



lundi 25 février 2013

44 PROPOSITIONS POUR 12 ENGAGEMENTS

CONTRIBUTION AU PLAN DE LUTTE CONTRE LES DESERTS MEDICAUX

L'AGHL et l'ANHL entendent apporter leur contribution au plan de lutte contre les déserts médicaux dans le cadre du « Pacte territoire-santé ».

Ce document contient leurs propositions et quelques exemples de réalisation qui viennent les appuyer.

La complète problématique de ces établissements et de leurs acteurs ne peut toutefois être exprimée dans ce seul cadre. Les ex hôpitaux locaux sont certes un puissant instrument de lutte contre la désertification tant médicale que paramédicale et il convient d'examiner quelques préalables.

1 - LA RAREFACTION DES EX HOPITAUX LOCAUX

La loi HPST a fait disparaître la catégorie des Hôpitaux locaux. Leur particularité, hier comme aujourd'hui, est d'avoir une liaison forte avec la médecine de ville et les professionnels de santé libéraux qui travaillent en leur sein. La continuité de la prise en charge du patient, et spécialement celle des patients âgés, y est donc assurée du domicile à l'hospitalisation en passant si besoin par le secteur médico-social. Cela préfigure un parcours de soins coordonnés avant la lettre. L'exercice médical y est souvent mixte, médecins libéraux et salariés travaillant de concert.¹

Secondairement, leur autre caractéristique est d'être financé, pour une très grande majorité, sous la forme de dotation annuelle de financement, et donc de ne pas être passé sous le régime de la tarification à l'activité.²

Depuis la loi HPST, les ex HL ont cependant disparu des statistiques en raison de leur statut de droit commun, en dépit du fait qu'ils soient toujours désignés, mais non répertoriés, comme ex HL.

¹ Nous noterons que ce dispositif qui a été étendu à l'ensemble des EPS ne s'est guère développé dans les centres hospitaliers généraux.

² Une plus ample présentation des ex hôpitaux locaux est faite dans l'étude menée en 2010 figurant en annexe 1.

2 – VERS UNE DESERTIFICATION HOSPITALIERE LOCALE

De plus de 300 au début des années 2000 à 256 en 2008, les ex hôpitaux locaux seraient aujourd’hui sans doute un peu plus de 200.

En dépit d'un affichage ministériel (circulaire de 2002), les ex HL ont été laminés de plusieurs façons :

- dans le périmètre de leurs activités, la conversion des longs séjours en USLD a provoqué la fermeture de tout ou de la plus grande partie d'une activité sanitaire.
- beaucoup d'ARS ont fermé des unités de médecine soit en raison d'une DMS trop importante – mais il s'agit de personnes âgées du 4^e âge – soit en refusant une permanence des soins commune ville-hôpital. L'Alsace a ainsi fermé tous les services de médecine, la Bretagne en a fait fermer 5. Les services de soins de suite n'ont pas suivi comme pour les petits CH dont le volume d'activité sanitaire a été compensé lors de la fermeture ou par la reconversion de services.
- la reconnaissance gériatrique de leurs activités n'a pas non plus été accordée faisant fi de la réalité de leurs patients, des diplômes complémentaires de leurs professionnels et de leur expérience en la matière. Au mieux, l'orientation a été de transformer les établissements en super EHPAD adossés à un SSR polyvalent.
- les dotations annuelles de financement (DAF) ont été faiblement revalorisées, souvent en dessous de l'inflation, et nombre de mesures sont incomplètement financées (astreintes médicales, ...), parfois sous le prétexte du faible montant concerné.³
- les augmentations d'activité, même fortes, n'entraînent par ailleurs pas d'augmentation de la DAF.⁴

Les ex hôpitaux locaux sont pourtant soumis aux mêmes obligations que les autres EPS, la plus exemplaire étant la certification que les ex HL réussissent le plus souvent de façon très honorable.

Partant d'une situation financière historiquement défavorable, après 10 années de vaches maigres, il est paradoxal que le manque de moyens des ex HL leur soit reproché et prétexte à fermeture.

Il serait intéressant de voir dans quelle mesure les plans Hôpital 2007 et 2012 ont soutenu les HL, en particulier leur système d'information hospitalier.⁵

Une autre façon a été les modalités de coopération avec les CH, voire les CHU. Ces établissements ont bien d'autres préoccupations que la personne âgée et les relations avec la médecine de ville. Par ailleurs, les ex HL entretiennent de nombreuses coopérations réelles et pertinentes quand ils exercent un même métier : la gériatrie dans une aire géographique limitée.

Ces modalités ont été des rattachements, fusions ou directions communes subies ou consenties sous contraintes : non publication des postes de direction, enveloppe budgétaire conditionnée à un rattachement, à une subvention immobilière ou menace de fermeture pour obtenir un accord.

³ Nous sommes partisans de donner aux établissements la possibilité de choisir le régime financier le plus favorable (DAF ou T2A)

⁴ Les EPS ayant un budget inférieur à 20 millions d'euros ont le plus souffert.

⁵ Signalons l'éclairant rapport de la Chambre des Comptes de Champagne Ardennes sur les ex hôpitaux locaux

Or une spécificité de l'ex HL tient à son mode de management, au plus proche du terrain, sinon rapidement, l'établissement se vide de sa substance. Pour bien fonctionner, l'ex HL a besoin d'un management et d'une direction autonome sur place.⁴

3 – LE TERRITOIRE ADEQUAT

La loi HPST a fixé un territoire identique pour tous les établissements, sans doute trop petit pour les CHU, mais certainement trop vaste pour les ex HL.

Dans le territoire de santé, beaucoup d'aspects de la CHT (communauté hospitalière de territoire) n'intéressent qu'à la marge l'ex HL, qui ne sera en relation qu'avec un ou deux établissements, au contraire des CH de référence.

Le territoire adéquat pour l'ex HL se définit de façon empirique comme celui où s'est organisée la permanence des soins. Il se recoupe souvent avec l'organisation de la coordination médico-sociale autour des CLIC (Comité local d'information et de coordination pour les personnes âgées). Il correspond au bassin de vie de la population, notamment âgée qui a recours à ses prestations.

C'est le lieu de ses coopérations avec les réseaux, les EHPAD, les associations. C'est le territoire d'implantation de la maison de santé pluridisciplinaire et de l'élaboration du Contrat Local de Santé.

Les ex HL se dissolvent et sont inaudibles dans des ensembles trop vastes.

POUR UN PLAN NATIONAL DE REFONDATION

L'AGHL et l'ANHL appellent donc les autorités à un **plan national**, s'imposant aux ARS, revitalisant, revalorisant et au besoin créant ou recréant des Centres Hospitaliers locaux :

- avec une vocation sanitaire
- avec un exercice médical mixte salarié et libéral
- support des maisons de santé pluridisciplinaires et des relations avec le secteur médico-social
- préfigurant une prise en charge globale du patient sur un territoire correspondant à son bassin de vie
- coordonnant les acteurs et les institutions dans une approche de santé publique avec un directeur de santé de territoire de premier recours⁶

Ainsi redéfinis et redotés, les déserts médicaux (et aussi largement paramédicaux) redeviendront attractifs.

⁶ en complément, se référer à la plaquette de l'AGHL : « Médecine Générale et Hôpital de Proximité » en annexe 2

44 PROPOSITIONS POUR 12 ENGAGEMENTS

LEGENDE DES SYMBOLES :

- ➔ PROPOSITIONS
- # FREINS

I - CHANGER LA FORMATION ET FACILITER L'INSTALLATION DES JEUNES MEDECINS

ENGAGEMENT N°1 : Un stage en médecine générale pour 100% des étudiants

Nous sommes tout-à-fait favorables à cette mesure en l'élargissant aux étudiants de 3^e cycle :

- ➔ a) Les ex HL peuvent tout à fait offrir un support logistique (gîte et couvert) aux étudiants, faiblement rémunérés en 2^e cycle.
Le stage est possible en ex HL sous le tutorat d'un médecin généraliste autorisé.
- ➔ b) Il faudrait promouvoir les stages en Maison de santé pluridisciplinaire
- ➔ c) Pour les étudiants du 3^e cycle : l'ex hôpital local devrait être un lieu de stage à part entière validant comme stage de médecine générale
- ➔ d) Le SASPAS « stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé » lors du 5 ou 6^e semestre, devrait être aménagé pour qu'il y ait des temps hospitaliers lors des stages.

EXEMPLE : 2 internes à l'Hôpital des Collines Vendéennes – La Châtaigneraie (Vendée)

ENGAGEMENT N°2 : 1500 bourses d'engagement de service public d'ici 2017

La mesure élargit le champ des bourses aux chirurgiens dentistes. Or, les déserts médicaux sont aussi des déserts paramédicaux et de spécialistes :

- ➔ a) Etendre la mesure aux paramédicaux, notamment les masseurs kinésithérapeutes, les orthophonistes, les ergothérapeutes...
 - ➔ b) Etendre la mesure aux médecins spécialisés
 - ➔ c) Prévoir une activité mixte salariée/libérale
 - ➔ d) Pour les professions demandant un environnement technique avec des investissements lourds, prévoir un financement des équipements et des locaux à aménager dans les établissements.
- # Faible démographie de certaines professions (kinésithérapeutes, orthophonistes)
- # Le niveau important de rémunération en exercice libéral
- ➔ Exercice au besoin sur plusieurs établissements proches et en ville
- # Les Conseils de l'Ordre sont très souvent opposés à des activités multi sites : notamment celui des chirurgiens dentistes avance qu'il s'agit d'un obstacle au libre choix du patient
- # Toutes les ARS ne prennent pas en compte les déserts paramédicaux, et en conséquence, ne financent pas d'actions.

ENGAGEMENT N°3 : 200 praticiens territoriaux de médecine générale dès 2013

Le médecin qui s'installe dans une zone en voie de démédicalisation constitue rapidement sa clientèle et atteint un niveau de revenu satisfaisant.

L'ex Hôpital local peut offrir un support logistique :

- ➔ Il faudrait tenir compte de la particularité des zones dans lesquelles un ex hôpital local est implanté.
 - ➔ Il s'agit alors de favoriser un exercice mixte (poste ou missions salariées de DIM, de médecin coordonnateur, ..) en les finançant.
 - ➔ La rémunération des praticiens attachés, contractuels ou temps partiel, doit être revalorisée pour être attractive, concurrentielle et favoriser un exercice mixte.
 - ➔ La mesure est à étendre aux professions paramédicales et aux médecins spécialistes.
- # La grille salariale en général
- # Si le praticien contractuel (payé au 4^e échelon + 10%) opte pour le statut de PH après le concours, sa rémunération baisse.
- # Le dispositif est trop rigide (délais, avis multiples, gestion centralisée...)

ENGAGEMENT N°4 : Un « référent-installation » unique dans chaque région

- ➔ Promouvoir également l'exercice libéral ou mixte à l'hôpital.
 - ➔ Assurer cette promotion auprès des autres interlocuteurs potentiels : Conseil de l'Ordre, URPS, la Faculté.
- # Méconnaissance, y compris des ARS, de l'exercice en Hôpital local
- # Le cadre régional paraît éloigné de la connaissance du terrain : Les territoires de santé devraient avoir un correspondant du guichet unique

II – TRANSFORMER LES CONDITIONS D'EXERCICE DES PROFESSIONNELS DE SANTE

ENGAGEMENT N°5 : Développer le travail en équipe

L'ex Hôpital local est déjà le lieu d'un travail en équipe pluridisciplinaire (médecins généralistes, psychiatre, médecins spécialisés, infirmiers, diététicienne, kinésithérapeutes, psychologues, ergothérapeutes, assistance éducative...) autour du patient.

Le travail en équipe autour d'un projet de santé est un facteur très motivant de nature à favoriser l'implantation des professionnels de santé.

- ➔ Etendre les missions pour constituer les équipes de soins primaires
 - ➔ Enrichir cette équipe par l'apport de compétences des professionnels de santé salariés qui n'exercent pas en ville (diététicienne, ergothérapeute, qualiticien...)
 - ➔ Mutualiser les moyens entre la Ville et l'Hôpital pour la création des maisons de santé pluridisciplinaires (MSP)
 - ➔ Adosser ces MSP aux ex hôpitaux locaux
 - ➔ Valoriser le travail en équipe. L'officialiser par une convention Ville-Hôpital
- # Le financement et la valorisation de ces activités dans les deux sens ville ⇒ hôpital et hôpital ⇒ ville ne sont ni reconnus ni assurés.
Le décloisonnement n'est pas assuré.

ENGAGEMENT N°6 : Rapprocher les maisons de santé de s universités

- ➔ Reconnaissance des MSP et des ex Hôpitaux locaux comme lieu de stage pour les étudiants
- ➔ Y développer (MSP et ex Hôpitaux locaux) des projets de recherche

ENGAGEMENT N°7 : Développer la télémédecine

L'extension de la télémédecine contribue effectivement à lutter contre l'isolement des professionnels et donc remédier à la désertification. Elle permet d'éviter au patient de se déplacer et de bénéficier de l'avis d'un spécialiste plus rapidement. La qualité des soins s'accroît.

La télémédecine peut constituer un support d'exercice pour tous les soignants (ville et hôpital) du bassin de vie.

Limiter cette proposition à la seule dermatologie est dommage car les réalisations ci-après (radiologie, psycho gériatrie) démontrent son intérêt dans d'autres spécialités.

- ➔ L'ex Hôpital local, support et plateforme logistique (locaux, personnels) est le maître d'œuvre de cette technique

EXEMPLES :

- Radiologie à l'Hôpital de Buis les Baronnies avec le CH de Valence (Drôme)
- Staff et téléconférence en psycho-gériatrie à l'Hôpital de St Pourçain sur Sioule (Allier)
- Imagerie : GIE avec le privé libéral : Hôpital La Châtaigneraie (Vendée)

- # - La cotation des actes
- # - La clarification des règles de financement
- # - La facturation à la ville de ses prestations par l'Hôpital
- # Financement des équipements et des locaux (radiologie...)

ENGAGEMENT N°8 : Accélérer les transferts de compétence

Les ex Hôpitaux locaux sont d'ores et déjà des lieux facilitant les partages de compétence de fait. Ils sont d'ailleurs protocolisés de par la démarche de certification. Les compétences des qualiticiens hospitaliers en font d'ailleurs les supports facilitant cette évolution (rédaction des protocoles, méthodologie, gestion documentaire...)

- ➔ Il faudrait cependant que les CH de référence, et les établissements psychiatriques, aient l'obligation de proposer des consultations avancées dans les ex Hôpitaux locaux.
- ➔ Il faudrait privilégier les ex Hôpitaux locaux comme terrain favorable (encadrement, équipes, évaluation...) pour ces transferts de compétence.

- # Financement des secrétariats médicaux et des ressources autres (qualiticien)
- # Compatibilité des dossiers médicaux et partage des informations
- # Les ARS ont quelques difficultés à financer ce qu'elles considèrent comme de petits investissements en valeur absolue.

III – INVESTIR DANS LES TERRITOIRES ISOLES

ENGAGEMENT N°9 : Garantir un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes d'ici 2015

L'illusion demeure d'une prise en charge des urgences par le dispositif « tout SAMU tout SMUR ».

Les maisons médicales de garde fonctionnent actuellement et pour beaucoup adossées à un ex Hôpital local. Or, un renfort des SMUR nous paraît illusoire si ce n'est ruineux (multiplication des équipes, hélicoptères...) tout comme le recrutement de médecins correspondants du SAMU.

Ce dispositif a démontré qu'il y avait peu de volontaires recrutables.

La situation s'est d'ailleurs aggravée avec l'arrêt de la Permanence des soins en nuit profonde qui accroît la désertification. En effet, cela entraîne une perte de revenus pour les médecins installés dans ces zones. Les conséquences sont doubles :

- tentation de quitter un cabinet limité en clientèle, sans revenu complémentaire
- attractivité financière moindre pour les successeurs potentiels

Ce lien entre PDS ambulatoire et ex Hôpitaux locaux (astreintes de sécurité) est important et revêt un aspect fondamental dans les îles ou les zones de montagne.

- ➔ Conforter les maisons médicales de garde dans les ex hôpitaux locaux en les finançant complètement
- ➔ L'ex Hôpital local est dans ce cadre plus que jamais le support de la médecine générale de ville : télémédecine, protoxyde d'azote, petits matériels médicaux et pharmaceutiques approvisionnés par la pharmacie à usage intérieur

EXEMPLES :

- L'Hôpital de HOUDAN (78) et son rôle dans les petites urgences :
L'Hôpital de Houdan, via son centre de santé, a développé depuis 2000, initialement avec les médecins généralistes de son territoire, puis aujourd'hui avec des médecins salariés des consultations de médecine générale non programmées (lundi – vendredi 9h/20h et samedi 9h/13h) prenant en charge les soins de première intentions.

En lien avec la radiologie de l'établissement et assisté de soignants, ce centre de soins de première intention reçoit 10 000 passages par an dont un tiers d'urgences : fractures, sutures, douleurs thoraciques...

Aucun financement autre que l'activité ne vient financer cette structure, d'où un déficit structurel non compensé. Malgré plusieurs rencontres avec différents acteurs, le projet d'entrée dans la régulation du 15 pour les soins relevant de son niveau et de son territoire n'a pu aboutir à ce jour malgré l'intérêt marqué par chacun.

- la prise en charge des urgences à l'Hôpital de Le Palais – Belle Ile (56)
- la maison médicale de garde du CH de Lamballe (22) qui réunit 50 médecins

- # - Difficulté d'hospitaliser à l'Hôpital local la nuit ou le week-end (disponibilité des lits, peu de personnels infirmiers, permanence pharmaceutique...).
 - # - Absence de tiers payant dans les maisons médicales de garde
 - # - Absence de transports sanitaires ou même de taxis la nuit
 - # - La conception du circuit des urgences qui ramène tout – quel que soit le problème – dans les services d'accueil-urgences, en évitant les maisons médicales de garde les plus proches
- ➔ Revoir les protocoles des services d'incendie et de secours qui amènent les patients systématiquement aux urgences
- ➔ Meilleure liaison avec les SAMU, dépendant aussi d'un meilleur équipement des ex hôpitaux locaux

ENGAGEMENT N°10 : Permettre aux professionnels hospitaliers et salariés d'appuyer les structures ambulatoires

Les ARS, et avant elles, les ARH, ont contribué à démédicaliser les zones des futurs déserts médicaux en fermant des structures sanitaires (médecine) ou en les atrophiant.

De son côté, l'Etat, encore récemment avec les dispositions relatives au médecin coordonnateur en EHPAD, stérilise la ressource médicale :

- le médecin coordonnateur en EHPAD ne peut prodiguer des soins sauf urgents ; il fait par ailleurs doublon dans les ex hôpitaux locaux avec le cadre supérieur de santé ou le directeur des soins pour un certain nombre de tâches
- les obligations administratives et les réunions se multiplient ; elles prennent le pas sur les soins
- les concentrations de moyens sur les CH de référence et leur plateau technique.

- ➔ Développer les consultations avancées de spécialistes
- ➔ Redonner une activité sanitaire aux ex HL qui l'ont perdue et conforter dans les autres
- ➔ Créer de nouveaux HL dans les zones dépourvues y compris en zone urbaine
- ➔ Développer l'ouverture de lits de médecine générale dans les centres hospitaliers (ex généraux) pour prodiguer des soins à proximité des patients.
- # Clarifier le statut du médecin de CA (salariat, mise à disposition, temps libéral ?)
 - # Investissement hypothétique de médecins salariés des centres de santé dans le projet du contrat local de santé (ville/hôpital)
 - # Le Centre de santé, au contraire de l'hôpital, n'a pas de moyens d'hospitalisation.
 - # Un médecin spécialiste d'organe ne peut s'improviser spécialiste en médecine générale
 - # Le médecin salarié du centre de santé accomplit 35 heures par semaine et ne participe pas à la PDS au contraire du médecin libéral ou semi-libéral.

EXEMPLE : Consultations gynéco-obstétriques et préparation à la naissance - Hôpital des collines vendéennes – La Châtaigneraie (85)

ENGAGEMENT N°11 : Adapter les hôpitaux de proximité et responsabiliser les centres hospitaliers de niveau régional à l'égard de leur territoire

- Il s'agit de redonner de la cohérence aux différents dispositifs locaux souvent cloisonnés : schéma gérontologique, PDS, organisation et projets de l'Hôpital, MSP, CLS, PTS... en y incluant et redéfinissant le rôle et la place de l'ex Hôpital local et des professionnels qui y collaborent ou y travaillent.
- # Le fonctionnement de dispositifs morcelés, avec des calendriers différents, des financements très cloisonnés, parfois sur des périodes limitées sont autant de difficultés.
- # Il y a une multitude d'acteurs : MAIA – CLIC – ESA – Equipes mobiles de tous ordres – Hospitalisation à domicile parfois extérieure à l'ex HL, réseaux... qui entraînent un manque de lisibilité, des redondances et des chevauchements d'intervention.
- Positionner l'ex Hôpital local comme plateforme de 1^{er} recours et de coordination des acteurs :
- sur le plan sanitaire par rapport à la maison de santé pluridisciplinaire
 - intégrer l'activité hospitalière pour les médecins généralistes dans leur activité normale
 - sur le plan médico-social, confier un rôle d'appui et de coordination des structures médico-sociales (y compris sous statut territorial) aux ex HL

La coopération est souvent conçue sur un territoire trop vaste pour les enjeux ou les flux de patients. La proximité est négligée, qu'il s'agisse du territoire de santé ou de la région. Elle est conçue sur un mode vertical descendant : le CHU aiderait les ex Hôpitaux locaux.

- # **EXEMPLES :**
- Le CH de LAMBALLE (22) a fondé un GCS appuyant des EHPAD publics hospitaliers et territoriaux pour le SIH, la qualité et la diététique, ainsi que la résolution de problèmes communs
 - Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale Hôpital La Châtaigneraie (85)

- Promouvoir une coopération horizontale dans le bassin de vie, autour d'un même métier la gériatrie, et de préoccupation commune comme la PDS.
- Confier à l'Hôpital un rôle d'animateur de santé du bassin de vie, avec un directeur de santé de ce territoire et des médecins de territoire
- Fonder ces nouvelles fonctions sur la base d'un management collégial
- Pour mémoire, l'accueil de stagiaires sera essentiel
- Allouer un mode de financement spécifique à l'ex Hôpital local gestionnaire de cette mission d'animation
- # L'absence de statut et de définition des ex hôpitaux locaux en tant qu'établissement de proximité, rôle que revendiquent également les CHU
- # Complexité juridique des outils de coopération (GCS, GCMS, GIP...). Un instrument simple et universel serait plus efficace
- Assurer la formation de ces participants à l'animation du territoire de santé (directeurs, médecins, élus et tutelles).
- # La volonté politique réelle de prioriser le premier recours

ENGAGEMENT N°12 : Conforter les centres de santé

Les Centres de santé présentent un intérêt certain, notamment en zone urbaine, mais les limites en ont été soulignées (temps médical restreint, absence de participation à la PDS, pas de maîtrise de l'hospitalisation...).

Les ex Hôpitaux locaux sont déjà de potentiels Centres de santé élargis, notamment en leur adossant les MSP, sans les inconvénients précités, la gestion pharmaceutique du médicament en plus.

- ➔ Soutenir les combinaisons ex Hôpitaux locaux/ MSP
- ➔ Eventuellement soutenir la combinaison Centres de santé/ex HL, avec une perméabilité de l'exercice (consultation et hospitalisation) au sein d'une même entité juridique
- ➔ Favoriser un exercice mixte pour les médecins libéraux en Centre de santé
- # Le financement des Centres de santé n'assure pas leur équilibre.

CONCLUSION

La nature de l'exercice – documenter les 12 engagements – entraîne des redondances. Au fil des propositions, quelques-unes sont majeures et parfois sous-jacentes :

- la proximité par rapport à la population sur un territoire limité
- la coordination et l'animation d'un projet global de santé sur ce territoire facilitant le parcours de soins
- la nécessité de décloisonner acteurs, structures, dispositifs existants
- l'émergence de nouvelles fonctions
- la nécessité de financements innovants et décloisonnés
- le renforcement de l'attractivité
 - par les stages
 - par la formation des professionnels
- l'intérêt de prendre en compte tous les acteurs médicaux et paramédicaux et pas seulement une spécialité
- le décloisonnement et la souplesse à réintroduire entre exercice libéral et salarié
- le renfort, le positionnement et la refondation des ex Hôpitaux locaux, pivot d'un dispositif général, plateforme logistique pour les professionnels et de services à la population.

Il faut donner à ces établissements une vision d'ensemble, cohérente, globale s'imposant aux acteurs régionaux.

L'AGHL et l'ANHL réaffirment leur disponibilité pour participer à un ou des groupes de travail sur ces questions.

-*-*-*-*-

LEXIQUE

ARH : Agence Régionale de l'hospitalisation	Ex HL : Ex Hôpitaux Locaux
ARS : Agence Régionale de Santé	HPST : loi Hôpital Patients Santé Territoires
CA : Consultations avancées	MAIA : Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer
CH : Centre Hospitalier	MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire
CHT : Communauté Hospitalière de Territoire	PDS : Permanence des Soins
CHU : Centre Hospitalier Universitaire	PH : Praticien Hospitalier
CLS : Centres Locaux de Santé	PTS : Programme Territorial de Santé
CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination	SAMU : Service d'Aide Médicale d'Urgence
DIM : Département d'Information Médicale	SMUR : Service Mobile d'Urgence Réanimation
DMS : Durée Moyenne de séjour	SIH : Système d'Information Médicale
EHPAD : Etablissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes	SSR : Service de Soins et de Réadaptation
EPS : Etablissement Public de Santé	TIM : Technicien d'Informatique Médicale
ESA : Equipe Spécialisée Alzheimer	T2A : Tarification à l'activité
ETP : Education Thérapeutique du Patient	URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé
GCS : Groupement de Coopération sanitaire	USLD : Unité de Soins de Longue Durée
GCMS : Groupement de Coopération médico-social	
GIE : Groupement d'Intérêt Economique	
GIP : Groupement d'Intérêt Public	