est encore plus criant pour les MG et le dentaire ; cependant, les professions paramédicales semblent moins en souffrir.

Seul Corte, bénéficie désormais de l'installation de nouveaux médecins, avec outre celle d'un MG, celle également d'un jeune et inédit médecin spécialisé en cardiologie. Par conséquent, Corte seule commune encore du Centre Corse a exercé une quelconque attractivité à l'installation.

Alors, on peut s'interroger sur la substance de cette attractivité. L'hôpital, par son implantation locale à Corte et sa structure de soins (dotation en équipement et matériel, professionnels de santé) crée de fait une attractivité en direction des professionnels de santé souhaitant s'installer sur le territoire du Centre Corse (réseau ville-hôpital) ; offrant au passage une proximité de soins, disponible tant pour le patient que pour le professionnel de santé (comme par exemple, « parvenir à garder des patients cardiologiques à l'hôpital », « y faire passer des examens »).

3.1.2 Le contexte professionnel de l'activité

3.1.2.1 La capacité de formation

« Les formations réalisées et à venir » constituent juste un indicateur sur l'outillage formation dont s'est doté le médecin du Centre Corse pour pouvoir exercer adéquatement sa médecine et répondre ainsi, aux besoins éventuels de sa patientèle du territoire donné. Dans ce domaine, rien d'extraordinaire, on retrouve la constante suivante qui est celle des jeunes médecins avec des formations à venir, en projet (« j'envisage des formations pour me diversifier ») disponibles (du moins, pour certaines d'entre elles sous la forme de DU) localement à l'université de Corse.

Pour les médecins généralistes, les formations les plus couramment expérimentées sont celles de la CAMU (capacité de mesure d'urgence) et de la médecine du sport.

La formation d'urgentiste s'avère particulièrement utile voire précieuse en milieu rural, lorsque ce territoire éloigné des principales structures de soins apparaît hostile à la population en situation d'urgence sanitaire. Dans ces conditions, elle permet une PEC initiale vitale à l'usager ; ne serait-ce que pour son conditionnement, lors de son transport vers une structure de soins plus adaptée.

Dans le volet formation, un lien est malgré tout conservé en participant aux EPU des laboratoires organisés à Corte qui donnent l'occasion aux médecins et pharmaciens de se réunir et par la même occasion, de se connaître, d'échanger, d'unir des liens éventuels de coopération.

3.1.2.2 Un cadre d'exercice isolé ?

La plupart des médecins généralistes libéraux sont en cadre d'exercice isolé. Une exception cependant, celle de la présence d'un cabinet médical de groupe à Corte.

Plus fréquemment, on retrouve le cadre d'exercice en groupe chez les infirmiers libéraux. Cela leur offre l'avantage d'un turn-over, tout en assurant des soins en continue auprès de leur patientèle (« 7J/7, de 5h30 à 21h »).

L'intérêt d'un cabinet de groupe composé de plusieurs praticiens de santé est qu'il permet une organisation de travail plus flexible entre ces professionnels, afin d'offrir une réponse à la demande et donc une satisfaction des besoins exprimés d'une population. L'évolution s'avère parfois nécessaire et bénéfique. Cela permet aussi de lutter efficacement contre l'isolement et les situations de rupture dont les professionnels de santé pourraient finir par subir, d'autant plus lorsqu'ils sont véritablement seul dans leur domaine comme dans le Niolu. La coopération avec les autres professionnels de santé et le soutien de la population doit dès lors, être un levier.

3.1.2.3 La réponse à la patientèle

Quelle est effectivement la réponse donnée, apportée à la patientèle ? De nombreuses modalités étaient à explorer :

- les horaires de travail en semaine, et le week-end,
- en-dehors des horaires d'ouverture du cabinet,
- participation à la permanence des soins,
- les délais de rendez-vous,
- les délais d'intervention,
- les délais d'attente.

Leur analyse révèle alors l'organisation de travail adopté par le praticien pour répondre aux besoins de sa patientèle, comme c'est le cas dans le Niolu (« visite à domicile l'après-midi avec un programme affiché mais en réalité répond aux besoins, à la demande des patients donc de village en village »).

Finalement, le mode d'exercice est assez classique, traditionnel avec un cabinet ouvert tous les matins et des visites à domicile organisées l'après-midi afin de satisfaire de manière large et complète la demande des patients. Les déplacements sont prévus l'après-midi, de façon à permettre au praticien d'aller aux confins de son territoire et donc de s'éloigner géographiquement du lieu d'implantation de son cabinet. C'est « l'aller vers » à sa patientèle extérieure à sa commune ayant besoin d'une consultation et en incapacité à pouvoir se déplacer. Autant dire, que cela désigne une patientèle particulièrement ciblée, à savoir celle de personnes âgées ou de toute autre personne souffrant d'absence de mobilité (« je ne vais pas dire non, refuser à mes patients d'aller à leur domicile alors que je les ai toujours suivis et lorsqu'ils étaient jeunes venaient au cabinet »).

Certains reçoivent au cabinet de manière libre, tandis que d'autres organisent la réception de leurs patients (« uniquement sur rendez-vous »). Cette pratique bien que courante chez les praticiens est davantage la règle auprès des nouvelles générations de médecins (« nos jeunes médecins qui ne travaillent que sur rendez-vous »). La nouvelle génération souhaite ce mode de fonctionnement, notamment pour pouvoir dégager du temps libre, à consacrer à sa vie personnelle et familiale. Un accueil téléphonique avec un secrétariat externalisé est prévu à cet effet. Parmi ceux qui ne la pratiquaient pas, certains ont expérimenté la consultation sur rendez-vous mais sans résultat car ne parvenant pas à respecter les horaires. Sans organisation horaire de l'activité et face à la forte affluence, de longue file d'attente viennent à se former dans les cabinets pour les patients et peuvent parfois les dérouter par manque de visibilité quant aux horaires non affichés ou non respectés.

Le patient est éduqué, accoutumé aux habitudes de son médecin généraliste, à cette évolution, changement de conditions d'accès aux soins primaires : « en consultation l'après-midi mais très, très peu de visites à domicile. Beaucoup plus en consultation au cabinet. Très peu de patients viennent du Niolu car j'ai refusé d'y monter. Les patients viennent ».

L'exercice de la médecine en cabinet de groupe, comme cela a pu déjà être évoqué précédemment, permet aux médecins généralistes associés de se relayer pour pouvoir agrandir un planning en élargissant les horaires de consultation à destination de leur patientèle (« du lundi au vendredi de 8h à 20h »).

Il n'en demeure pas moins, que l'existence d'un secrétariat étant donné sa fonction est facilitatrice pour la prise de rendez-vous des patients et plus confortable dans sa gestion pour les médecins généralistes.

Nous assistons à une évolution de la pratique médicale des médecins, de leurs attentes et de leurs souhaits. **Par le passé**, les horaires étaient plus libres et les médecins **répondaient aux demandes des patients au coup par coup**, étant **quasi joignables sans restriction aucune, même le week-end**. Aujourd'hui, ils sont désireux d'un autre mode de vie conciliant vie personnelle et vie professionnelle.

En matière de réponse à la patientèle, il serait bon d'évaluer si la demande de visites à domicile pour les patients vivant dans le rural est satisfaite ou non car cela semble poser un problème, étant donné la raréfaction des médecins généralistes.

Il n'est pas sans rappeler que des personnes sans mobilité (personnes âgées, sans moyen de locomotion propre, personnes handicapées) avec de grosses pathologies nécessitant des soins, vivent dans le rural et apparaissent bien isolées au regard de leur possibilité effective d'accès aux soins.

Si Corte, de par sa dotation en médecin généraliste permet éventuellement aux patients de jongler d'un médecin à l'autre en fonction de leur disponibilité et de leur besoin, cela est plus délicat à Ponte-Leccia où l'installation des médecins est plus précaire (un médecin reçoit 2J/Semaine les mardi et mercredi, un autre aussi 2J/Semaine les lundi et mardi avec prochainement le vendredi, un autre tous les matins du lundi au vendredi avec des visites à domicile l'après-midi puis enfin, le dernier atteint son maximum de 2J/Semaine les mardi et jeudi) et leur accessibilité d'autant plus instable. Sur ce secteur comme pour les autres, les visites à domicile sont incontournables : « Les consultations à domicile apparaissent en réponse à une demande, un besoin exprimé de la part des patients. Les infirmières m'ont demandé d'intervenir à domicile ».

Sur le secteur de Ponte-Leccia, la situation est d'autant plus problématique que ce secteur est totalement dépourvu de garde de médecins en-dehors des heures d'ouverture des cabinets en semaine et le week-end. En cas d'absence de MG, le patient n'a pas d'autre choix que de s'adresser, se diriger vers les urgences de Corte.

La chance du secteur de Corte est que le patient, après avoir été vu en première intention par son médecin peut être orienté si nécessaire vers les urgences de l'hôpital. Autant dire qu'**en l'absence de garde, le patient peut s'y rendre plus aisément qu'en résidant sur un quelconque autre secteur (compte tenu de la distance à parcourir).**

Au niveau de la kiné, pas de réelle situation d'urgence à laquelle faire face, si ce n'est pour la kiné respiratoire. Comme cette dernière est uniquement pratiquée chez les enfants, et comme cette population-là n'est présente qu'en faible nombre, le nombre de cas à prendre en charge est forcément d'autant plus limité.

Certaines pharmacies n'hésitent pas à caler leurs horaires d'ouverture sur ceux des médecins généralistes, en attendant parfois les patients à la sortie de leur consultation (« ouverture au besoin par rapport à la clientèle, c'est-à-dire, nous attendons les clients qui sortent de chez le médecin à la fermeture du cabinet »).

Le secteur de garde le week-end est organisé à partir du samedi midi. Celui de Corte-Venaco, ¼ week-end, celui de Ponte-Leccia à raison d'1/2 week-end et au Niolu, c'est la seule pharmacie existante qui est de garde tous les week-ends. En semaine, les pharmacies de Corte s'organisent en garde, tandis que Ponte-Leccia non et dans le Niolu, oui en permanence.

Le cabinet du dentiste du centre mutualiste en ville couvre la ville de Corté, l'EHPAD, le CH et TATTONE.

La consultation se fait sur rendez-vous mais il n'y a rien pendant les vacances et il n'y a pas de garde.

Un orthodontiste consulte 2 fois par mois au cabinet.

Un recours à la radiographie en 3D est possible sur rendez-vous dans les centres mutualistes d'Ajaccio ou de Bastia.

3.1.2.4 Et les longs déplacements qui en découlent : quatre infra-territoires d'intervention

La mobilité, tant du côté du patient que du médecin, est étroitement liée à celle du territoire d'intervention à couvrir et de l'accès aux soins primaires qui en découle.

Les patients n'hésitent pas à parcourir de la distance pour pouvoir accéder à un MG et le praticien, des kms sans les compter. De fortes tensions pèsent alors, sur le médecin généraliste qui n'est pas à l'abri de conséquences néfastes sur sa propre santé et de risques de rupture (« physiquement, cela me pose un problème. Mon activité : je travaille en non-stop toute la semaine, avec les consultations au cabinet, en visites à domicile, à l'EHPAD-Serenu et à l'hôpital. Je commence à 7h et je fini à 23h »).

La surcharge de travail, les conséquences néfastes sur la santé du praticien, le risque de burn-out mais aussi la diminution de la qualité des soins avec l'erreur médicale en suspens : « Cela devient ingérable médicalement ».

Les kinés sont également sous tension (« 5J/7 de 8h30 à 21h »). Pour ceux effectuant le domicile sans cabinet pour recevoir la patientèle, leur périmètre d'intervention est vaste. Exemple, pour l'un d'entre eux : « Bisinchi, Morosaglia, San Lurenzu, Francardu, Popolasca, Ascu, Moltifau, Urtaca ».

4 infra-territoires pourraient découper le territoire du Centre Corse qui se recompose, se juxtapose aussi parfois au regard de l'activité des médecins du premier recours :

- **le pourtour cortenais composé principalement, par Venacu** : son ancien canton et communes du Venachese (Casanova, Corte, Santu Petru di Venacu, Riventosa), les environs de Vivariu avec ses hameaux (Vizzavona et Tattone), les autres communes de la Communauté de communes du Centre Corse (Muracciole, Noceta, Ruspigliani) et d'autres communes (Vezzani, Petrosu et Antisanti) ;

- **Corte principalement, en débordant très nettement** avec pour les uns, d'un côté son ancien canton, de l'autre Soveria, Omessa, Caporalino allant jusqu'à San Lurenzu, le Boziu, Morosaglia, Lama, Castellu di Rustinu et Lentu.

Les limites en Plaine pouvant être Pancheraccia et Aléria ; Giuncaggio étant la limite extrême. Pour les autres, Corte, une commune du Niolu (Calacuccia), Vezzani et le territoire de Piedicorte.

Pour ces médecins, « ce sont des patients qui viennent aussi au cabinet. D'autres patients viennent d'ailleurs, comme Bastia et Aléria qui continuent à venir au cabinet » (notamment rattachés initialement à Corte pour des raisons professionnelles et ayant conservé leur médecin par besoin, habitude, satisfaction ou attachement).

En matière de territoire d'intervention, en étant installé à Corte, les cabinets cortenais absorbent inévitablement la population cortenaise qui réside sur place ;

- **Ponte-Leccia et ses environs** avec bien entendu, Ponte-Leccia même, Morosaglia, San Lurenzu, Moltifau, Castifau, Caporalinu et Omessa. Omessa étant la limite d'intervention du territoire cortenais. En matière de déplacement, cela s'étend jusqu'en Castagnuccia (Ponte-Novu, Castellu di Rustinu, Salicetu, Cambia, Erone, Rusiu, etc.), Petralba. Pour un autre MG, c'est cette zone d'intervention avec en plus le Niolu ;

- **le Niolu** : même si certains MG interviennent encore dans le Niolu, il en est un pour qui, il s'agit exclusivement de son territoire d'intervention. Directement installé sur ce territoire, cela soulage considérablement la population. Elle a ainsi accès aux soins primaires de proximité. Pour le médecin, les trajets entrepris dans l'ensemble du Niolu (Corscia, Calacuccia, Albertacce, Lozzi) ne sont plus un problème car bien positionné sur ce territoire avec un cabinet central implanté. Castirla est également concerné mais rarement.

Pour pouvoir soigner des patients éloignés géographiquement de leur cabinet, certains praticiens n'hésitent pas à faire les visites à domicile dans le rural le samedi.

Concernant cette fois-ci les infirmiers, ils ont cette chance d'être plus nombreux à pouvoir se répartir sur le territoire. Par conséquent, on peut penser que ce dernier est in fine, totalement couvert. Cela serait bien entendu à vérifier. Qui plus est, ils travaillent en coopération c'est-à-dire qu'ils fonctionnent pour la plupart en « groupement qui développe son secteur de façon formelle, en termes pratique. Dès lors, il nous arrive de refuser des patients ». Le risque de dispersion, fatigue et perte de temps en de nombreux, fréquents et long trajet s'en retrouvent écartés.

Lorsqu'on est un médecin spécialiste implanté à Corte, recherché, le seul dans son domaine exerçant sur ce territoire, la population afflue de toutes parts (Balagne, Centre Corse, Plaine Orientale voire l'Extrême Sud avec Porto Vecchio) et cela donne un large bassin de population.

Lorsqu'on est également le seul dans son domaine, les déplacements dans les autres établissements existants de ce territoire est de mise (Ehpad-Serenu, Ehpad-Tattone, hôpital de Corte) pour un suivi régulier de sa patientèle.

En tous cas, une fois de plus les patients n'ont aucun mal à se déplacer (Corte, ses villages environnants et la Plaine Orientale). Lorsqu'enfin, l'offre est pourvue, accessible sur l'un de ces territoires, la patientèle diminue logiquement ; laissant ainsi le choix au patient (« ceux de Balagne ont diminué, du fait de l'installation d'un centre dentaire mutualiste »).

L'attractivité et le rôle central joué par Corte se voit confirmer par un pharmacien : « des personnes qui viennent se faire soigner chez un MG à Corte, de Ponte-Leccia, du Niolu, du Bozziu ».

In fine, beaucoup de km parcourus pour ces professionnels de santé du Centre Corse.

3.1.2.5 Un focus sur le (non ?) fonctionnement de la permanence des soins

La permanence des soins est une réponse à la demande, aux besoins des patients. Déjà évoqué partiellement (*partie précédente sur la réponse à la patientèle*), nous revenons cependant sur cette modalité qui a toute son importance en tant que déterminant dans l'accès aux soins primaires, en envisageant avec nos interlocuteurs l'ensemble modalités suivantes :

- en semaine,

- les week-end et jours fériés,
- en collaboration ou non avec les collègues généralistes, ou autres professionnels de santé.

Si les infirmiers libéraux assurent des soins en continue auprès de leur patientèle, de façon à pouvoir les suivre étroitement et régulièrement au quotidien (7J/7) avec des horaires larges (grosso modo, de très tôt le matin jusqu'à très tard le soir) ; il n'en demeure pas moins que dans certaines situations, ils peuvent justement avoir besoin d'un relais et c'est à partir de là que ça se corse : « les médecins généralistes existent, ils sont très disponibles mais pas au-delà de 18h ». C'est le cas de Ponte-Leccia.

Après, d'autres MG sur le territoire du Centre Corse (c'est le cas de Corte) assurent des consultations avec des horaires élargis voire jusqu'à tard en fin de journée mais sans pour autant, assurer une permanence de soins sous la forme de gardes organisées. En tous cas, **sur le secteur de Ponte-Leccia, il n'en est rien également** : « le week-end, on appelle le 15. **Un seul MG est joignable le week-end mais pas de façon organisée** » et semble participer à la permanence des soins de minuit à 5h.

Sur le pourtour cortenais avec Venaco en tête de pont, le médecin est joignable malgré l'absence de garde, de permanence de soins (« il a organisé un transfert d'appel en dehors des vacances mais est rarement sollicité (patients éduqués !) »).

Par le passé, des gardes étaient organisées, tant sur le secteur de Corte que sur celui de Ponte-Leccia ; contrairement à aujourd'hui, où il n'y a plus de permanence de soins (« depuis environ les années 2000, une dizaine d'année, il n'y a plus de garde la nuit et le week-end sur ce territoire »).

A Corte, seul un médecin assure encore à lui tout seul une permanence de soins : « je suis le seul et le dernier ».

Dans le Niolu, un seul médecin (l'existant) assure également la permanence des soins en l'organisant de la façon suivante le week-end : « je fais des gardes de nuit en dehors du samedi, plus le dimanche, je suis de garde de nuit et de jour ». Le problème rencontré est qu'il n'a pas de remplaçant durant ses vacances. Il organise un relais durant son absence avec les professionnels de santé existants sur ce territoire : « je discute donc avec les infirmiers et les pharmaciens pour préparer et gérer mon absence ».

Sans l'initiative personnelle du praticien de santé d'une permanence de soins individualisée, il y a une absence totale de permanence de soins (formalisée et organisée) ; elle a cependant existé par le passé sur le territoire du Centre Corse. Aujourd'hui, le principal recours demeure soit un appel au 15, soit un déplacement de l'utilisateur directement vers l'accueil médicalisé non programmé de l'hôpital de Corte. Ainsi, pour le territoire du Centre Corse, c'est l'hôpital de Corte qui prend le relais des cabinets médicaux en matière de soins de 1^{er} recours et assure finalement les permanences de soins : démarche plus aisée lorsque le patient réside sur Corte et ses alentours que partout ailleurs sur le restant de ce territoire.

La nouvelle génération ne semble pas opposée à la restauration d'une permanence de soins organisée et de ce fait, à y participer : « s'il existait un roulement entre tous les médecins de Corte, on pourrait être intéressé pour désengorger les urgences, pour que le patient n'attende pas ».

Lorsqu'un médecin vient à s'absenter (fermeture du cabinet), il peut espérer, certes difficilement, être remplacé par l'un de ses confrères ; cela est valable à Corte mais n'a nullement été évoqué sur le secteur de Ponte-Leccia où il semble que les médecins en exercice travaillent individuellement sans coopération. La question ne peut pas concerner le **seul** MG du Niolu.

Le remplacement de MG à effectuer se pose surtout, pour la visite de malades à domicile dans le rural car, autrement, les patients peuvent se rendre chez un autre praticien en cas d'absence de leur propre MG.

Quant au médecin spécialiste ; dans le cas du cardiologue, il a organisé les conditions d'accessibilité de sa « permanence de soins » : en cas d'absence, de fermeture du cabinet, pour un patient non connu direction les urgences, l'hôpital ; et pour un patient déjà connu, même parcours mais avec son dossier médical en sa

possession. Il peut être amené à prendre les urgences. Il donne un numéro professionnel pour ses patients graves mais n'est pas joignable au-delà de 20h. Joignable le week-end en allumant le portable quelques heures, pour consulter les messages.

Au niveau dentaire, pas de garde non plus. « Cela est tombé à l'eau » par manque de volontaire (« nous étions deux seuls dentistes à les faire »).

Pour en revenir aux pharmacies qui participent aussi à la permanence des soins en y jouant un rôle d'appui, au service du patient dans la délivrance des traitements, celles de Corte (au nombre de trois) et de Venaco (une seule) s'organisent ensemble dans le système de garde du week-end (1/4 week-end) et de nuit la semaine (du lundi au lundi donc 24H/24 pendant une semaine).

Il existe donc toujours une pharmacie de garde sur ce territoire.

Les pharmacies à Ponte-Leccia ne font pas de garde de nuit en semaine

Au Niolu, c'est H24.

3.1.3 La patientèle

Evoquer la patientèle, c'est décrire la population sur ce territoire au regard de ses besoins auxquels doit répondre le système local de soins. Les descriptions suivantes ne prennent en compte que la vision qu'ont les professionnels de santé interviewés de leur patientèle.

3.1.3.1 Une image « démographique »

3.1.3.1.1 Le genre et le sexe

Quand bien même un des MG interviewés trouve qu'il note la présence dans sa patientèle de « trois veuves pour un veuf », de façon globale il est considéré par nos interlocuteurs que leur clientèle ne présente pas de différence notable par sexe.

Le découpage selon les différentes tranches d'âge que nous avons proposé à nos interlocuteurs (recoupant l'enfance, la jeunesse, l'âge adulte et la vieillesse) diffère d'un praticien à l'autre. Il peut être totalement in différencié ou refléter, par exemple, la génération ce dernier appartient : ainsi, chaque médecin a sa patientèle privilégiée : « beaucoup de personnes âgées, suivies par les enfants et les personnes en âge mur ». Une patientèle qui nous ressemble, fidélisée ».

Néanmoins, des tendances conformes au portrait démographique du territoire (territoire âgé, rural de Corse) se dégagent : « **très âgée** », **c'est-à-dire une patientèle majoritairement âgée**, surtout prépondérante à l'extérieur des zones résidentielles dites actives comme Corte. En effet, bien que dominante sur l'ensemble du territoire, **on retrouve beaucoup cette population vivant à domicile dans le rural** et inversement, un faible nombre d'enfants (cas du Niolu).

Outre l'aspect démographique, son importance provient aussi de son poids représenté dans la PEC des soins (« en termes d'âge, c'est l'ensemble de la population avec les plus âgés qui sont le plus souvent vus, étant donné les pathologies chroniques »). Même constat partagé, du côté des autres professionnels de santé.

Les enfants peuvent être l'apanage des jeunes médecins à l'installation surtout, lorsque leur organisation le favorise : « pour l'instant, beaucoup d'enfants au cabinet car je reçois sur prise de rendez-vous. Pas mal de personnes âgées à domicile ». Contraste entre ces deux patientèles. Autant dire que l'installation d'un nouveau médecin suscite l'intérêt de nouveaux et jeunes patients.

Particularité de Corte, la présence des étudiants (« les étudiants en septembre-octobre pour les certificats médicaux »). Au centre dentaire mutualiste, ce sont des étudiants provenant de l'extérieur, c'est-à-dire originaires du continent qui fréquentent le lieu. Sans doute, d'une manière générale, les étudiants corses

conservent-ils leur professionnel de santé privilégié et donc leurs habitudes là où ils résident, à savoir chez leur parent.

Pour le cardiologue, sa patientèle est en moyenne plus jeune en Corse que sur la Côte d'Azur (60-70 ans en Corse contre 70 ans sur le continent). Plus d'anomalies pathologiques aussi (supérieure à 30%) et plus d'urgences aussi.

3.1.3.1.2 La nationalité

Globalement, peu de population d'origine étrangère sur ce territoire. Seules quelques familles portugaises et magrébines sont présentes à Corte, Venaco et ses alentours, mais très peu sur Ponte-Leccia. En termes de soins, elles ne semblent pas poser souci (« les personnes d'origine étrangère sont couvertes par la CMU »).

L'EHPAD ne reçoit pas de demande de la part des personnes d'origine étrangère. Ses « seules personnes résidentes sont de confession chrétienne ».

3.1.3.1.3 Un profil socio-économique

Dans la salle d'attente des cabinets médicaux il y a « peu de gens actifs car il faut qu'ils trouvent le temps, qu'ils soient vraiment malades pour venir ». La raison ne nous semble pas être principalement celle-là mais plutôt, la représentation non majoritaire de cette population.

Au niveau socio-économique, Corte peut différer des autres territoires car la principale et seule ville de ce territoire et devrait donc concentrer la part active de ce territoire, la plus importante (« présence de précaires mais Corte est relativement protégé »)

3.1.3.2 Une image « pathologique »

Sans avoir la valeur scientifique et l'exhaustivité d'une démarche épidémiologique, l'expérience rapportée du terrain à travers nos entretiens permet de relever les pathologies récurrentes et les quelques pathologies spécifiques suivantes :

- le cancer,
- la polypathologie de la personne âgée,
- la psychiatrie (« l'aspect psychiatrique, c'est tous les jours, partout ») avec
 - o les problèmes liés à l'isolement,
 - o la dépression, la schizophrénie (« quelques déments - la plupart sont placés »),
 - o la souffrance psychique,
 - o le burn-out,
 - o l'autisme,
 - o les addictions, (« la drogue, un problème majeur que tout le monde ignore »), et deux facteurs de risque préoccupants, le tabac surtout chez les femmes (« 80% des jeunes femmes fument »), et l'alcool ;
- les maladies cardiovasculaires (« pas mal ces derniers temps, chez les 30-40 ans ») avec
 - o les maladies cérébro-vasculaires,
 - o les maladies coronariennes, (cardiopathies, hypertension artérielle, infarctus, ...),
- le diabète, (« certaines personnes diabétiques sont très jeunes »),
- les pneumopathies avec
 - o la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO),
 - o l'emphysème,
 - o la rhinopharyngite
 - o l'asthme (« souvent dû aux allergies »), et l'apnée de l'enfant,
- la traumatologie, les lombalgies (« le dos en priorité »),
- diverses maladies infectieuses,
- d'autres pathologies comme allergies, SEP, rétinopathie, méningite, amygdalite,

- la pathologie thyroïdienne (spécifiquement dans le NIOLU³ !).

La présence dans leur patientèle de handicap physique ou mental, l'accompagnement dans le maintien à l'autonomie de la personne sont également autant de sujets qui nécessitent une attention soutenue de la part des professionnels de santé.

Des variations saisonnières de la patientèle existent avec les fluctuations de la population selon l'été/l'hiver et son augmentation estivale : dans le rural, les villages de l'intérieur doublent ou triplent leur population à l'arrivée des beaux jours ; ce qui n'est pas sans conséquence sur la PEC de cette nouvelle patientèle parfois massive et passagère, voire particulière du fait de son âge qui peut être élevé.

Du côté de la kiné, cela concerne « une population essentiellement âgée avec 40% de maintien à l'autonomie, 30% de traumatologie et 30% de pathologie chronique ».

En EHPAD au regard des résidents, « les pathologies psychiatriques sont les premières pathologies, nombreuses, lourdes et anciennes. Lorsqu'ils arrivent, ont des pathologies cardio-vasculaires. Il y a de l'incarcération à domicile d'où la nécessité d'une vie sociale ». Ce qui signifie que chez elles, ces personnes souffraient d'isolement. A mettre en relation avec la désertification du rural et l'affaiblissement des solidarités familiales, sociales.

Dans la pharmacie vont se présenter « beaucoup de traumatologies par rapport à l'activité estivale ». La typologie montagnarde et les activités de loisir l'expliquent. « Beaucoup de soins de 1^{er} recours qui passent pas mal à la pharmacie. L'accès aux soins de 1^{er} recours, c'est pas mal nous. Les problèmes cardiaques, asthme, nous envoyons aux urgences ». Toutes ces pathologies ne sont pas forcément visibles et encore moins quantifiables. Si le pharmacien oriente, cela signifie qu'il y a un PEC et que par conséquent, ces patients ne consultent pas en 1^{ère} intention un MG.

3.1.3.3 Une image « territoriale »

Même si l'offre de PEC sanitaire est loin d'être optimale du fait de son insuffisance, les différents micro-territoires qui composent le territoire du Centre Corse créent parfois, à défaut de l'accessibilité géographique, les conditions de proximité relationnelle facilitatrices à l'adhésion du parcours de soins.

Dans le Niolu, par exemple, l'intégration du praticien à son paysage est encourageante pour la dispense des soins dans de bonnes conditions, jugées satisfaisantes (« ça se passe bien avec les habitants, les autorités ». C'est un avantage de connaître tout le monde, la patientèle »).

A Corte par exemple, lorsqu'on est présent, installé depuis longtemps sur ce territoire et que l'on est originaire de ce lieu, « nous avons un contact privilégié avec les patients, notamment par SMS ». « Relations bonnes, excellentes avec mes collègues généralistes. Pas de problème rencontré ».

3.2 La problématique d'accès selon la perception des acteurs interviewés

De l'avis de MG : « En cas de besoin, mes patients de Corte peuvent aller à l'hôpital. En revanche, dans les villages, il n'y a pas de sécurité ». « L'accès aux soins primaires est mauvais sur ce bassin ».

De l'avis du pharmacien de ville : « il manque cinq généralistes à l'heure actuelle, pour absorber l'activité de l'ensemble du territoire. Corte doit avoir une réponse à tout ça, par rapport aux autres territoires ».

Sa clientèle se plaint :

- des files d'attente interminables en consultation sans rendez-vous,

³ Dans le Niolu, « problèmes cardiologiques, beaucoup de problèmes liés à la thyroïde, de la psychiatrie avec de la dépression peut être due à l'isolement (2-3 personnes schizo-phrènes), de la toxicomanie avec de la dépendance à la drogue et encore plus de dépendance à l'alcool (patients suivis, plutôt âgés) ».

- de la réduction d'activité de consultation du médecin quand elle se pratique sur rendez-vous, et parfois même, des délais de réponse au SMS quand la prise de rendez-vous utilise ce support.

C'est dire comme les besoins sont importants et la situation problématique, et, comme à l'occasion de ces entretiens, c'est toute la réalité du terrain ainsi exposée qui remonte à la surface. C'est l'environnement, la dotation en moyens humain, financier et matériel qui créent les conditions d'attractivité et dès lors, la capacité réelle d'installation.

Un kiné reprend cette vision du territoire : « exercer dans le Centre Corse ? Hormis d'être ici, sinon on privilégie l'installation en bord de mer ! ». Le territoire du rural apparaît bien peu attractif, surtout comparativement, aux zones urbaines densément peuplées et bien équipées médicalement.

C'est pour la plupart un choix de vie, un engagement : « Au travers de mon installation, c'est un choix de vie en étant d'ici, de s'installer dans le rural ».

3.2.1 Ses faiblesses et ses contraintes : autant de déterminants, de facteurs pénalisants

Comme un cahier de doléances ... et un regard sur la réalité !

3.2.1.1 Le nombre de médecins

« **Le problème majeur, c'est le nombre de médecins.** En 1986, il y avait 13 MG alors qu'il n'y avait pas d'étudiant. Aujourd'hui, nous sommes 7. Il en faudrait 3-4 en plus, à l'heure actuelle. Avec les 2-3 jeunes qui vont s'installer, on manquera ». Le MG étant en 1^{ère} ligne dans l'accès aux soins primaires, l'acteur principal ; son besoin, son manque est criant et se retrouve exacerbé.

Un constat repris et partagé par un pharmacien : « c'est de plus en plus compliqué. Il y a de moins en moins de médecin. Il y a moitié moins de médecin qu'il y a 12 ans (5 médecins contre 12) **alors que la population augmente** ».

« **Le nombre de médecins** en exercice compte aussi, pour ne pas **se retrouver isolé**, accaparé par tous ses patients une fois installé, sur un territoire aussi restreint ». La principale difficulté d'installation dans le rural pour un MG, c'est justement la coupure possible avec son activité, la crainte d'être accaparée par sa patientèle, le risque de se retrouver complètement débordé, de ne plus avoir de vie personnelle et in fine, de ne plus répondre à la demande qualitativement et quantitativement. « Ça peut effrayer et freiner l'installation dans les micro-territoires » que comptent ceux du Centre Corse. Ce sont autant de risques représentés pour le MG qui déciderait de s'y installer.

On retrouve les problématiques du rural exprimées sur l'ensemble de ce territoire comme autant de contraintes, d'obstacles, de handicap pour accéder aux soins : « Problème de transport pour les personnes non véhiculées » or, « **beaucoup de personnes sont isolées dans les villages** ». Les déplacements pour ceux qui les font, sont très fatigant, pénalisant dans l'accès aux soins ; tant du côté du patient que du médecin (surtout, lorsque ce dernier est amené à effectuer un grand nombre).

C'est ce constat principal qui concourt à l'émergence du problème majeur : la diminution croissante du nombre de MG jusqu'à sa pénurie, voire rareté sur certains micro-territoires du Centre Corse. Pas de médecin, par exemple, pour constater les décès à domicile. « Notamment le dimanche, pas de médecin se déplaçant à domicile pour constater le décès ». Les perspectives de renouvellement, d'installation ne sont guère encourageantes pour l'heure. « Les médecins sont du même âge ».

A cela s'ajoute, d'autres composantes au problème : « Le problème principal, c'est le manque de médecin, plus des médecins âgés, plus un secteur d'intervention très important, plus des visites à domicile ».

Bien évidemment, cela a des répercussions et entraîne d'autres problèmes : « **D'un point de vue organisation du travail, cela pose un problème** ». « La disponibilité est en cause compte tenu de leur faible nombre. Les MG font comme ils peuvent, étant donné leur faible nombre ». Finalement, c'est toute la chaîne de soins qui est impactée : « tout le monde fait comme il peut ». « Globalement, cela fonctionne. Essayons de créer du lien ».

Si l'organisation du travail pose un problème, forcément cela a des répercussions sur les modalités d'accès aux soins. La problématique d'accès aux soins pose la question de la territorialisation des soins et de leur organisation. C'est « le serpent qui se mord la queue ».

3.2.1.2 La zone d'activité

Sous l'angle analytique, c'est la territorialisation des soins qui posent problème et par conséquent, provoquent l'émergence d'inégalités territoriales car les territoires ne sont pas tous dotés de la même façon.

Dans une seule zone, le Niolu, l'acteur principal qui est le MG, semble satisfait de sa capacité d'offre d'accès aux soins primaires ; selon lui :

- sa propre organisation lui permet une garde effective, jour et nuit, 7 jours sur 7 sauf le samedi après-midi ;
- l'équipement sur place de son propre cabinet lui permet une certaine polyvalence en offre de soins ;
- il travaille en complémentarité très active avec la pharmacienne ;
- il peut compter sur la collaboration de 7 infirmiers libéraux ;
- un cabinet de 3 kinés monte de Corté ;
- il a accès facilement aux 2 laboratoires de biologie sur Corté et Ponte-Leccia ;
- il fait appel en cas de besoin aux services de radiologie (voir d'échographie) du CH de Corté, et utilise ceux de l'IRM de Bastia ou de Ghisonaccia ;
- il a accès assez facilement à l'évacuation sanitaire (hélicoptère) qu'il peut lui-même conditionner.

Cependant les difficultés qu'il rencontre dans sa recherche de remplacement lors de ses périodes de vacances lui font prendre conscience de la fragilité de cet équilibre ; bien souvent, durant ces périodes, tout va reposer sur une organisation des soins déléguant à la pharmacienne et aux infirmiers libéraux ce qui est programmable, et, sinon, à un recours au CH de Corté.

Dans le croissant sud-est, on peut retrouver cette relative qualité d'accès aux soins primaires ; le MG s'y dit joignable 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 par ses patients mais relève cependant l'absence de garde la nuit et le week-end sur le territoire.

L'EHPAD de Corté est une autre zone de relatif confort : 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 ; mais le MG directeur de cette structure souligne l'impérieuse nécessité de préserver la tête de pont de Corté et de surveiller la population des MG de ville proche du burn-out général .

Dans la zone de Corté intra-muros, quand il ne consulte pas sur rendez-vous, le MG accepte en général des salles d'attente surabondées le matin et privilégie, l'après-midi, les visites de sa clientèle éloignée, voire très éloignée, dans les campagnes et montagnes alentours, estimant que sa clientèle locale qui ne peut se rendre à la consultation a la possibilité d'un accès au centre hospitalier local favorisé. Ces déplacements longs, fatiguant, et peu rentables vu le temps consacré en déplacement, fragilisent davantage la santé de cet ensemble de MG, somme toute, assez âgés. Tous témoignent de la difficulté de remplacement du collègue indisponible.

Cependant « à Corte, ça va » : les MG cortenais s'accordent sur la relative bonne situation d'accès aux soins primaires (« relativement aisé face, au regard de Corte »). Ils ne s'estiment pas être dans une position trop défavorable. Néanmoins, il convient d'être vigilant : « les médecins de ville sont usés ». « Il y a nécessité de se préserver pour un médecin, sinon il capote et s'absente, disparaît quelques temps. Il faut préserver la tête de pont de Corte. Si Corte capote, les environs capotent ». « Les alentours sont problématiques ». Forte tension sur ce territoire pour les médecins en exercice et peut être rôle clé détenu par Corte sur ses environs.

Enfin, **c'est le croissant nord-est** qui nous paraît présenter le plus de difficultés d'accès au soin primaire.

Le seul cabinet réellement installé de MG est à Ponte-Leccia ; le praticien consulte l'après-midi mais ses contraintes personnelles ne lui permettent de réaliser que très peu de visites.

Certes, tout près de ce cabinet, une maison médicale municipale permet la rotation de trois médecins, chacun d'entre eux consultant 2 à 3 demi-journées par semaine, 2 d'entre eux effectuant des visites dans la Castagniccia (voir le Niolu !) le restant du jour de présence à la maison médicale (voir le samedi !).

Il n'en demeure pas moins que l'expérience est récente pour ses praticiens et que leur accès est délicat en l'absence de tout secrétariat organisé et d'un matériel adapté (loin des exigences d'une maison médicale de garde !). Résultat, pour l'instant, beaucoup de patients font leurs soins sur Corte ou Île-Rousse avec un déplacement de leurs propres moyens. L'adhésion à un nouveau praticien récemment installé et s'agissant d'un MG, semble difficile pour la population d'un micro-territoire comme celui de Ponte-Leccia : « Manifestement, c'est un frein pour les gens à venir me voir. Or, c'est un paradoxe puisque nous sommes dans un désert médical ». Cela nécessite, sans doute davantage de temps pour pouvoir en constater les effets.

Comme le témoigne un infirmier libéral du secteur : « Les MG de la zone sont très disponibles mais le week-end, c'est soit le 15 soit l'un d'entre eux qui est systématiquement accessible ! Ponte-Leccia est un peu mieux doté mais il est difficile de faire réaliser un constat de décès à domicile. On ne peut que regretter l'absence de mise en place de la permanence des soins sur la zone. Le suivi du patient est parfois délicat. »

Autre difficulté évoquée mais commune à l'ensemble des MG et non spécifique à ceux de ce territoire, la paperasse administrative.

3.2.1.3 L'accès à la kinésithérapie

L'accès à la kinésithérapie pose un véritable problème qualitatif et quantitatif. Malgré la présence de six kinésithérapeutes sur le territoire, la forte demande de soins pour les personnes âgées rend presque impossible la réponse à l'urgence ; seules exceptions, les enfants et les retours d'hospitalisation (avec pour ce dernier cas la nécessité de prévenir avant le kinésithérapeute). Témoignage sur le territoire de Ponte-Leccia, : « L'accès au kiné est compliqué ». « En effet de l'avis d'un kiné présent sur ce territoire, ils « ne parviennent pas à satisfaire la demande qualitativement et quantitativement. Nous n'arrivons pas à satisfaire la demande du fait de nos horaires de travail qui sont incompressibles si le planning de travail est déjà complet ». Autrement dit, l'offre est largement inférieure à la demande. « Pour satisfaire, répondre à la demande, le lieu de domicile ne compte pas, c'est notre disponibilité » (« nos PEC nécessitent du temps sur le long terme car cela représente 15-20 séances hors patients chroniques et donc à minima ») ; soit la preuve manifeste de l'insuffisance de l'offre. Conséquence sur le territoire de Ponte-Leccia, « beaucoup de patients ne font pas leur soin, vont à Corte ou à Ile-Rousse par leur propre moyen, du fait que nous ne puissions répondre favorablement à leur demande d'où un renoncement aux soins pour certains » et de nombreux déplacements entrepris pour d'autres. La PEC étant loin d'être satisfaisante, optimale, la qualité des actes s'en retrouve elle aussi menacée ; « sinon nous sommes obligés de faire du bricolage, les prendre que lorsque nous pouvons ».

Pour aller plus loin encore, de l'avis, expérience d'un kiné : « ça n'intéresse pas les jeunes de s'installer dans le rural, les horaires sont illimités du fait de notre faible nombre et de la route à faire. En comparaison, le cabinet en ville est plus confortable. Dans le rural, il y a les temps de trajet, la fatigue accumulée, notamment par rapport à la route. L'organisation de travail est plus difficile, plus compliquée. Les conditions de travail sont parfois difficiles comme la configuration du lieu de vie de patient. Financièrement aussi, c'est plus intéressant en ville car possibilité de prendre plus de patients et plusieurs en même temps. Il est plus facile de travailler en cabinet, en groupe qu'à domicile. Il est moins intéressant de travailler en milieu rural qu'en cabinet ».

La patientèle n'est pas la même, étant donnée la structuration populationnelle du territoire : « le fait de s'occuper de personnes âgées dans le rural, au niveau de la kiné n'est pas valorisant pour les jeunes même si financièrement, il existe des aides financières avantageuses ». « Les kinés de Corte connaissent la même problématique pour pouvoir répondre à la demande mais ils arrivent à absorber plus de patients ».

C'est une vaste problématique qui tend à opposer le rural et la ville et qui résume la pénurie de kinés dans le rural.

3.2.1.4 L'accès à la pharmacie

Concernant la propre activité des pharmacies du centre Corse, les tours de garde sont effectifs (voir H24 dans le Niolu) **sauf dans le croissant nord-est** ; les horaires sont adaptés aux horaires des MG.

Beaucoup de soins de premier recours passent par les pharmaciens qui effectuent également un premier tri d'orientation vers le MG.

3.2.1.5 L'accès au dentiste

La pénurie de dentiste se fait également sentir : « nous ne serons que 5 dentistes à Corte, à partir de juin. Dans 5 ans, des dentistes il n'y en a plus ; hormis un qui va s'installer, pas d'autre installation prévue ». Pour le moment, les perspectives à court et moyen terme ne sont pas encourageantes quant à leur renouvellement sur ce territoire.

3.2.1.6 La prise en charge de l'étudiant

La médecine scolaire universitaire⁴ et l'infirmier répondent rapidement aux besoins exprimés par les étudiants. Il n'en demeure pas moins que s'il y a nécessité d'un recours à une PEC en ville, soit le délai d'attente est rédhibitoire face aux contraintes de l'emploi du temps de l'étudiant, soit la prise de rendez-vous est loin d'être immédiate. dans certaines situations avancer 25 € peut être difficile pour l'étudiant.

3.2.1.7 Pour résumer, un catalogue des doléances recueillies

En provenance, ou concernant les MG :

- des burn-out à envisager,
- pas assez de médecins,
- la difficulté de remplacement en cas d'une éventuelle indisponibilité (vacances, maladie,...),
- l'âge avancé dans la profession,
- les secteurs d'intervention étendus,
- l'absence de PDS ou de tour de garde,
- les visites dans le rural, c'est moins de monde à soigner dans des locaux pas adaptés et plus de kilométrages à faire.

En provenance, ou concernant, les autres professionnels de santé :

- pas assez de kinésithérapeutes,
- pas assez d'orthophonistes ;
- l'équipement en matériel médical des secours d'urgence (pompiers) à améliorer,
- une médecine scolaire à réactiver,
- un accompagnement ex-conseil général (le planning familial, « La PMI est présente sous la forme de permanence à Corte, par le biais d'une Infirmière. Il n'y a plus de médecin, en attente de recrutement. ») à réactiver d'urgence également.

Concernant la patientèle :

- l'isolement des PA,

⁴ Accompagné par une infirmerie universitaire et un service social, tous les deux présents sur le campus, le médecin universitaire propose un vrai premier recours aux étudiants de la faculté de Corté ; certains actes sont réalisables sur place, que ce soit en imagerie (radio du thorax), en sérologie (dépistage des MST) ou en endocrinologie (prise en charge du diabète). De plus, le médecin scolaire étant également urgentiste peut effectuer sur place si besoin une préparation des urgences. Il est le relai avec l'extérieur et peut orienter l'étudiant dans les différents services suivants : CLAT, Centre de vaccination et dispensaire, BAPU, clinique de San-Ornellu ou CHS de Castelluccio.

- l'éloignement du domicile et du cabinet de médecin, ou l'hébergement en maison de retraite, et l'âge élevé de nombreux patients systématisent le recours à la visite à domicile,
- la sécurité médicale dans le rural difficile à assurer.

3.2.2 Des modalités supplétives

Ou plutôt, les modalités d'actions qui en résultent pour faire face actuellement aux problèmes évoqués ci-dessus, et essentiellement, d'un point de vue organisationnel.

Un exemple, le MG sur le secteur du Niolu : « **je suis polyvalent**, j'ai tout ce dont j'ai besoin notamment en termes d'équipement ». Un véritable atout, voire une force sur un tel territoire isolé par bien des aspects. Va demeurer cependant la difficulté générale à trouver un remplaçant, plus particulièrement dans les zones montagneuses pour effectuer les déplacements dans les villages, pour les visites à domicile.

Les « visites à domicile sont justifiées par l'absence de mobilité, le grand âge des personnes âgées qui ne peuvent plus se déplacer « (« par absence de mobilité et pour celles aussi qui se trouvent en maison de retraite »). Ces consultations à domicile sont organisées la plupart du temps, en semaine les après-midis et « le samedi pour les personnes les plus éloignées et les cas difficiles ». On retrouve de façon récurrente l'argumentaire, la nécessité de recourir, l'intervention du MG à domicile ; ce qui en son absence, surtout pour cette patientèle-là, serait fortement préjudiciable, constituerait un obstacle d'accès aux soins et par conséquent, une réelle problématique sanitaire.

La consultation sur rendez-vous : « Les médecins qui reçoivent uniquement sur rendez-vous, c'est bien car ça désengorge ».

Les coopérations avec les autres professionnels de santé intervenant dans le premier recours : médecin, infirmier et kiné représentent un trio gagnant sur un territoire du rural au service de sa population si particulière.

Pour les MG, « coopération avec les infirmiers et vice-versa : « Nous infirmiers, essayons de leur faciliter la tâche. Ils nous font confiance ».

Heureusement pour la population, la présence de l'infirmier sur des micro-territoires dépourvus de MG et de ressources autres sur ce territoire.

« En tant qu'infirmier, on se débrouille. Les médecins, laboratoires peuvent être joignables mais de manière informelle, désorganisée ». C'est donc le système débrouille et relationnel qui vaut, prévaut pour assurer les soins.

Pour les kinés, une coopération non formalisée : « Face à la pénurie de kinés, nous sommes en relation avec les autres kinés pour que le patient soit PEC ». C'est ». Si nous ne pouvons pas prendre le patient, nous lui fournissons une liste de kinés et si besoin, nous appelons directement le kiné pour le patient. Il y a une bonne entente avec les autres kinés, au service du patient », dans son intérêt.

« Avec les infirmiers, nous sommes en relation fréquente ; c'est un travail de binôme. Si besoin, nous appelons l'infirmier avant même d'appeler le médecin car il est plus accessible ». C'est une coopération voulue et utile, voire nécessaire avec cet autre professionnel.

« Les MG aussi sont accessibles sur notre territoire. Les spécialistes le sont moins (Bastia, Ajaccio et le libéral et plutôt ceux de l'hospitalisation) ».

L'accueil médical non programmé doit aussi être vu comme un atout dans l'organisation des soins ainsi que l'HAD avec le lien ville-hôpital.

Le pharmacien, professionnel de santé sans appartenir précisément à la médecine de 1^{er} recours mais néanmoins apparaissant en 1^{ère} ligne de la chaîne de soins puisque participant largement à l'organisation des soins de 1^{er}

recours : « **Nous faisons beaucoup de 1^{er} tri, d'orientation** ». **Nous faisons comme si nous étions à la campagne. Nous voyons de plus en plus de patients** ».

« Les files d'attente chez le MG sont interminables, les gens se font dépanser par avance de traitement pour de la bobologie à la pharmacie », c'est le plan b.

« Les patients ont besoin d'explication car les médecins ne prennent plus le temps d'expliquer la posologie. Le suivi thérapeutique demande du temps et du personnel. Nous sommes pas mal en 1^{ère} ligne ».

3.3 L'avis des acteurs du premier recours sur l'accès à la suite du parcours de soins

Il est intrinsèquement lié et fait suite à celui de l'accès aux soins de 1^{er} recours et dépend inconditionnellement du premier.

Dans ce chapitre est rapportée la perception de l'acteur du premier recours en Centre Corse, sur les freins et les facilitations qu'il rencontre dans ces étapes suivantes de la poursuite du soin.

3.3.1 L'accès aux spécialistes

Le MG dans sa PEC doit pouvoir s'appuyer sur un ensemble de professionnels en cas de besoin. S'il ne peut le faire en temps et heure, les soins primaires qu'il aura prodigués ne seront pas aboutis.

Certains MGs se plaignent :

- d'un manque de retour de l'avis médical du spécialiste, voire même de la perte de vue du patient après la PEC spécialisée ;
- de difficultés de relations du patient avec le secrétariat du spécialiste impliquant un appel du MG en cas de prise de rdv, voire l'établissement de bons de transport par le MG lui-même !

Et, globalement, les plaintes recueillies auprès des MG tournent autour du fait que :

- il n'y a pas de spécialiste sur le territoire à part le cardiologue, le dermatologue, le phlébologue et l'ophtalmologue ,
- concernant ces quatre spécialités, leur représentant n'existe dans la zone qu'à l'unité, ce qui entraîne souvent l'existence de délais importants de rdv.

3.3.1.1 *Un florilège d'avis, parfois contradictoires !*

Que recherche l'acteur du premier recours ? La possibilité de recourir à une offre de PEC externalisée qui soit moins proche géographiquement mais la plus accessible par ailleurs et apparemment la plus satisfaisante, au regard de celle disponible parfois localement.

« **Globalement**, les transports médicalisés sont bien organisés ». Les médecins y ont recours lorsque nécessaire pour acheminer leur patient vers des structures de soins, centres d'examen (radiologie, échographie) comme Corte (l'hôpital), Ghisonaccia et Bastia (scanner, IRM), pour lesquels la proximité géographique est privilégiée mais également et surtout, la rapidité du délai d'obtention de rendez-vous.

A contrario : « Que votre patient soit dans le rural profond, en ville, voir réside à l'EHPAD, à chaque situation correspondent des PEC du transport différentes : trop compliqué et assez inégal ! »

« Pour assurer les orientations relevant d'un caractère d'urgence, « le SAMU, un transport sanitaire, un hélicoptère ». « Nous avons arrêté de transférer tout azimuth vers Bastia ». « En cas de besoin si offre non disponible, c'est-à-dire un spécialiste disponible non accessible, transfert vers Ajaccio, Nice, Marseille ».

L'absence de scanner et d'IRM au CH de Corté est pallié par un recours systématique à ceux de Bastia ou de Migliacciaru (Calvi pour le scanner), avec comme le relèvent certains MGs une rapidité de rendez-vous et de retour de la part de ce dernier. « Nous travaillons beaucoup avec les radiologues de la Plaine Orientale. Dans ce cas, nous recourons à des ambulances » ; petit souci évoqué, « un problème qui ne leur est pas propre : le patient est obligé de se déplacer deux fois, de revenir au centre, s'il a deux examens radiologiques à faire ».

« Examens biologistes à Corte et Ponte-Leccia ».

Lorsque nécessaire (caractère urgent ou semi-urgent) : « j'appelle les spécialistes pour prendre rendez-vous, sinon c'est le patient qui appelle ». Et vice versa, « les infirmiers libéraux m'appellent sur mon numéro professionnel ».

Lorsque facilitateur pour le patient dans l'accès à la suite du parcours : « c'est nous qui prenons les rendez-vous auprès des spécialistes et des hôpitaux ».

« Les spécialistes à Bastia, Corte ou la Balagne sur orientation ou libre choix du patient ».

De l'avis d'un MG, « selon la pathologie et les personnes, les patients sont orientés vers Corte ou Bastia mais Bastia représente un gain de temps ».

« Des spécialistes du continent qui viennent à Bastia ».

« Pédiatre et rhumatologue, c'est difficile car il n'y en a pas sur ce territoire ». Il y a un « gros problème d'accès à certaines pathologies (dermatologie, ORL, rhumatologie, gynécologie) ».

Lorsqu'on connaît et lorsqu'on ne connaît pas : « Pour la dialyse, nous avons le numéro direct. Nous appelons les spécialistes, directement si nécessaire ». « On recourt aux spécialistes de ville mais pas à ceux de l'hôpital de Corté, par méconnaissance ».

« Les patients sont demandeurs de rendez-vous rapides ». C'est ce qui conditionne et motive en premier lieu la demande et la réelle accessibilité aux soins.

« L'ANAPATH : à Bastia, Ajaccio ».

« Le SSR de Bastia pour la rééducation cardiaque sinon pas de prescription kiné (le MG s'en occupe) ».

3.3.1.2 L'accès aux spécialistes dans ce bassin

3.3.1.2.1 Des constats

« Les spécialistes qui viennent à l'hôpital et en ville assurent le suivi des grosses pathologies ».

Mais sont-ils suffisants en nombre, qualité et en temps de présence ?

« **Le problème ici, est que nous sommes dans le désert. Il y a très peu de médecins** ». C'est le problème fondamental, numéro 1, de la gestion des soins sur le territoire compte tenu de l'absence de médecin ; d'où cette interrogation de la part de l'un d'entre eux : « **quel avenir pour la médecine dans le rural ?** ».

« Pour aller voir les spécialistes, les patients sont remboursés alors que pour aller voir les médecins généralistes, non ».

Se pose la question de l'accessibilité, de l'aménagement du territoire, de la mobilité en fonction des axes de transport et des moyens de déplacement disponibles afin justement, de ne pas avoir à y renoncer.

3.3.1.2.2 La présence d'atouts pour Corte et son territoire.

Unaniment cet hôpital de proximité est reconnu comme très utile et nécessaire.

La seconde ligne est en cours de stabilisation en cours au CH :

- cela encourage la venue de spécialistes (comme le récemment installé cardiologue),
- moins de transfert systématique vers Bastia ;
- l'accès à un spécialiste au CH alors que cela est impossible au CH de Bastia passé 15 heures.

Ainsi les consultations externes de spécialistes du CH de Bastia, ou venant de la ville, représentent, en fonction du plateau technique disponible, l'accès :

- à un cardiologue, une fois par semaine, ou si urgence en fin de journée,
- à deux chirurgiens orthopédistes, une fois tous les 15 jours,
- à un urologue, une à deux fois par mois,
- à deux oncologues, spécialisés en Oncologie et en Onco-génétique,
- à un pneumologue, une fois tous les 15 jours,
- à une sage-femme,
- à une gynécologue,
- à un ophtalmologue,
- à un angiologue ;

Sont réalisables sur place également un bilan gériatrique et une consultation mémoire, et peuvent être explorés les troubles du sommeil.

Pour mémoire cependant, en radiologie, la situation est catastrophique : la présence d'un radiologue, seulement une fois tous les 15 jours, gêne surtout toute l'activité de médecine du CH.

Les orientations sanitaires sont assurées par SAMU, transport ambulance ou taxi, ou hélicoptère.

Si depuis un an l'accueil du patient est consolidé – par exemple, il y a tous les mardis, une réunion de service d'identification des patients - , on peut considérer que de fait le CH de Corté exerce une activité d'urgences :

- les urgences du CH sont un super sas car les urgences de Bastia sont souvent surbookées ! ,
- le CH doit clarifier ses choix : deux visions, médecine ou urgences.

Le fait que l'HAD soit rattachée au CH de Corté facilite son activité. Mais ce service semble peu connu ou utilisé par certains MGs de la zone. Le centre hospitalier de Corté-Tattone : un lien ville-hôpital.

« L'accueil médical non programmé doit aussi être vu comme un atout, dans l'organisation des soins ainsi que l'HAD avec le lien ville-hôpital ».

« L'hôpital de Corte, c'est la proximité ». « L'hôpital est absolument nécessaire ; à titre d'exemple, sans avoir la prétention de parvenir à tous les citer : « le cardiologue vient une fois/semaine à l'hôpital, en cas de besoin si urgence et à la fin de la journée. Les orthopédistes viennent aussi, deux chirurgiens tous les 15 jours, l'urologue une à deux fois/mois ».

Présents sur place dans le libéral, « l'ophtalmologue et l'angiologue viennent aussi s'ils peuvent en fonction du plateau technique disponible offert sinon, les patients vont au cabinet pour le matériel, le plateau technique disponible ».

« Un plus, c'est le cardiologue ». Le seul, dû à son installation récente. **« C'est une chance ! ».** Vécu comme un réel progrès, une grosse avancée en matière d'accès aux soins, une véritable opportunité pour ce territoire et sa population. Sa venue, installation, activité est saluée par tous (« il fait les explorations fonctionnelles, les échographies à l'hôpital. Il prend en cas d'urgence, répond au téléphone lorsque les médecins généralistes l'appellent »). De plus, s'il y a nécessité d'une prise en charge en urgence, tous ses patients ont leur dossier transmissible aux entrées du CH.

Son activité libérale est positive, son rayonnement pour le territoire est important.

Le niveau local est privilégié (du moins et surtout, par le micro-territoire de Corte) dans le recours aux spécialistes existants. « A Corte, la présence d'ophtalmologue, dermatologue, angiologue ; certes un seul pour chacune de ces spécialités mais néanmoins, existence pour ce territoire ». Autant dire, que la présence de ces

derniers est un atout pour le territoire et sa population : illustration avec un médecin nouvellement installé sur Ponte-Leccia : « je commence à travailler avec Corte ».

« **Nous avons quelques ostéopathes** : ce n'est pas le cas dans d'autres régions de l'île ! »

Une bonne répartition géographique des infirmiers.

Atout indéniable de cette offre de santé mutilée, d'autant que « l'infirmier joue le rôle de sentinelle, de surveillance ». Il est parfois là où les autres ne sont plus. Dans le Niolu on ne compte pas moins de 7 infirmiers libéraux (répartis en 2 cabinets de 3 et 4 personnels) ;

Le positionnement géographique de la microrégion du Niolu par rapport aux deux autres micro-territoires que sont Ponte-Leccia et Corte lui confère l'avantage de pouvoir recourir, tantôt aux ressources de l'un, tantôt aux ressources de l'autre. Par exemple, on peut y recourir à deux laboratoires installés sur deux micro-territoires distincts (l'un à Corte et l'autre à Ponte-Leccia), « selon avec qui travaille le cabinet d'infirmiers ».

Le Niolu, de plus, semble être bien doté pour la kiné : « 3 kinés qui montent chaque jour provenant d'un cabinet de kinés de Corte ».

Les services des laboratoires de biologie présents dans la zone sont unanimement appréciés, avec un seul bémol, le souhait d'une ouverture le samedi pour le privé comme c'est le cas pour le CH !

En termes de proximité et d'**épandage territorial** dans le recours aux soins, « **l'île-Rousse est un atout** ».

3.3.1.2.3 De fortes inquiétudes sur l'existant

Lorsque l'offre crée la demande, qu'elle est satisfaisante, nécessaire, elle devient vite insuffisante.

Si le cardiologue demeure très accessible « pour l'instant mais il y aura rapidement besoin d'un second professionnel car la liste d'attente commence à s'allonger (deux mois d'attente). » Le cardiologue est déjà surbooké (« 2 mois d'attente »). « Il en faudrait déjà un 2^{ème}, qu'il trouve un associé ».

Quand bien même l'ophtalmologue devrait partir bientôt à la retraite, elle aurait réussi à mettre en place un relais avec spécialiste qui sera à même de la remplacer en temps voulu : « Un ophtalmologue vient de temps en temps à Corte, en relais de l'ophtalmologue existant qui est le seul sur l'ensemble du Centre Corse et qui est très près de prendre sa retraite : sa disparition, c'est inquiétant ».

Le remplacement du phlébologue, proche de la retraite, posera un problème dans un futur proche.

« Un seul dermatologue qui a une activité réduite (travaille à mi-temps l'été, l'hiver 2/3) ».

« Un orthoptiste seulement à mi-temps ».

« Le BAPU est surbooké ».

« Les examens complémentaires sont peu poussés ».

3.3.1.2.3.1 L'absence de certaines spécialités jugées comme indispensables

Le jugement peut être sévère par les plus pessimistes de nos interlocuteurs : « il n'y a pas de spécialiste présent dans ce bassin car nous manquons de tout ».

« Psychologue et psychiatre ».

« **Il manque un psychiatre** en ville » depuis le départ à la retraite de son unique psychiatre à Corte, il y a une absence totale de psychiatre quel que soit l'endroit du territoire du Centre Corse.

Le besoin est redondant : « il existe l'ancien dispensaire soit le CMP adulte mais il manque un psychiatre ».

Pour un MG installé à Corte, « pas trop de relation avec le BAPU, les médecins psy du CMP, ce genre d'organisme. Plutôt recours à la clinique San Ornello ».

Pour un autre MG installé à Ponte-Leccia, même orientation ; destination San Ornello en tant que structure de référence pour ce type de soins quel que soit le territoire de la Haute-Corse.

Il manque un radiologue.

Il faudrait un pneumologue sur place !

Car il n'est présent au CH de Corté que tous les 15 jours.

L'endocrinologie pose également problème.

Comme un manque criant, tant du côté des MG que des médecins spécialistes. Les endocrinologues bastiais et calvais sont débordés : « un seul endocrinologue à Bastia avec des rendez-vous à 8 mois ». Son accès est difficile. « Je n'y arrive pas, avec un seul médecin endocrinologue ! ».

« L'endocrinologue est un problème car tout le monde a un problème de thyroïde : en comparaison avec la Roumanie, 1/10 patients, ici, dans le Niolu, ce sont 4/10 patients ».

« La PEC de diabétiques mériterait d'être étoffée. Pas d'endocrinologue au CH de Bastia ».

Autre spécialité difficile d'accès ;

« Seul deux orthophonistes. Résultat, c'est tendu pour avoir un rendez-vous » donc l'offre est insuffisante.

3.3.1.2.3.2 Et, même, au-delà du territoire, d'autres manques criants de professionnels

D'une manière générale, le manque de spécialiste pose problème sur l'ensemble de la Corse et inévitablement se répercute de manière accentuée sur le territoire du Centre Corse faiblement doté initialement en offre de soins et pas très attractif à l'installation de nouveaux professionnels de santé.

« Le problème fondamental, c'est le « problème d'installation de nouveaux, jeunes médecins et donc du renouvellement » y compris pour les spécialistes.

La contrainte pour le patient est de devoir aller ailleurs consulter les autres professionnels de santé sur Bastia ou Ajaccio ; là où bien souvent, le praticien a aussi ses connaissances, peut mobiliser son réseau relationnel de spécialistes. Face au besoin de PEC un type de pathologie, le réseau relationnel aide et peut prévaloir en l'absence de ressources formalisées existantes. Dès lors, le recours au réseau peut même supplanter n'importe quelle organisation locale de soin.

Il n'y a pas de pédiatre ni de gynécologue en Centre Corse. Certes les MG présents peuvent prendre en charge tout ou partie des besoins et « les gynécologues du CH BASTIA consultent au CH Corté de temps en temps mais ils sont âgés ! »

Les deux rhumatologues bastiais sont surchargés et il est souvent fait appel à leurs collègues ajacciens : « le gros manque, c'est le **rhumatologue** (4-5 à Bastia mais ils ne répondent pas) donc j'ai recours à Ajaccio ».

La neurologie pose le même problème.

L'ORL, plus que nécessaire au regard de la patientèle présente dans la zone, est très difficile d'accès : « **ORL**, très peu à Bastia en ville contre 7-8 à Ajaccio » ; « L'absence de spécialité sur la zone qui me gêne le plus, ORL car j'ai eu des refus de PEC ; ne prend pas de nouveau patient ».

3.3.1.2.3.3 Des besoins en matière d'équipement, de structure et de personnel

Même si cela a déjà été dit précédemment dans l'accès aux soins primaires, **le scanner à Corte est un besoin.** Il apparait comme une nécessité. Il est réclamé par tous les professionnels de santé : un scanner en télé-imagerie pourrait résoudre de nombreux problèmes d'imagerie, notamment en traumatologie.

Une IRM est aussi demandée pour raccourcir certains délais de prise en charge.

Les MG faisant beaucoup de visites dans le rural prônent la « **Nécessité de famille d'accueil** ».

Un constat est partagé par tous, et ce, quel que soit le lieu : « **la médecine scolaire** est plus que sinistrée ».

Un souhait est unanime de rétablir les activités qu'endossait la PMI sur le terrain. « La PMI est présente sous la forme de permanence à Corte, par le biais d'une infirmière. Il n'y a plus de médecin, en attente de recrutement. » Sur le territoire de Ponte-Leccia, par méconnaissance ou par inexistance totale : « pas de PMI à ma connaissance » donc aucune prévention possible dans ce domaine sur ce territoire.

3.3.1.2.4 D'autres difficultés dans l'accès à la suite du parcours de soins

Assurer le suivi des patients, que ce soit pour l'infirmier ou le MG, « **n'est pas évident** ». « C'est le suivi et la permanence des soins qui posent le plus de problème ». « Assurer le suivi, c'est un problème notamment par rapport aux visites à domicile dans le rural ».

« Problème avec le laboratoire de Corte qui est fermé le samedi alors que l'hôpital peut y avoir recours. Dommage que le laboratoire ne soit de garde que pour l'hôpital. C'est le laboratoire de la ville qui est celui de l'hôpital ».

Rôle du MG tel qu'il se perçoit par rapport à son positionnement au médecin spécialiste lors du parcours de soin : « méconnaissance du rôle du médecin de famille pour le retour, la prescription, surtout avec les endocrinologues ; cela génère une perte de temps ».

Autre problème non négligeable et déjà rencontré lors de l'accès aux soins primaires, « il faut adresser les patients alors qu'ils ne sont pas mobiles. Nous ne trouvons pas de moyen de transport ».

3.3.1.3 Les relations avec les médecins spécialistes et les autres professionnels de santé

La coordination se réalise de fait par habitude avec les forces présentes, elle est même innée si elle fonctionne. « Nous faisons déjà des équipes de soin privées non formalisées ».

Evidente pour certains, beaucoup moins pour d'autres, « la coordination des acteurs relève du parcours du combattant ». « Problème avec les spécialistes, en conflit car ils nous prennent pour leur secrétariat ». Exemple, « nous faisons les bons de transport ». Les relations avec les médecins spécialistes ne sont pas forcément toujours au beau fixe.

« Je partage les soirées de formation à Corte donc je connais les médecins généralistes et spécialistes tels que le cardiologue ».

Pour un spécialiste, « coordination avec les MG pour une non-urgence. Patient adressé par courrier, sinon nous appelons directement l'hôpital de Bastia ou d'Ajaccio ».

3.3.2 Un focus sur l'accès à l'hôpital

Sans vouloir être redondant, un focus est ici consacré à l'accès à l'hôpital qui tient sa place, tant dans l'accès aux soins primaires que dans la suite du parcours de soins.

3.3.2.1 A commencer, par celui de Corte :

- pour revenir sur son existence, son utilisation, son accessibilité et sa dotation en personnel et équipement.

Si certains MG s'en servent, même largement au point de coopérer avec lui (« **nous travaillons ensemble** avec l'hôpital de Corte. **Orientation des patients vers l'hôpital de Corte** en fonction de la pathologie, surtout les personnes âgées ». « Bonne coopération avec l'hôpital, surtout la traumatologie »), d'autres ne s'en servent que très peu (« je n'ai pas trop eu recours à l'hôpital de Corte pour le moment, hormis l'hôpital de jour »).

« L'accès à l'hôpital de Corte est facile ».

En comparaison d'avec l'hôpital de Bastia, « l'hôpital de Corte, ça va mais l'hôpital de Bastia, c'est difficile. C'est une perte de temps ». Les urgences à Corte sont un super sas car Bastia est très booké ». « L'hôpital local en collaboration. Pas de problème avec l'hôpital de Corte, l'accès est aisé (téléphone) contrairement à l'hôpital de Bastia.

Au niveau du territoire et en termes organisationnel, "l'urgence passe par l'hôpital de Corte ». **La PEC du patient doit être rapide compte tenu de sa moindre attente aux urgences.**

Le cheminement est clair : "les gens vont aux urgences de l'hôpital. L'hôpital envoie à la pharmacie de garde la nuit où les gens se servent ».

Intérêt également de l'hôpital de Corte, pour le recours aux spécialistes ; reste à en saisir le planning de consultations : « nous avons des consultations détachées à l'hôpital (orthopédiste, urologue, pneumologue), à raison d'une fois/semaine. Deux oncologues présents. Présence de sages-femmes ».

« Examens radio à Corte (les radiologues viennent 3 fois/semaine à l'hôpital de Corte) ».

« A la limite à Corte, on arrive à trouver un spécialiste disponible intervenant ; ce qui n'est pas le cas à l'hôpital de Bastia où passé 15h, ce n'est plus la peine pour la prise en charge d'une urgence ».

L'hôpital de Corte est en évolution : « l'hôpital de jour est en reconstruction. Consolidation de l'accueil médicalisé non programmé car nous sommes dans le 1^{er} recours ».

- en évoquant ses faiblesses. Apparemment, le problème majeur en ce moment à l'hôpital serait le retrait voire la faiblesse du fonctionnement du service échographie et radiologie (« ils viennent 1 jour/2. Du coup, l'interprétation c'est au bout de 2 jours voire plus ». « La radiologie, c'est catastrophique : un radiologue tous les 15 jours ». « Cela manque de radiologue ». « Le problème, c'est la radiologie. C'est compliqué (1 mois 1/2 d'attente à l'hôpital pour une échographie) ».

Ils sont très nombreux à dénoncer le problème (« c'est très compliqué d'avoir un rendez-vous pour une radiologie, compte tenu du délai de rendez-vous ». Ensuite, c'est l'ambulance que nous n'avons pas car en étant à Corte, les ambulances de Ponte-Leccia ne viennent pas ; ça représente un manque à gagner pour elles »). Pour finir, c'est l'imbrication de deux difficultés, facteurs entravant l'accès aux soins.

Pour solutionner ce problème, « nous essayons de faire venir un autre cabinet ». Il y a de toute façon, « un projet d'amélioration pour la radiologie » ; des perspectives d'amélioration sont engagées.

Même si localement, les ressources sont utilisées ; il n'en demeure pas moins que le site de Migliacciaru a aussi son intérêt dans l'offre de PEC du parcours.

Les urgences de Corte sont totalement décriées par certains qui n'y voient qu'un très faible intérêt d'utilisation (« mauvaises urgences de Corte qui ne servent que de relai vers les urgences de Bastia car envoi systématiquement vers Bastia ; autant envoyer le patient directement là-bas »).

3.3.2.2 En poursuivant, par celui de Bastia :

De l'avis d'un MG, « l'accès à l'hôpital de Bastia s'est amélioré, du moins son image ». Pour illustrer ses propos, il évoque la neurochirurgie (« nous prenons directement le rendez-vous par SMS »).

La situation semble malgré tout perdurer : « pour les patients, l'accès à l'hôpital est catastrophique en passant par le secrétariat ». L'avantage d'un MG est qu'il peut s'adresser à son réseau directement s'il en possède un. Dans le cas contraire, il peut y avoir « un Problème d'accès à l'hôpital, aux spécialistes pour entrer en contact. Ce qui signifie que c'est parfois difficile, de passer le stade du secrétariat ».

Dans le cadre du suivi de ses patients, certains MG n'hésitent pas à prendre des nouvelles de leurs patients hospitalisés et peuvent encore une fois se retrouver confrontés aux difficultés d'accès, de communication (« l'hôpital de Bastia, j'appelle pour avoir des nouvelles du patient, je passe toute la journée au téléphone »). Néanmoins, la qualité des urgences de Bastia n'est pas remise en cause.

3.3.2.3 Et en terminant, par celui de Calvi :

D'expérience, « le recours à Calvi à titre exceptionnel pour le Scan, sinon Bastia (retour lent) et le continent ».

L'hôpital de Calvi dans le panel de service de soins a été rarement cité par nos interviewés. Sans doute, le positionnement du territoire du Centre Corse qui le sépare de celui de Bastia avec son panel de soins explique-t-il cela.

Certains MG ont aussi de « très mauvaises relations avec l'hôpital de Calvi » mais il n'en demeure pas moins, que ce MG a « des correspondants directs dans les autres hôpitaux ».

3.3.2.4 Sans oublier les centres hospitaliers continentaux :

Les médecins interrogés n'ont pas énoncé de difficultés particulières à l'égard des hôpitaux continentaux. Est-ce quelque chose d'éloigné pour eux, potentiellement qui leur échappe ?

« Si besoin, recours aux hôpitaux continentaux. Là encore, en privilégiant la proximité (Marseille, Paris, Nice et Toulon) puis, la présence d'une famille, son existence ».

« Les hôpitaux continentaux pour le recours à des spécialistes ».

3.3.2.5 Une anecdote de transport vers l'hôpital

« Pour le déplacement à l'hôpital, nous avons les VSL, taxis et ambulances privées ». Même si globalement, le transport d'usager vers une structure de soins ne semble pas poser de problème, certaines contraintes peuvent avoir lieu et donner naissance à des difficultés.

Récit d'une anecdote, illustrant un cas de problème de transport pour la PEC d'un patient : « problème le dimanche, pour avoir un transport pour un patient devant être admis à l'hôpital d'Ajaccio où l'attendait l'urologue. Le SAMU régulateur voulait l'envoyer à Bastia alors qu'on ne l'attendait pas. En revanche, pas de problème avec les ambulances privées la semaine ».

3.3.3 L'urgence de la PEC

3.3.3.1 Un accès inégal aux urgences

Nous ne reviendrons pas sur l'atout de la présence de l'hôpital de Corte qui sur le territoire du Centre Corse peut répondre aux vraies urgences en ayant un véritable service dédié mais sur la façon dont tout un chacun, répond, gère les urgences qui se présentent à lui et de ce fait, comment l'urgence de la PEC s'organise-t-elle. Peut-être aussi étayer un peu plus, la problématique d'accès aux soins de 1^{er} recours si des éléments n'avaient pas encore été évoqués jusqu'à présent.

Auprès de la nouvelle génération de MG, « c'est le secrétariat, en-dehors des heures d'ouverture du cabinet » qui prend les demandes d'urgence de la part de ses patients et qui les gère. Qui plus est, sa vision de l'urgence, il l'a fait à domicile ou il la prend au cabinet. Il pense d'ailleurs l'intégrer à son organisation (« j'envisage de laisser des créneaux disponibles au cabinet »). Sinon c'est le SAMU, les urgences à Corte ».

Lorsque nécessaire, la prise en charge des urgences peut se faire en hélicoptère (cas rencontré dans le Niolu et ailleurs, bien entendu).

Autre cas de figure, un spécialiste relate que pour un scanner en cas d'urgence, il peut « appeler directement pour avoir le rendez-vous le plus rapide sinon, le patient se débrouille avec son courrier. Migliacciaru (pour lequel, les délais sont assez bons), l'hôpital de Bastia, Maynard. En cas d'urgence, le patient va avec son dossier voir les urgences (le médecin) ».

Il n'est pas aisé pour un MG de PEC les urgences, d'autant plus, lorsqu'il est seul sur son territoire d'exercice et dès lors, de l'intégrer dans son activité sans en abandonner sa patientèle (« c'est la prise en charge des urgences qui prend du temps car il faut attendre les secours, accompagner le patient »).

Il est clair que la formation d'urgentiste qu'on la plupart des MG aide. On retrouve là, l'atout de la formation au contact de la réalité de terrain.

Du côté des infirmiers, la PEC des urgences apparait somme toute classique : « la gestion des urgences passe par le 15. Heureusement, que les pompiers sont là. Pour les urgences, nous appelons le 15 (médecin régulateur) puis selon le caractère d'urgence, il nous dirige vers le médecin généraliste ou l'hélico avec l'envoi des pompiers ou les pompiers avec le VSL ou les pompiers avec ambulance privée, en fonction de la disponibilité et surtout du degré d'urgence ».

3.3.3.2 Des problèmes de PEC se rencontrent

Pour une structure d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, elle se retrouve confrontée à de réels problèmes de PEC de l'urgence à l'égard de ses résidents : « nous nous sentons discriminés, notamment à l'appel au SAMU par rapport à la PEC du patient âgé ».

C'est une représentation de la PEC du patient âgé et de l'organisation de son parcours de soins qui en découle. Par conséquent, interprétation quant à son choix et nature de fin de vie ».

Nulle part de PEC dentaire possible en urgence sur le territoire du Centre Corse (« Il y a 3 dentistes plus le cabinet dentaire, c'est compliqué, pas de garde »).

« Il n'y a pas de garde de médecins généralistes » non plus mais il y a au moins, l'hôpital de Corte qui peut jouer ce rôle. « L'hôpital de Corte, c'est le cabinet médical du week-end ».

Des interrogations surviennent : « Se pose la question du cout de tout ceci. C'est une folie de faire faire des gardes aux pharmacie alors les médecins, non. **Résultat, nous sommes en 1ère ligne** ».

C'est une « aberration, une ville universitaire sans scanner ».

Des besoins remontent : « Il manque un rhumatologue mais surtout, un pneumologue d'urgence ».

« La nuit, la PEC des urgences par hélicoptère est problématique ».

Pour les kinés, la seule urgence qu'ils aient, c'est celle de « la PEC d'une personne en retour d'hospitalisation » et elle n'est pas sans leur présenter des difficultés : « de fait, il est recommandé pour le patient de prévenir le kiné en amont (avant son hospitalisation) afin de s'assurer une PEC kiné. La traumatologie et l'opération chirurgicale, c'est ce qui nous pose le plus souci en termes de PEC pour arriver à dégager un créneau car cela demande du temps sur la durée (en nombre de séances) ».

Certains MG relèvent :

- un problème de secrétariat, il est difficile de passer le standard d'interprétation ! ;
- les urgences du CH de Bastia sont surbookées ;
- il faudrait améliorer le retour à domicile (ordonnance de soins ...) ;
- concernant plus particulièrement le CH de Corté,
 - o si on ne peut que se féliciter de la la présence d'un médecin, le service dispose de peu de matériel ;
 - o la PEC est plus évidente pour les patients du service HAD que pour ceux venant de l'extérieur ;
 - o le service du CH de Corté manque de personnel ; il n'y a personne la nuit et pas de médecin de garde .

3.3.3.3 Le recours à l'HAD pour une PEC en urgence

Un MG « recourt à l'HAD si nécessaire ».

Celle de Corte est récente (« 2-3 ans d'existence ») et rencontrent des difficultés : « elle a un « problème de connaissance, notamment auprès des médecins. Nous essayons d'avoir plus d'équipement. « Nous rencontrons des réticences de la part des infirmiers (sentiment de concurrence alors que les actes infirmiers en HAD sont très bien rémunérés) ».

Son territoire d'intervention est « Corte, Ile-Rousse, Aléria (pas assez connu) ».

Les médecins cortenais semblent dans leur majorité, bien connaître l'HAD et ne pas rencontrer de difficultés particulières. Peut-être le lien ville-hôpital prévaut-il (« aucun problème avec l'HAD car il est rattaché à l'hôpital ») ?

Pour les professionnels de santé des autres secteurs (Ponte-Leccia, le Niolu) en-dehors de celui de Corte, cela semble moins évident (« pas connaissance de l'HAD, ici »). De toute façon c'est « L'HAD qui me contacte et non pas l'inverse ».

« L'HAD, intérêt de la présence d'un Médecin prescripteur mais un peu dépourvu en matériel à Corte. Problème d'une manière générale, manque de personnel. L'HAD de Corte la nuit, il n'y a personne : pas de médecin de garde la nuit. Ce sont les infirmiers qui se déplacent et sont joignables. Le fonctionnement est un peu flou, méconnaissance de leur limite d'intervention. L'HAD manque de clarté soit l'HAD de Corte et celle de Corse ». « Nous avons 2-3 personnes en hospitalisation à domicile mais pas en HAD. Ce sont les infirmiers qui les suivent mais c'est difficile ».

« Sur certains secteurs, la PEC de patients à domicile relevant de cas lourds, nécessitant des soins complexes, spécifiques reste difficile » et pourtant il n'y pas de recours à l'HAD : pourquoi ?

D'existence récente, souffrant d'une méconnaissance quant à son existence, d'un équipement demandant à être renforcé, et rencontrant des difficultés dans son fonctionnement, « l'HAD du Centre-Corse n'est pas d'un usage favorisé ». « Il conviendrait d'étoffer cette HAD de manière qu'elle fonctionne normalement. »

3.4 Un focus sur des prises en charge spécifiques

Comment s'organisent les prises en charge au regard des pathologies et des différents publics, dans le 1^{er} recours ? S'inscrivent-elles dans la continuité des soins, lors de la suite du parcours ? Rencontrent-elles des difficultés ? Quant est-il du suivi des patients ? Peut-il exister des situations de rupture de soins ?

3.4.1 Les patients atteints d'une maladie chronique

D'une façon générale, la PEC d'une maladie chronique souffre de l'absence d'un scanner au CH de Corté, ce qui génère trop de déplacements hors zone.

Cette PEC va concerner :

- le cancer,
- la polyopathie de la personne âgée,
- la psychiatrie, problèmes liés à l'isolement, dépression, schizophrénie, souffrance psychique, burn out, autisme, addictions,
- le cardio-vasculaire, cardiopathies, maladies coronariennes, hypertension artérielle,
- le diabète,
- les pneumopathies, bronchopneumopathie chronique obstructive (**BPCO**), l'emphysème, ..., l'asthme et l'apnée de l'enfant,
- la traumatologie, les lombalgies
- la PEC du handicap et le maintien à l'autonomie,
- d'autres pathologies comme allergies, SEP, rétinopathie, méningite, amygdalite,
- la pathologie thyroïdienne, spécifiquement dans le NIOLU !

« En dehors de Corté, elles font plus appel à la prise en charge en urgence car l'éloignement géographique du CH est un frein pour les examens. »

3.4.1.1 *La PEC des patients diabétiques*

D'une manière générale et selon le type de diabète, les MG PEC, tout au moins dans un 1^{er} temps, allant même jusqu'à en assurer une bonne partie de la PEC comme le suivi : « j'envoie les patients diabétiques qui ne présentent que des problèmes. Sinon, je ne me débrouille pas trop mal ». « Je gère tout seul les patients diabétiques. Si besoin, j'appelle un spécialiste. Avec les infirmiers, ça se passe bien ».

Ils s'organisent face à la pénurie voire l'absence d'endocrinologue, sa difficile accessibilité. Idem, pour les infirmiers libéraux : « les infirmiers libéraux sont sans médecin depuis longtemps et ont pris l'habitude de gérer ». Les infirmiers participent largement à ce type de PEC (« les infirmières dans l'établissement assurent ») en assurant le suivi (« nous avons besoin de l'endocrinologue pour la pose du protocole »).

Ils gèrent au top, deux fois par jour, le suivi des patients, quand bien même aucun ETP n'est mis en place dans la zone. Corollaire, tous relèvent de nombreux problèmes d'inobservance.

Les infirmières de l'EHPAD gèrent également le suivi de ses résidents.

Au contact des patients, ils s'aperçoivent que la PEC du diabète est catastrophique »).

Certains médecins dénoncent l'absence d'ETP.

En dehors des cas des compliqués, les MGs consultés semblent gérer cette PEC : l'accès à l'ophtalmologue et au cardiologue (sur place) ne leur pose pas de problème particulier.

En revanche, il n'y a pas de neurologue sur place et tous regrettent les délais de rdv avec l'endocrinologue le plus proche (Ile-Rousse) ou le néphrologue (Ghisonaccia).

Le principal problème rencontré dans l'accès à l'endocrinologue est celui du délai de rendez-vous car ils sont débordés (« rendez-vous à 6 mois »). « Les trois endocrinologues sont full-up d'où méga file d'attente ».

Une fois le neurologue consulté, le suivi de la PEC est alors jugé correct. Néanmoins, des problèmes d'inobservance sont observés chez certains patients

Il n'en demeure pas moins, que l'endocrinologue est indispensable, chaque acteur remplissant son rôle.

3.4.1.2 La PEC des patients atteints de cancer

La prégnance voire l'augmentation du nombre de cancer est observée par tous (« beaucoup de cancer »). D'une façon générale, le MG gère puis oriente vers le circuit spécialisé adéquat ; témoignage d'un MG, « PEC directement dans un 1er temps, puis j'oriente. Engagement de la chimio, d'abord sur le continent puis Bastia et enfin, ici l'hôpital ».

La suite se passe en général bien. La chimiothérapie possible à Corté, après avoir été engagée sur le continent puis à Bastia. Le circuit de PEC du cancer du sein remarquable. C'est une évolution positive en termes d'offre de PEC sur ce territoire, évitant ainsi à des personnes de devoir parcourir des km pour pouvoir accéder aux soins.

Il arrive cependant qu'il y ait un déficit d'annonce et d'information du patient et que le MG soit alors obligé de rattraper ; de plus, le MG a lui-même des difficultés à suivre son patient faute de retour, voire le perd complètement de vue.

Les personnes âgées sont souvent livrées à elles-mêmes, surtout dans le rural. Au près de la population âgée, « souvent il n'y a pas de pose du diagnostic c'est-à-dire l'annonce de la maladie. Les gens ne savent pas quoi faire, ils sont livrés à eux-mêmes. Le MG fait alors ce qu'il peut. Pour les personnes âgées, nous devons nous battre pour qu'elles soient PEC (la prescription n'est pas respectée) ». De plus, « En étant dans le rural, le patient est livré à lui-même

La PEC est déficiente au niveau des soins palliatifs.

On peut regretter l'absence de « dépiage à Corte, dans le Niolu ».

L'offre de PEC concernant le cancer semble insuffisante et pas toujours appropriée. Dès lors, être âgé et vivre dans le rural peuvent-ils constituer des handicaps supplémentaires à une PEC appropriée et qualitative. Heureusement, le MG est présent.

3.4.2 Les patients atteints d'une pathologie mentale

Dont le poids n'est pas négligeable, au niveau de la patientèle touchée : « pas mal de psychiatrie chez mes patients. Le relais ambulatoire, c'est San Ornello ou Castelluccio. La principale difficulté, c'est faire accepter au patient. Le CMP, j'en ai connaissance par le biais de mes parents qui sont déjà dans le circuit ».

Pour l'un d'entre eux, ce qui paraît somme toute classique, voilà comment s'organise la PEC : « les soins de base sont PEC. Ceux relevant de l'aigu, orientation vers Bastia dans le cadre de l'hospitalisation ». Localement, « Nicole Graziani qui vient au CMP PEC les malades les plus aigus ».

Les ressources hospitalières sont également bien identifiées, du côté des infirmiers libéraux : « pour la santé mentale, c'est la clinique San Ornello. L'hôpital de Bastia, pas beaucoup. Les médecins généralistes, oui. Le CMP avec l'infirmière, c'est une bonne chose pour la prise du traitement. Le principal interlocuteur, c'est le médecin généraliste pour un patient déjà connu sinon c'est le 15 ».

Chaque acteur de santé s'organise selon son circuit et les ressources qu'il peut mobiliser. Par conséquent, chacun se satisfait de l'offre de soins expérimentée.

A l'exception du CMP installé à Corte, il est clair que « localement il n'y a rien ». Sur tout le territoire du Centre Corse, La PEC de la santé mentale est inexistante ».

Un MG observe « l'absence de suivi pour ces personnes au profil particulier. L'absence du Dr Schiff pose un problème. Les patients vont à Bastia.

La psychiatrie est une réelle urgence, nécessitant un renforcement de son offre. Cette situation pose la question de la hiérarchisation des besoins sanitaires à couvrir. Si la PEC en santé mentale est réalisée à la clinique de San Ornello, l'abandon du traitement est très difficile à gérer, malgré les relais en ambulatoire en psychiatrie du CHS de Castelluccio ou à San Ornello, et le soutien du CMP local.

3.4.3 Les patients âgés (65 ans ou plus)

Les personnes âgées représentent plus de la moitié de la patientèle : ce sont des « retraités âgés, avec la présence de 3 veuves pour 1 veuf ». Un des paragraphes précédents relève la précarité et l'isolement de la personne âgée dans cette zone du Centre Corse, son « habitat insalubre, ... et inadapté à son âge ».

Une problématique que l'on a déjà citée et qui est caractéristique des freins rencontrés par la population âgée lors de son parcours d'accès aux soins : « la question des transports pour les plus âgés posent problème ».

« Les infirmiers font deux passages/jour pour les diabétiques et les personnes âgées pour du nursing, de la surveillance, les soins, etc. Si elles ne sont pas là, elles ne sont plus là ».

Les infirmiers libéraux sont la véritable force présente, un atout indéniable, le compagnon de route dans les divers types de PEC (diabète, cancer, etc.) et profils de patients (personne âgée, etc.).

Une consultation mémoire est réalisée à l'hôpital de Corte et Tattone par un psychologue, ce qui est un atout voire est indispensable pour un territoire fortement âgé comme celui du Centre Corse.

3.4.4 Les jeunes patients

De moins de 16 ans : les enfants représentent entre 14% et 33% de la patientèle des MGs qui ont « osé nous fournir à la louche » ce type de pourcentage qu'ils ne relèvent pas. L'enfant consulte accompagné par un parent proche, en général le mercredi après-midi, ou sur rendez-vous.

Immanquablement, sur un **territoire marqué par l'absence de pédiatre**, les MG sont confrontés voire contraints de PEC de jeunes et de très jeunes enfants tels que des nourrissons (« La PEC pédiatrique, je la fais, pas trop le choix. Ici, c'est impossible autrement. On fait avec nos moyens »).

Les MGs consultés considèrent que la présence d'un pédiatre sur zone n'est pas nécessaire car ils savent gérer le suivi normal (vaccinations, croissance, ...), les cas compliqués pouvant être suivis à Bastia. Le contact n'est pas forcément aisé pour tous (« rares bébés que je n'apprécie pas de soigner »), ce qui ne rend pas forcément enclins à exercer la pédiatrie. Compte tenu de la situation démographique de leur microrégion, ils ne voient nullement l'intérêt de développer l'offre pédiatrique (« très peu de jeunes patients. Un pédiatre ne servirait à rien sur Ponte-Leccia. Les gens vont à Bastia »).

Sur ce territoire dépourvu de pédiatre, c'est le MG qui assure cette fonction première ; reste à savoir si la nouvelle génération de MG dispose de la formation requise. En tous cas, « système débrouille en vigueur » face à l'absence de possibilité de PEC spécifique.

La situation ne fait pas consensus : il y a des besoins déclarés de PEC face à cette absence de pédiatre en Centre Corse d'autant que, et c'est un regret unanime, il y a dans cette zone un abandon de l'activité de veille (obésité, statut staturo-pondéral, vue, ouïe, autisme et troubles dys...) et de prévention de la médecine scolaire et de la PMI (« La PMI et un pédiatre seraient un atout ». « La médecine scolaire, même pas on en parle car personne de fixe »).

On peut s'interroger sur l'opportunité du développement de l'offre pédiatrique, au regard de l'ensemble du territoire du Centre Corse. Il en est de même pour tous les autres soins, surtout si la population est amenée à se déplacer pour y accéder.

De 16 ans à 25 ans : Avec la même prudence statistique qu'au précédent paragraphe, la fourchette de 20 à 25 % est retenue pour la patientèle de cette tranche d'âge. Elle est majorée à la rentrée scolaire, puis à la rentrée universitaire avec les demandes de certificats d'aptitude au sport. Outre ces étudiants, cette tranche d'âge de la clientèle est composée « de jeunes qui travaillent dans la région, des agents des collectivités ou des agriculteurs ». On ne trouve parmi elle « que de peu de chômeurs : certainement un renoncement au soin ? ». Ainsi, même si la jeunesse n'est pas un groupe de population prédominant sur l'ensemble de ce territoire (forcément, plus importante aux yeux de la patientèle cortenaise), il convient tout de même de s'y intéresser pour savoir ce qui fait sens en matière de problématique sanitaire sans en révéler les problématiques d'accès aux soins pouvant être communes, à celle d'autres groupes de population : « La sexualité (MST, etc.), hépatite e, cancer de l'utérus, scoliose, troubles psychiatriques, etc., ».

La santé de l'étudiant est accompagnée par la médecine universitaire dans de nombreux domaines :

- le domaine sanitaire avec la sexualité et les MST, le dépistage de problèmes cardiaques ou respiratoires, les hépatites, le cancer de l'utérus, la scoliose, le suivi médical de l'activité sportive, la contraception et l'IVG, le calendrier vaccinal et les vaccinations, voir même la délivrance de substitut nicotinique,
- le domaine psychique avec les troubles psychiatriques, le repérage de tension d'anxiété, la souffrance psychique, les addictions,
- l'accompagnement sur place de la scolarisation à domicile, des tiers temps pédagogiques.

3.5 Un focus sur l'impact de la précarité lors de l'accès aux soins

Le constat d'un renoncement pour raison financière est effectif : le patient néglige de se soigner avec l'excuse du délai de l'attente, mais derrière c'est un problème financier ! Le repérage de cette précarité financière va concerner davantage des jeunes venant du continent ou des personnes âgées à l'habitat inadapté.

Face à cette situation, l'acceptation du tiers payant semble être la généralité ; son utilisation protège relativement les patients vivant à domicile. Cependant, tous nos interlocuteurs s'étonnent cependant de la faible part de bénéficiaires de la CMU.

En revanche, la complexité de l'outil informatique pour le remboursement du MG est relevée plus d'une fois ; un MG allant jusqu'à souhaiter un tutoriel en traitement administratif !

Deux populations doivent être considérées différemment.

1. Si la structure EHPAD prend en charge, médicalement parlant, ses résidents, on ne peut pas éluder une certaine précarité de cette population. D'une part, « résider à l'EHPAD peut être considéré comme une incarcération à domicile ; et de cette situation, peut découler une précarité de la vie sociale ». D'autre part, on ne peut que constater que plus de la moitié de ses résidents reçoivent l'ASH.
2. Le repérage de la précarité à la faculté de Corte nécessite de la part des services sociaux et de la médecine universitaire un accompagnement journalier. Elle peut résulter de la présence d'un handicap physique, et la médecine et l'infirmierie universitaire prennent le relais. Ce handicap peut être psychique, et il est fait appel aux services du BAPU. La précarité financière nécessite un repérage plus fin et s'accompagne par des actions sur, et autour, du campus du type épicerie sociale et associative, atelier culinaire, recherche de la gratuité des soins, création d'emploi-étudiant.

Comment se matérialise la précarité ? « La précarité est financière et la précarité dans l'organisation de la vie quotidienne (l'habitat, les conditions de vie). Parfois, les personnes âgées sont isolées en raison de l'absence ou de la faible présence de leur famille. Je suis surpris qu'il y ait autant de personnes âgées vivant avec pas grand-chose ».

Ces deux phénomènes que sont la précarité et l'isolement sont étroitement liés.

Quel impact sur l'accès aux soins ? Directement, on peut penser qu'il n'y en ait pas puisque les personnes précaires sont censées bénéficier d'une couverture sociale type CMU. De l'avis d'un médecin « le recours au tiers payant est une bonne chose car il n'y a pas d'acte gratuit ». Par conséquent, l'obstacle financier d'accès aux soins devrait être levé. Peut-être là encore, des subtilités existent-elles dans l'accès aux soins ; c'est ce que nous verrons par la suite.

3.5.1 La patientèle en situation de précarité

Qu'en est-il du phénomène social de la précarité ? Est-ce qu'il touche aussi la Corse et ses différents territoires ?

L'un des MG exerçant à Corte, nous déclarait assister à une « augmentation de la précarité depuis son installation composée de personnes assez jeune (40-50 ans) ».

La précarité est plutôt à domicile ; non pas qu'elle soit absente ailleurs mais elle est surtout **perceptible au domicile du patient**, soit dans son lieu de vie, son intimité, ce qui reflète son quotidien **C'est là qu'elle s'exprime**.

« Au cabinet, c'est difficile à évaluer ». « Au regard des visites à domicile car des gens âgés, à la retraite qui peuvent vivre difficilement ».

La première forme de précarité qui est décrite est celle appréhendable au travers du foyer, du quotidien du patient.

Sur le secteur de Ponte-Leccia, il semblerait qu'il y ait pas mal de précaires : « nombreuses, surtout des personnes venant du continent. Les personnes du continent avec pas mal de problèmes de santé et surtout socialement démunies. Elles ne sont pas forcément en mauvaise santé mais de nombreux bons de transport à effectuer, ce qui représente beaucoup de paperasse administrative. Ces patients connaissent le circuit de soin pour les structures telles CMP, CLIC, etc., . Elles sont bénéficiaires de la CMU ».

Sur ce territoire rural, **la précarité semble surtout toucher les personnes âgées** (faible revenu, pensions ... « La précarité surtout au regard des EHPAD ») mais elle n'épargne personne (« plein de personnes dans des conditions difficiles, sans rapport avec les soins puisque couverts spécialement »).

Un constat, une situation au niveau de l'EHPAD : « plus de la moitié de nos journées sont des personnes bénéficiant de l'aide sociale à l'hébergement (ce qui signifie qu'elles ont le minimum vieillesse) et 80% de notre recrutement, c'est le Centre Corse. Heureusement, qu'elles bénéficient de l'aide sociale à l'hébergement. Un certain nombre essaye d'échapper à cela (la récupération sur succession), en faisant valoir leur économie et lorsque des enfants sont présents, financent ».

Cela atteste une fois de plus d'un contexte socio-économique défavorable.

La précarité se rencontre partout finalement, tout dépend du tissu socio-économique du micro-territoire. **La précarité est difficilement mesurable. En effet, difficile d'évaluer quantitativement, la part réelle de précaires à l'aide d'indicateurs fiables, représentant le plus fidèlement la réalité de ce territoire. Cependant, nous pouvons affirmer que la situation économique et sociale de ces micro-territoires ruraux qui composent le territoire du Centre Corse ne sont guère favorables et enviables.**

3.5.2 Comment se matérialise la précarité ?

« La précarité est présente, parfois cachée ».

« Les conditions de vie ne sont pas optimales, habitat humide, nuisible, problèmes d'allergie ».

« La précarité est financière et la précarité dans l'organisation de la vie quotidienne (l'habitat, les conditions de vie) ».

« L'habitat n'est pas adapté pour les personnes âgées ». « Parfois, les personnes âgées sont isolées en raison de l'absence ou de la faible présence de leur famille. Je suis surpris qu'il y ait autant de personnes âgées vivant avec pas grand-chose ».

Tout cela témoigne d'une certaine forme de précarité. Ces deux phénomènes que sont la précarité et l'isolement sont étroitement liés.

On ne peut les nommer précisément, mais existent certaines formes de précarité qui ne touchent pas, qui semblent ne pas entraver directement l'accès aux soins, car la prise en charge sociale existe et est utilisée, mais qui impactent les conditions d'existence et l'organisation au quotidien de certains résidents du Centre Corse.

3.5.3 Un lien de causalité entre précarité et accès aux soins

Il y a des « patients dans la précarité quel que soit l'âge ». Partant de ce constat, certains professionnels de santé comme une infirmière libérale estime que c'est un « handicap en termes d'accès aux soins ». D'autres, comme un MG considère carrément que « la précarité n'est pas un facteur de renoncement aux soins. Les patients précaires sont PEC par le tiers-payant. Néanmoins, l'Assurance maladie devrait mettre à disposition un tutoriel administratif pour permettre le traitement administratif parfois incompréhensible ».

Directement, on peut penser qu'il n'y en ait pas puisque les personnes précaires sont censées bénéficier d'une couverture sociale type CMU. De l'avis d'un médecin « le recours au tiers payant est une bonne chose car il n'y a pas d'acte gratuit ». Par conséquent, l'obstacle financier d'accès aux soins devrait être levé.

Peut-être là encore, des subtilités existent elles dans l'accès aux soins ; c'est ce que nous verrons par la suite.

3.5.4 Les problèmes de PEC rencontrés

Pour le kiné interrogé : « face à la précarité de ces personnes âgées, il y a de la pénibilité des actes kinés comme des logements exigus, mal chauffés, etc. ; cela demande aussi plus de temps ».

La précarité s'exprimant dans les conditions de vie, elle génère forcément des contraintes et des PEC plus particulières que pour des patients dits classiques.

3.5.5 L'existence de situations de rupture de soins

« Le renoncement aux soins l'est pour des raisons financières. On rencontre plus de négligence de la personne. Evocation d'une excuse de la part de la personne devant de l'attente pour accéder aux soins ».

3.5.6 Des alternatives de PEC de patients en situation de précarité

« A Petrosu et Antisanti, des portages de repas s'organisent, plus l'épicerie mobile, plus les personnes âgées bénéficient de l'accompagnement par la famille ».

Illustration d'une réponse publique, privée, individuelle, solidarité familiale et collective pour faire face à la problématique de l'isolement intrinsèquement liée à celle de la précarité.

« J'utilise le tiers-payant ».

La précarité dans ce cas, telle qu'elle nous a été démontré, c'est-à-dire sous l'angle financier (solution avancée de l'utilisation du tiers payant pour l'éviter et y faire face, sans avoir besoin de faire d'avance de frais) n'apparaît pas comme un frein, un obstacle lors du parcours d'accès aux soins mais pour autant, est-ce uniquement cet aspect-là qu'il faut retenir ?

3.6 Des outils qui pourraient être utiles !

3.6.1 L'ETP

Pour la totalité des personnes interrogées, l'ETP n'est possible qu'au sein d'une maison de santé et il n'y a rien dans la zone.

Ce constat est partagé sur le secteur de Ponte-Leccia mais pouvant certainement s'étendre à d'autres micro-territoires, « l'ETP, la formation serait possible dans une Maison de santé (comme pour la PEC des patients diabétiques) » mais impossible actuellement car inexistante. « Nécessité d'un relais, d'une structure, autour, pour l'ETP en termes de soins, de prévention. En termes d'éducation du patient (alcool, tabac, alimentation), il n'y a rien ». Ce thème va se retrouver dans les propositions.

3.6.2 L'exercice coordonné

En fait, rien d'organisé n'existe dans la zone, si ce n'est quelques réseaux informels de professionnels ayant l'habitude de travailler ensemble. Pour un MG, « existence coordonnée de la médecine de manière permanente avec les infirmiers ». Ce médecin-là juge que les infirmiers libéraux ne sont pas trop nombreux sur Venaco et ils bossent ».

En plus de cela, « les infirmiers dans les villages permettent le passage 2 fois par jour au domicile du patient alors que dans l'ETP, cela n'existe pas ».

« En matière d'exercice coordonné, le plus gros manque ce sont les spécialités les plus pointues ».

3.6.3 Les nouvelles technologies (e-santé, télémédecine)

La télémédecine : avec la 3G, il ne faut même pas l'évoquer !

D'une part les praticiens sur la zone ne sont pas de la génération geek, mais, en plus, la fibre, et encore moins la 4G sont peu présentes dans leur environnement de travail : difficile alors de considérer une nouvelle solution quand son outil de promotion ne peut pas fonctionner !

« J'ai arrêté l'expérience de télé- imagerie car l'image cryptée était vraiment de trop mauvaise résolution : qualité de la 4G très fluctuante sur Corté ! »

« Je ne vois pas son intérêt, peut-être en lien avec le spécialiste pour la dermatologie ? Mais je préfère avoir le patient sous la main ! »

« Tant qu'il n'y aura pas la fibre dans la zone, totalement gadget ! Dommage pour la dermatologie ! »

« Mise à part la télé-cardiologie pour les patients sous pace-maker, je préfère avoir le patient sous les mains. »

« Dommage que la zone n'ait pas accès à la fibre, cela permettrait de construire un projet numérique en santé ; par exemple, via RENATER, la téléconsultation en urgence. »

Ainsi, avis unanime pour le moment : **aucun médecin ne voit l'intérêt de recourir à la télé-médecine**, de ses effets escomptés, hormis pour la dermatologie ; surtout face à la présence actuellement, d'handicaps pour pouvoir accéder aux nouvelles technologies déjà existantes. Par conséquent, ils y sont totalement étrangers, surtout dans des zones sinistrées comme le Niolu (« Internet, c'est lent. Nous avons besoin d'Internet par la fibre »). « La télémédecine, certainement dans l'avenir mais aucun usage à l'heure actuelle ».

Voici, des problèmes réels en termes de communication et de nouvelles technologies qui attestent aussi d'inégalités territoriales dans ce domaine alors évoquer le recours à la télé- médecine, c'est comme être à des années lumières.

3.6.4 La prévention

Concernant ce domaine, il a été rare d'avoir un avis positif de la part des professionnels rencontrés durant cette étude ; ils nous ont, dans leur grande majorité, confié accompagner leur patientèle au coup par coup et, tous, regretté l'absence de relais au plan local des structures et des grandes campagnes de dépistage, ainsi que la disparition des services de prévention de l'ancien conseil département.

Seules exceptions :

- la médecine universitaire, où les étudiants sont conseillés dans la prise en charge du diabète, la prévention et les soins des MST, la nutrition et la diététique, le domaine de la pratique sportive, enfin, la vaccination ;
- les infirmiers libéraux, qui accompagnent les personnes âgées essentiellement dans les domaines des chutes, de la canicule, de la vaccination et de la transmission des virus

La réussite du recours à la vaccination auprès de leur patientèle ne fait pas l'unanimité : « la « vaccination des retraités est un problème ». A contrario, du fait de sa proximité géographique et de fait relationnel, ce MG atteste et affiche sa réussite dans ce domaine auprès de sa patientèle : « vaccination antigrippe de tout le canton, vaccination de la petite enfance, dépistage du cancer du colons ». Il se sert de ce qui est à sa portée et directement disponible en pharmacie, avec qui il travaille conjointement. C'est de la prévention de proximité.

4 En conclusion, des préconisations et des perspectives

Nous avons demandé à nos interlocuteurs en fin d'interview s'ils avaient des remarques particulières concernant l'entretien qu'ils venaient de nous accorder, et s'ils avaient des préconisations concernant l'amélioration de l'accès aux soins primaires dans leur zone.

Des propositions de perspective, de développement, la formulation de propositions pour faire face, résoudre, tenter de solutionner la problématique d'accès aux soins primaires sur le territoire du Centre Corse.

4.1 L'évolution du dispositif hospitalier

Les éléments de langage les plus souvent rencontrés concernent les besoins :

- d'un scanner,
- d'un accueil médicalisé,
- d'un accueil régulé,
- d'un développement de l'hospitalisation en ambulatoire,
- d'une réorganisation du CH, notamment géographique de ses différents sites,
- d'une maison de santé au sein de l'hôpital (besoin cependant non unanimement ressenti par l'ensemble des MGs),
- d'un renforcement de la seconde ligne avec plus de présence de médecins spécialistes, plus de consultations avancées,
- communiquer autour de l'offre de soins disponible.

L'idée la plus originale proposée par un de nos interlocuteurs est d'organiser une soirée de gala afin de mobiliser toutes les forces vives du Centre-Corse autour de la consolidation et la pérennisation du rôle de colonne vertébrale de l'offre de soins joué par le CH dans cette zone.

Une nouvelle organisation « Ce n'est pas la vocation du CH de faire du passage pour fonctionner ! » ; « Pourquoi ne pas imaginer la création d'un CHU en Corse en gouvernance partagée Ajaccio-Bastia, en conventionnement au départ avec d'autres CHU ? » ; « Notre CH est obsolète et rafistolé : il faudrait ramener Tattone sur Corté (MAS et FEM sur le site actuel du CH) et déplacer le CH à SANTOS-MANFREDI. »

Dispositif qui a le vent en poupe, la maison médicale au sein de l'hôpital, des urgences ;

« Installer une maison de santé au sein de l'hôpital, un accueil médicalisé, un accueil régulé au sein de l'hôpital » ; notamment, en vue de « décharger hôpital » ; « Une maison médicale avec une équipe dédiée qui fonctionne dans les règles, soit une seconde ligne qui libère le SMUR ».

Même si cela ne fait pas consensus, ne représente pas la solution idéale mais apporterait du positif : « Il n'y a pas vraiment besoin d'une maison médicale au sein de l'hôpital ». « Une maison médicale de santé ne résoudrait pas le problème, elle soulagerait au niveau administratif, secrétariat. La création d'une maison médicale de santé ne serait pas la solution ».

Un véritable service d'urgence au CH, « Transformation de l'accueil médical non programmé en service d'accueil d'urgence pour répondre à tous les besoins » ; « Il faut passer de AMNP à SAU : un vrai service d'urgences avec le matériel et les hommes » ; « Il faut un accueil médicalisé et régulé au CH » ; « Le statut de l'hôpital de Corte en véritable service d'urgence, plutôt qu'un accueil médicalisé non programmé serait une belle évolution » ; « Les urgences redeviennent de vraies urgences, dotation en équipement avec un meilleur plateau technique comme un scan et d'autres spécialités manquantes ».

Renforcer le personnel et les spécialités de soins ; « Plus de spécialistes à l'hôpital, un renforcement ». « Un pneumologue sur place serait bien ». « Préconisation, un véritable service des urgences avec une personne en place en permanence et non pas en mission/intervention ».

En termes de besoin incontesté, « un scanner sur Corte serait très bien, évitant pas mal de déplacements » ;
« Besoin en équipement d'un scanner à l'hôpital de Corte pour une meilleure PEC ». « Un scanner en télé-imagerie résoudrait le problème ».

4.2 La confortation de l'offre de soins existante

« S'adapter aux besoins et pas créer à tout prix ». « La seule solution, c'est **maintenir les existants** ». « Faire des propositions en-dehors de nouvelles installations ».

« Ne pourrait-on coupler aide financière et obligation visites à domicile ? »

« Quand un patient doit se déplacer pour consulter un médecin spécialiste, ce déplacement est pris en charge par la sécu : pourquoi cela n'est pas identique quand cela concerne une consultation de MG ?

« Arrêtons de focaliser sur de nouvelles installations : pérennisons l'existant et aidons l'activité des retraités ! »

« Le multi-site pour l'exercice de la médecine est une piste à explorer. »

4.2.1 En la renforçant financièrement

L'une des réponses serait **financière** et consisterait à ne pas créer d'inégalités entre les anciens médecins et les nouveaux qui font l'objet d'aides incitatives à l'installation, dans des zones spécifiques préalablement définies par les services d'Etat. « Absence d'aide pour maintenir ceux qui sont en activité. Il faudrait des aides financières pour aider les médecins à perdurer. Continuer à travailler juste financièrement, ce n'est pas intéressant. Je ressens des discordances entre les aides accordées aux nouveaux médecins et notre absence d'aide à pérenniser, nous soulager dans notre activité ».

Mais également avoir une attitude plus coercitive : « Pourquoi ne pas mettre en place en Corse, un numéris clausus comme il existe en Guyane, à la fois plus coercitif et plus incitatif ? »

4.2.2 En la renforçant en terme de personnel

« Objectif n°1, maintenir l'existant : **dermatologue, ophtalmologue, angiologue**. L'ophtalmologie ne sera plus comme avant car ce sera de la chirurgie ophtalmologique ».

Renforcer les structures existantes par leur dotation en **personnel**, les pérenniser ; par exemple, le retour de la médecine scolaire et de la PMI : « Il faut que reprennent les consultations scolaires et les interventions de la PMI pour bébés de moins de six mois, la détection de l'autisme et des troubles dys, des problèmes relevant du staturo-pondéral. »

4.2.3 En la renforçant en terme d'équipement

Des « **sages-femmes avec du matos** ».

Et surtout, **la fibre sine qua non** ! « Sans une mise en place rapide de la fibre en Centre-Corse, parler de télé-médecine, de télé-radiologie entre autres, cela est complètement inutile ! » ; « Sans un réseau internet de qualité, la télétransmission ne saura pas pallier à la paperasserie administrative ! »

4.2.4 En rapprochant le rural et sa population ;

- **Inclure le domicile** comme véritable facteur d'accès aux soins et non plus comme seule contrainte, et par-delà, **rompre l'isolement** :

- « Il faudrait que les jeunes médecins fassent le domicile, cette médecine traditionnelle » ; en tous cas, sur un territoire comme celui du Centre Corse, son utilité et de surcroit sa nécessité n'est plus à démontrer ;
- par une amélioration du transport médical
 - « Les ambulances de Ponte-Leccia ne viennent pas sur Corté. »
 - « Organiser un déplacement sanitaire du Niolu sur Ajaccio relève de l'impossible. »
 - « Pourquoi le chaînage possible de deux examens radiologiques n'est pas possible à Migliacciaru ? Cela entraîne deux transports médicaux ! »
 - Mesure phare, plébiscitée : « il faut demander à l'assureur social, la PEC financière des transports du patient de son domicile au cabinet médical de proximité pour lutter contre la désertification des villages de l'intérieur et donc préserver l'accès aux soins des personnes fragiles ». « Solution, organiser des transports type social permettant à ces personnes de se déplacer chez le médecin ».
- **Revitaliser l'espace d'exercice, par une revitalisation du territoire :**
 - « Rendre plus attractif le territoire pour l'époux, les enfants au regard des loisirs, un espace à vivre ».
 - « Il faudrait un plan d'aménagement du territoire pour que les jeunes médecins s'installent ».

4.2.5 En valorisant justement l'existant

« Il serait intéressant d'améliorer la communication sur ce qui existe au niveau local (réseau de soins, dermato plaie cicatrisation, consultations avancées dans l'ensemble des structures du GHT ...) ».

A commencer par une communication plus efficace sur l'offre de soins existant en Centre-Corse : « On ne connaît pas l'offre de soins disponible au CH » ; « Je n'ai pas eu les moyens de communiquer sur l'existence et les domaines d'intervention du BAPU » ; « Des relations sont à forger entre le BAPU et le CMP ».

4.3 La promotion du renouvellement de l'offre de soins

Il y a nécessité, à ce que l'offre actuelle évolue favorablement afin d'en permettre dans un 1^{er} temps, son maintien, puis son développement sur l'avenir.

« Des aides matérielles pour l'installation de nouveaux médecins ». « Lier le coercitif et les mesures encourageantes » pour l'installation de futurs médecins.

« Le numerus clausus à l'installation soit un pour 1 000 habitants. Se référer au modèle de la Guyane ».

« La priorité est qu'il y ait plus de kinés qui s'installent ».

« Perspective à envisager », compte tenu du départ à la retraite proche du MG de ce micro-territoire : « occuper le territoire de Venaco-Vezzani ». A son départ à la retraite, il n'y aura plus de médecin sur ce secteur et inévitablement, les patients se reporteront sur Corte.

En innovant, notamment comme **sur des territoires totalement dépourvus ;**

Celui de Ponte-Leccia où tout reste encore à faire et où les propositions abondent) :

- « **Favoriser la création de maison de santé** avec au moins deux médecins et des paramédicaux. Maison à la charge de la tutelle avec un salariat éventuel, pour favoriser le temps partiel pour les femmes, tout en développant le réseau ville hôpital en s'appuyant sur les spécialistes des GHT. En effet, les jeunes médecins ne veulent pas se trouver seul dans leur exercice ». Une infirmière libérale partage cette idée, en focalisant l'intérêt sur la PEC des patient atteints d'une maladie chronique, d'une pathologie mentale : « une maison de santé serait bénéfique avec un psychologue, un médecin, un psychiatre faisant le relais, serait facilitateur et éviterait l'abandon du traitement, assurant le suivi et éviterait les courses, la PEC des urgences » ;

- **Œuvrer en faveur des personnes âgées** : « un EHPAD, des familles d'accueil seraient bien. Il en existe une à Francardu, plus une à Ponte-Leccia ». « Il faudrait une maison pour personnes âgées (10 places) ». « Un réseau

Rivage et des associations sociales pour les personnes âgées » car c'est aussi le champ du social qui est abandonné. « Il faudrait sur place un EHPAD et dans le Niolu, une MARPA (Maison d'Accueil Rural pour Personnes Agées) » ;

- « **L'expérimentation d'une Plateforme infirmiers libéraux** ayant pour tâche de surveiller une cohorte (épidémiologie, évaluation et ETP) de patients serait également intéressante, en termes de santé publique » ;

- **la création d'un centre pluridisciplinaire mutualiste de santé** à Corté (proposition a été suggérée par le dentiste du cabinet dentaire mutualiste).

Mais également celui de Corté avec la proposition d'une offre de PEC diversifiée et un exercice coordonné de la médecine : « faire un centre pluridisciplinaire mutualiste avec médecins, infirmiers, etc., une maison, un centre de santé mutualiste constituerait une attraction ».

4.4 Le développement des liens avec l'extérieur

Pour permettre l'amélioration de l'offre de soins régionale.

« Il faudrait plus de consultations avancées en Corse, en collaboration avec le CHU venant du continent pour que les patients arrêtent de se déplacer. Il faudrait un CHU en Corse, en conventionnement avec les autres du continent pour s'installer. Une gouvernance partagée et pas un CHU fixe, figé à Bastia ou à Ajaccio ».

4.5 Le renforcement de la coordination des forces en présence

Face à « l'inexistence locale de PEC de la santé mentale », « les infirmiers libéraux se retrouvent isolés et pourraient être un relais ».

Une infirmière libérale préconise :

- pour des patients en situation de précarité, « un réseau autour de la personne au bon moment pour la prendre en charge, la faire adhérer aux soins ;

- pour la PEC des très jeunes patients et face à l'absence « d'éducation au regard de l'obésité, nous pourrions faire un relais en tant que professionnel libéral pour intervenir en tant que relais, assurer la continuité des soins ». Créer des liens, des passerelles : « les multi-sites de l'exercice de la médecine sont l'avenir en Corse ».

Externaliser la pratique du soin, « pouvoir prescrire certains médicaments comme pour les angines, la gastro, de façon encadrée, avec un protocole qui désengorgerait les cabinets ». Pour ce faire, « revoir l'activité pharmaceutique ».

ANNEXE : La grille d'entretien

Votre zone d'exercice fait partie des **zones d'intervention prioritaire (ZIP5)** définies par l'ARS de Corse. Faisons connaissance si vous le voulez bien en nous focalisant tout d'abord sur

1. Vos propres conditions d'exercice :

Sexe : homme femme

Année de naissance : _____

Année de thèse : _____

Année d'installation dans la zone : _____

Cursus universitaire : _____

Formations supplémentaires :

- réalisées _____ ,
- en cours _____ ,
- à venir _____ .

Cadre d'exercice :

- isolé,
- cabinet de groupe _____ ,
- autre _____ .

Réponse à la patientèle :

- 24/24 ,
 - uniquement sur rdv,
 - participation à la PDS6,
 - autres gardes, _____
-

2. L'accessibilité aux soins sur le territoire du Centre Corse

2.1. L'accès aux soins primaires

➔ Quel est, globalement, votre avis sur l'accès aux soins primaires dans ce bassin ?

- très bon, pourquoi _____
- bon, pourquoi _____
- passable, pourquoi _____
- mauvais, pourquoi _____
- très mauvais, pourquoi _____

(évoquer si besoin pour lancer l'échange : heures ouverture des cabinets / difficultés à obtenir des rendez-vous / localisation du cabinet / problèmes de transports / problèmes d'aménagement du territoire)

Détaillons l'organisation de la prise en charge par vos confrères et vous-même.

➔ Le fonctionnement de la permanence des soins :

- au quotidien (horaires cabinet/consultations sur rendez-vous/consultations non programmées/déplacement à domicile) ;
 - pas de problème, délai moyen _____ ,
 - pbs rencontrés et solutions _____ ,
- WE et jours fériés ;
 - pas de problème,
 - pbs rencontrés et solutions _____ ,

Où sont dirigés les patients :

- en cas d'absence de couverture ? _____
 - en cas d'impossibilité de prise en charge dans un délai raisonnable ? _____
-

(Evoquer l'organisation entre cabinets pour assurer la permanence des soins (weekends, jours fériés, congés) / Maison médicale de garde, SOS médecins / Les urgences)

⁵ les zones d'intervention prioritaire (ZIP) seront éligibles à l'ensemble des aides (aides conventionnelles de l'assurance maladie, aides de l'ARS (PTMG, CESP, PTA ...), aides des collectivités territoriales, aides fiscales)

⁶ Les médecins libéraux exerçant dans les établissements de santé sont indemnisés au titre de leur participation à la permanence des soins dans un établissement de santé les samedis après-midi, dimanches et jours fériés ainsi que la nuit.

Pourriez-vous qualifier vos relations avec vos collègues généralistes ?

- attitude concurrentielle,
- attitude collaborative, formalisée ou pas ?

2.2. L'accès à la suite du parcours de soins.

➔Quelle absence de spécialités sur la zone vous gêne le plus :

- 1 _____
 solution _____
- 2 _____
 solution _____
- 3 _____
 solution _____
- 4 _____
 solution _____

➔Quel est, globalement, votre avis sur l'accès aux spécialistes présents dans ce bassin ?

- très bon, pourquoi _____
- bon, pourquoi _____
- passable, pourquoi _____
- mauvais , pourquoi _____
- très mauvais, pourquoi _____

Pourriez-vous qualifier vos relations avec vos collègues spécialistes?

- absence de relations,
- attitude collaborative, formalisée ou pas ?

➔Quelle absence d'autres professionnels de santé sur la zone vous gêne le plus :

- 1 _____
 solution _____
- 2 _____
 solution _____
- 3 _____
 solution _____
- 4 _____
 solution _____

➔ Quel est, globalement, votre avis sur l'accès à ces autres professionnels présents dans ce bassin ?

- très bon, pourquoi _____
- bon, pourquoi _____
- passable, pourquoi _____
- mauvais , pourquoi _____
- très mauvais, pourquoi _____

Pourriez-vous qualifier vos relations avec eux ?

- absence de relations,
- attitude collaborative, formalisée ou pas ?

➔ Quel est, globalement, votre avis sur l'accès aux hôpitaux insulaires dans ce bassin ?

- très bon, pourquoi _____
- bon, pourquoi _____
- passable, pourquoi _____
- mauvais , pourquoi _____
- très mauvais, pourquoi _____

Pourriez-vous qualifier vos relations avec eux ?

- absence de relations,
- attitude collaborative, formalisée ou pas ?

➔ Quel est, globalement, votre avis sur l'accès aux hôpitaux continentaux dans ce bassin ?

- très bon, pourquoi _____
- bon, pourquoi _____
- passable, pourquoi _____
- mauvais, pourquoi _____
- très mauvais, pourquoi _____

Pourriez-vous qualifier vos relations avec eux ?

- absence de relations,
- attitude collaborative, formalisée ou pas ?

2.3. La gestion de l'urgence dans la prise en charge

➔ Devant un besoin de PC en urgence (formalisée ou pas), que faites-vous ?

- HAD, problèmes rencontrés _____

- hôpital local, problèmes rencontrés _____

- hôpital, problèmes rencontrés _____

- CHU CHR, problèmes rencontrés _____

- télé-médecine, _____

3. Vos patients

➔ Pourriez-vous nous en donner une image « démographique » ?

- sexe _____
- âge _____
- profession _____
- précarité _____

➔ Pourriez-vous nous en donner une image « pathologique » ?

- insuffisance cardiaque _____
- diabète _____
- pneumopathie _____
- autre _____

➔ Diriez-vous qu'ils sont « exemplaires » en terme de comportement de recours aux soins ?

- oui sauf nécessité absolue
- non
 - particularisme _____

 - médecin traitant et/ou nomadisme médical,
 - utilisation des urgences pour des soins primaires

➔ Connaissez-vous leurs recours pour pallier à une PC impossible sur la zone ?

- oui ; exemples _____

- non

➔ Prenons l'exemple des diabétiques ; comment s'organise leur suivi en termes:

- d'observance du suivi du traitement de la part du patient
 - non
 - oui ; problèmes rencontrés _____
- d'intervention d'un spécialiste, _____
 - problèmes rencontrés _____
- d'examens complémentaires, ville hôpital, _____
 - problèmes rencontrés _____
- de coordination entre les différents acteurs de soins, _____
 - problèmes rencontrés _____
- de retour vers vous des comptes rendus de ce suivi , _____
 - problèmes rencontrés _____

Existe-t-il des PC des malades diabétiques spécifiques dans la zone ? _____

➔ Elargissons au domaine des maladies chroniques : avez-vous des exemples de rupture du parcours de soins à évoquer ? _____

Quelle place occupe dans votre patientèle ces pathologies ? _____

Quels problèmes spécifiques de PC ? _____

➔ Mêmes questions concernant la cancérologie . _____

avec quels problèmes spécifiques de PC ? _____

➔ Changeons d'approche : la prise en charge de vos patients âgés, existe-t-il des ruptures de leur PC ? _____

Quelle place occupe dans votre patientèle cette population ? _____

Quels problèmes spécifiques de PC ? _____

➔ Même question, concernant vos jeunes patients (> 16 ans) ? _____

Quelle place occupe dans votre patientèle cette population ? _____

Quels problèmes spécifiques de PC ? _____

➔ Même question, concernant vos très jeunes patients (< 16 ans) ? _____

Quelle place occupe dans votre patientèle cette population ? _____

Quels problèmes spécifiques de PC ? _____

➔ Enfin, quelle place occupe dans votre patientèle la population précaire ? _____

Quels problèmes spécifiques de PC ? _____

A ce moment de l'interview, faire une pause dans le déroulé de l'entretien et reprendre si possible les éléments non renseignés du tableau de contrôle.

Puis finir si le médecin a encore un peu de temps à accorder à l'entretien sur une discussion à bâtons rompus sur les thèmes de la prévention, de l'éducation thérapeutique du patient, de la E-Santé, de la télémédecine, le lien ville-hôpital, et sur les outils de l'exercice coordonné, si l'un de ces thèmes ne semble pas, ou de façon insuffisante, avoir été abordé.

Quelques mots sur la prévention ? _____

Quelques mots sur l'ETP ? _____

Quelques mots sur la E-Santé ? _____

Quelques mots sur la télémédecine ? _____

Quelques mots sur l'exercice coordonné ? _____

Quelle place pour le CH Corté-Tattone dans le parcours de soins ? _____

	Vous rencontrez ces situations : 1. très souvent (hebdo), 2. régulièrement (mois), 3. de façon anecdotique (année)	Vers quelle structure vous dirigez-vous : réponse libre	Comment jugeriez-vous la réponse : 1. adaptée, 2. non adaptée.	Le délai de réponse est : 1. satisfaisant, 2. non satisfaisant.
Dermatologie				
Assistance Médicalisée Procréation				
Périnatalité				
IVG IMG				
Pédiatrie				
Toxicomanies, conduites à risque				
Gynéco obstétrique				
Digestif				
Cardio vasculaire				
Pneumologie				
Gériatrie				
Psychiatrie				
Cancérologie				
HAD				
Urologie- Néphrologie				
Endocrinologie				
Neurologie				
Fin de vie				
Situation d'urgence vitale				
Situation d'urgence relative				
Accueil Médical Non Programmé				
Imagerie diagnostique ⁷				
Biologie ⁸				
Soins dentaires urgents				
Autres situations				

⁷ (en dehors des situations d'urgence absolue)

⁸ (hors urgence absolue)