



Paris, le 24/11/2018

COMMUNIQUE

Voyage d'étude de l'ADRHESS¹ au Pays Basque Espagnol et en Navarre :

**« A la rencontre des hôpitaux et du système de santé espagnol
et des communautés autonomes »**

Une délégation composée de responsables hospitaliers a participé au voyage d'étude que l'ADRHESS a organisé en Espagne du 20 au 23 novembre, en partenariat avec l'AFDS².

Ce voyage avait été préparé par Julien ROSSIGNOL Secrétaire Général de l'ADRHESS et directeur du Centre Hospitalier d'Arcachon, en collaboration avec Jean-Jacques ROMATET, chargé de mission pour les questions transfrontalières à l'ARS d'Occitanie.

A l'occasion des différentes rencontres, les participants ont pu découvrir un système original combinant financement public et régionalisation. Le coût global par habitant est inférieur d'environ 20% au système français pour des résultats équivalents en termes d'espérance de vie.

En Espagne, si l'Etat a la responsabilité de la coordination générale de la santé, les communautés autonomes sont en charge des plans sanitaires et de santé publique ainsi que de la gestion des services de santé.

Système de soins intégrés

A Bilbao, les participants ont pu découvrir un système de soins intégrés reposant sur une médecine de parcours s'appuyant sur la coordination entre les soins primaires et les hôpitaux, sous la responsabilité de l'établissement hospitalier de territoire.

L'ensemble des professionnels, médicaux et non-médicaux, de ce dispositif sont salariés, la médecine libérale, non financée par la collectivité, n'y occupant qu'une place réduite.

¹ Association pour le Développement des Ressources Humaines dans les Etablissements Sanitaires et Sociaux

² Association Française des Directeurs de Soins

Les centres de soins primaires (CSP) sont la porte d'entrée de l'accès aux soins : ils sont géographiquement facilement accessibles (délai moyen d'accès : 20') et peuvent accueillir les patients en consultation non programmée. En dehors des heures d'ouverture (20h-8h), un service ne dit « point d'attention continue » est accessible pour évaluer les patients et les orienter, le cas échéant, vers le service d'urgence.

Les hôpitaux centralisent les moyens de diagnostic et thérapeutiques complexes, l'accès se faisant généralement via le CSP, y compris pour les consultations avancées de spécialistes.

Au Pays Basque, comme dans les autres communautés autonomes, le dossier médical unique électronique a été généralisé. Ce dossier est la propriété du patient.

Prévention et dépistage précoce

Au CHU de San Sébastian ont été présentés les dispositifs destinés à remédier à des délais de prise en charge trop longs, (listes d'attente). Il a ainsi été mis en place une protocolisation des examens à visée diagnostique coordonnée par une infirmière de parcours à l'initiative du médecin « de famille et communautaire ».

Le but de ce dispositif est de permettre une réponse diagnostique complète dans les huit jours.

Check-up et « tourisme sanitaire »

A la clinique universitaire de Pampelune (établissement associatif non lucratif), les membres de la délégation ont été particulièrement intéressés par la présentation d'un dispositif de check -up complet réalisé en une journée et intégrant une prestation hôtelière à l'extérieur de la clinique.

Le check-up est facturé forfaitairement entre 1700 et 2500 Euros selon l'âge et les facteurs de risque du patient. Ce dispositif n'est pas pris en charge par un financement public mais se développe depuis quinze ans, étant devenu une prestation « vitrine » pour la promotion du « tourisme sanitaire » en Navarre.

Cette activité est soutenue par le gouvernement de la communauté autonome de Navarre dans le cadre d'un cluster « Navarra Health Tourism » associant les ministères concernés (santé, tourisme) et les principaux acteurs économiques, notamment ceux de l'hôtellerie et du transport.

Le poids économique de ce tourisme sanitaire est actuellement évalué à 236 Millions d'Euros par an.

Prise en charge des pathologies chroniques

A l'hôpital général de Navarre , a été présentée la stratégie de prise en charge des maladies chroniques reposant sur une étude populationnelle, une classification par groupe de morbidité ajustée (GMA) et une évaluation de la chronicité (pyramide de KAISER). Cette politique déclinée dans toute la Navarre concerne notamment l'insuffisance cardiaque, la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), le diabète, la démence, la fibromyalgie.

Organisation des soins

D'une manière générale les participants ont pu observer un mouvement de regroupement des unités et plateaux techniques permettant une harmonisation des organisations et des pratiques professionnelles.

S'agissant des soignants, leur champ de compétences est plus étendu qu'en France avec, par exemple, la responsabilité du « OK- chimio » en oncologie ou la validation de la « mise à la rue » après une chirurgie ambulatoire. La carrière des professionnels évolue en fonction de l'expérience. La formation initiale est d'une durée de deux ans pour une « auxiliaire » et de quatre ans pour une infirmière, une spécialisation d'une durée de deux ans étant possible pour des disciplines telles que la pédiatrie, la psychiatrie, la gériatrie...

Ressources humaines

L'évaluation des besoins en effectifs et l'affectation des moyens budgétaires correspondants sont réalisées par le gouvernement de la communauté autonome sur la base :

-de la file active potentielle du territoire dans les CSP : 1 binôme médecin-infirmier pour 1500 habitants et 1 binôme pédiatre-infirmier pour 700 enfants.

-de ratios de professionnels soignants et médicaux par lit.

Les ratios d'encadrement soignants sont supérieurs à ceux constatés en France.

Le différentiel de rémunération entre les infirmiers et les médecins est moins important qu'en France, avec des relations inter-professionnelles plus coopératives autour de la prise en charge des patients.

La pénibilité du travail en fonction de l'âge est reconnue avec l'attribution de jours de congés complémentaires au-delà de 18 ans d'ancienneté et des repos complémentaires pour les professionnels travaillant la nuit après 55 ans.

L'obligation annuelle de travail est légèrement supérieure à celle des hôpitaux publics en France sur une base hebdomadaire comparable (35h) et des schémas horaires homogènes (7h pour la plupart des professionnels, 12h pour les soignants des urgences, 10h pour les professionnels de nuit).

Les différentes thématiques analysées à l'occasion de ce voyage d'étude feront l'objet de restitutions dans le cadre d'articles à paraître prochainement dans des revues hospitalières.

La délégation était composée de : J.M.BARBOT³, C.HARDY, P.Y.GILET, N.HEULIN, L.LEGENDRE, S.MARCHANT, P.MARLATS, F. MANGEONJEAN⁴, S.NEURISSE, J.J.ROMATET, J.ROSSIGNOL

[Pour tout renseignement sur ce voyage : julien.rossignol@ch-arcachon.fr](mailto:julien.rossignol@ch-arcachon.fr)

³ Président de l'ADRHESS

⁴ Président de l'AFDS