RÉVISIONS
Janvier 2014

PROJET RÉGIONAL de SANTÉ

2012-2016

FRANCHE-COMTÉ

ars
Agence Régionale de Santé
Franche-Comté

Vous pouvez retrouver ces documents sur le site

www.ars.franche-comte.sante.fr

Révisions Janvier 2014

Relatives au SROS-PRS

- Volet Psychiatrie
- Volet Réanimation, soins intensifs et surveillance continue
- Volet Urgences
- Volet Ambulatoire

incluant le zonage des chirurgiens-dentistes

Arrêtés correspondant à ces révisions

- Arrêté de révision du SROS
- Arrêté de révision du PRS

Agence Régionale de Santé
Franche-Comté

Révision du Projet régional de santé

Schéma régional d'organisation des soins

Janvier 2014

Volet Psychiatrie

Le SROS-PRS 2012-2016 indique, dans son volet psychiatrie, qu'une *« réflexion sera menée dans un délai d'un an afin d'organiser le réseau de prise en charge des urgences psychiatriques prévu dans la loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 »*. Cette réflexion a été menée au cours de l'année 2013.

Aussi, dans le volet Psychiatrie du SROS-PRS, il est inséré au chapitre *2. Diagnostic* le paragraphe *2.5 Diagnostic de la prise en charge des urgences psychiatriques* suivant.

2.5 Diagnostic de la prise en charge des urgences psychiatriques

2.5.1 Des filières d'accès aux soins insuffisamment coordonnées

La prise en charge et le suivi des patient-e-s relevant de soins psychiatriques s'effectuent dans le cadre d'un dispositif spécifique qui maille le territoire selon une organisation qui propose différents types de prises en charge : hospitalisation complète, à temps partiel, suivi ambulatoire.

L'accès aux soins psychiatriques par les services d'urgence peut, dans certains cas, entraîner un allongement des délais pour apporter des réponses adaptées.

En matière de régulation des urgences, le centre 15 reçoit des appels relevant de l'urgence psychiatrique. Les liaisons entre le centre 15 et les professionnel-le-s de la psychiatrie, qui permettent le recours à un avis spécialisé, existent avec le service des urgences du CHRU de Besançon et du Centre Hospitalier de Dole. L'objectif est de les étendre à l'ensemble de la région.

Une meilleure coordination entre les deux dispositifs (soins psychiatriques et services d'urgence) doit être recherchée. Elle permettra une optimisation des dispositifs existants et une amélioration de la réponse apportée aux usagers.

2.5.2 Des services d'urgence avec une réponse psychiatrique parfois fragile

Les établissements autorisés à gérer des structures d'urgence doivent organiser la prise en charge des personnes nécessitant des soins psychiatriques se présentant dans ces structures, en mettant en œuvre les moyens ci-dessous, soit directement, soit par le biais d'une convention passée avec un établissement autorisé à exercer l'activité de soins de psychiatrie (articles D.6124-26-6 à D .6124-26-10 du CSP).

A) La présence d'un psychiatre est requise en permanence, lorsque l'analyse de l'activité fait apparaître un nombre important de passages aux urgences de patient-e-s nécessitant des soins psychiatriques.

Dans les autres cas, un psychiatre doit pouvoir être joint et intervenir, en tant que de besoin, dans les meilleurs délais.

B) Le personnel de la structure des urgences comprend au moins un-e infirmier-e ayant acquis une expérience professionnelle dans une structure de psychiatrie, ou un-e infirmier-e appartenant à un établissement autorisé à exercer l'activité de psychiatrie.

C) Lorsque l'analyse de l'activité des urgences fait apparaitre un nombre important de passages d'enfants ou de patient-e-s nécessitant des soins psychiatriques, l'organisation de la prise en charge au sein de l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) est adaptée à ces patient-e-s (article D.6124-22 du CSP).

Trois niveaux d'offre de soins peuvent être définis :

- **Niveau 1** : entretien avec un-e infirmier-e dans les 24 h et possibilité de consultation ou d'avis d'un psychiatre avant orientation dans les meilleurs délais
- **Niveau 2** : recours à un-e infirmier-e ayant une expérience en psychiatrie dans un délai de 12 heures et consultation avec un psychiatre dans les meilleurs délais et possibilité de prise en charge adaptée dans l'UHCD ou à proximité
- **Niveau 3** : accueil et entretien infirmier 24h/24 et consultation de psychiatre 24h/24 et possibilité de prise en charge adaptée dans l'UHCD ou à proximité.

C'est à la lumière des trois éléments constitutifs (présence infirmière, psychiatre, possibilité de prise en charge en UHCD ou à proximité) que la réponse psychiatrique dans les dix services d'urgence de la région peut être décrite dans le tableau suivant.

Offre de soins psychiatriques dans les services d'urgence en Franche-Comté

Services d'urgence	Nombre total de passages (2012)*	Ressources disponibles			Niveau de l'offre de soins
		Infirmier-e ayant une expérience en psychiatrie ou appartenant à un établissement autorisé	Psychiatre	UHCD ou possibilité de prise en charge à proximité	
Centre Hospitalier Régional Universitaire	24 402 (J. Minjoz) 6 547 (St Jacques)	24h/24	3 ETP La nuit : interne de garde couvert par un psychiatre d'astreinte	4 lits identifiés et 1 chambre d'isolement	3
Centre Hospitalier Intercommunal de Haute Comté	21 836	Infirmier du CMP de 9 h à 18 h la semaine et de 13 h à 20 h le week end	Interne (3 j/semaine) ou psychiatre d'astreinte		1
Centre Hospitalier de Dole	25 311	24h/24	0,5 ETP – astreinte médicale par le pôle adulte dolois	4 lits identifiés	3
Centre Hospitalier de Lons le Saunier	26 388	24h/24	0,5 ETP – astreinte d'un psychiatre en journée les samedis, dimanches et jours fériés	4 lits non identifiés (sur 9 lits dans l'UHCD)	2
Centre Hospitalier de Saint Claude	12 306	Consultation de 1ère intention en journée par les infirmier-e-s du CMP et/ou de l'unité d'hospitalisation	Contact avec le psychiatre de Lons (tous es jours de semaine de 9 h à 12 h) puis transfert les cas échéant	Pas de lits dédiés	1
Centre Hospitalier de Champagnole	7 919	CMP joignable en journée	Psychiatre du CHS du Jura joignable 24 h/24		1
Centre Hospitalier Intercommunal de Haute Saône	28 735 (Vesoul) 8 246 (Luxeuil) 9 129 (Lure)	Présence de 14 h à 22 h ou sollicitation du service de psychiatrie	Interne de garde de 18h30 à 9 h couvert par un médecin d'astreinte au CHS de Saint Rémy (samedi de 12 h au lundi 9 h)	Possibilité de solliciter le service de 12 lits situé dans les locaux de l'établissement	3

Services d'urgence	Nombre total de passages (2012)*	Ressources disponibles			Niveau de l'offre de soins
		Infirmier-e ayant une expérience en psychiatrie ou appartenant à un établissement autorisé	Psychiatre	UHCD ou possibilité de prise en charge à proximité	
Centre Hospitalier de Gray	10 356	Infirmier-e du CMP la journée en semaine	Intervention du psychiatre du CMP la journée en semaine Convention avec l'AHFC et transfert vers Vesoul le cas échéant		1
Centre Hospitalier de Belfort Montbéliard - site de Montbéliard	35 567	10 h 30 à 18 h 30	En journée : interne et psychiatre La nuit : garde médicale sur le site de Jean Messagier par un-e interne ou un médecin généraliste couverte par un psychiatre d'astreinte	Lits sur le site de Jean Messagier	2
Centre Hospitalier de Belfort Montbéliard - site de Belfort	35 143	13 h à 21 h	En journée : contact avec le médecin sur le site de Pierre Engel, qui assure une visite chaque matin aux urgences La nuit : garde médicale sur le site de Pierre Engel par un-e interne ou un médecin généraliste couverte par un psychiatre d'astreinte	Lits sur le site de Bavilliers	2

- (*) Source : FC-urgences

2.5.3 Une prise en charge malaisée des adolescent-e-s « en crise »

Selon les professionnel-le-s concerné-e-s, le nombre de situations d'adolescent-e-s « en crise » auxquelles ils sont confrontés est relativement peu fréquent, mais ces situations sont très consommatrices en temps en raison des spécificités liées à l'accueil, à l'évaluation ainsi qu'à l'orientation des adolescent-e-s et ne trouvent pas toujours de réponse optimale.

Les modalités de la prise en charge doivent tenir compte de contraintes variables selon l'âge de l'adolescent-e (entre 12 et 18 ans), son développement physiologique ainsi que de l'environnement social et institutionnel (situation familiale, suivi social ou judiciaire, situation scolaire...).

En Franche-Comté, il existe une unité spécifique de 7 lits, l'Espace Accueil Adolescent, qui permet l'hospitalisation pendant quelques jours à quelques semaines d'adolescent-e-s. Il s'agit d'une unité intersectorielle entre le Centre Hospitalier Régional Universitaire et le Centre Hospitalier de Novillars.

Dans les autres établissements de la région, lorsque le passage par le service des urgences doit être suivi d'une hospitalisation, le jeune patient est orienté vers le service de pédiatrie, avec une intervention des services de pédopsychiatrie. Cependant, un certain nombre de difficultés doivent être soulignées : difficulté à trouver un lit de pédiatrie disponible ; impossibilité pour des raisons de sécurité d'admettre des adolescent-e-s en crise dans un service de pédiatrie ; complexité de l'évaluation à mener et de l'orientation à donner, qui peut mobiliser sur une durée importante des lits de pédiatrie.

2.5.4 Des conditions de transport à adapter

Dans le cadre de la prise en charge en urgence de personnes dont l'état nécessite des soins psychiatriques, l'article D-6124-26-9 du CSP indique que la convention conclue entre l'établissement disposant d'une structure d'urgence et l'établissement de santé autorisé à exercer une activité de psychiatrie, précise les modalités selon lesquelles la structure d'urgence assure ou fait assurer ,s'il y a lieu, le transfert des patient-e-s vers l'établissement exerçant la psychiatrie.

Par ailleurs, dans les cas nécessitant une hospitalisation sans consentement, l'article L.3222-1-1 du CSP prévoit que les personnes peuvent être transportées à l'établissement de santé d'accueil sans leur consentement lorsque cela est strictement nécessaire, par des moyens adaptés à leur état. Ce transport est assuré par un transporteur sanitaire agréé.

Des difficultés de plusieurs ordres peuvent néanmoins rendre difficile la réalisation des transports :
- l'équipement des véhicules sanitaires n'est pas toujours adapté aux nécessités d'un transport vers un établissement de soins psychiatrique (absence de moyens de contention),
- dans le cas d'un transport vers un établissement psychiatrique dans le cadre de soins sans consentement, les modalités de soutien des forces de l'ordre, le cas échéant, sont parfois incertaines,
- la disponibilité des transports sanitaires n'est pas toujours optimale.

Au chapitre *3. Orientations stratégiques*, paragraphe *3.3 Améliorer l'accès aux soins*, la phrase *« Une réflexion sera menée dans un délai d'un an afin d'organiser le réseau de prise en charge des urgences psychiatriques prévu dans la loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 »* est annulée. Dans ce chapitre, il est inséré le paragraphe *3.4. Orientations pour la prise en charge des urgences psychiatriques* suivant.

3.4 Orientations pour la prise en charge des urgences psychiatriques

3.4.1 Mieux associer l'ensemble du dispositif de soins psychiatriques à la régulation et à la prise en charge en urgence

Objectifs

Afin de renforcer les complémentarités entre les dispositifs d'offre de soins psychiatriques et le réseau de prise en charge des urgences, des points de convergence et des liaisons sont proposés :

- Mettre à disposition, d'ici fin 2014, pour les patient-e-s déjà suivi-e-s en psychiatrie, un numéro d'appel leur permettant de joindre 24 h/ 24 le centre hospitalier gérant la psychiatrie de leur territoire, afin que celui-ci puisse proposer, le cas échéant, une réponse mettant en œuvre les moyens et structures dont il assure la gestion.

- Mettre à disposition de la régulation (CRA 15), d'ici fin 2014, un numéro d'appel lui permettant de joindre le dispositif de garde et d'astreinte de l'établissement gérant la psychiatrie de rattachement du patient, afin de permettre le recours par le CRA 15 à un avis spécialisé.

Indicateurs

- Nombre de centres hospitaliers gérant la psychiatrie disposant d'un numéro d'appel permettant aux patients suivis en psychiatrie de les joindre 24 h/24,
- Nombre d'appels téléphoniques reçus aux numéros permettant aux patients suivis en psychiatrie de joindre le centre hospitalier de leur territoire 24 h/24,
- Nombre de numéros téléphoniques utilisables par le CRA 15 lui permettant de joindre le dispositif de garde et d'astreinte des établissements gérant la psychiatrie, afin d'avoir recours à un avis spécialisé.

3.4.2 Améliorer les conditions de la réponse psychiatrique dans les services d'urgence

Objectifs

- Offrir un dispositif gradué d'offre de soins psychiatriques dans les services d'urgence, dans toute la région :
  - au Centre Hospitalier de Belfort Montbéliard : à l'ouverture du nouvel hôpital, disposer d'un service d'urgence unique de niveau 3
  - au Centre Hospitalier Intercommunal de Haute Comté : d'ici fin 2014, disposer d'un service d'urgence de niveau 2.

- Formaliser les recours aux services de soins psychiatriques par les services d'urgence.
Les services d'urgence de niveau 1 devront, d'ici fin 2014, organiser et formaliser les modalités de recours à un avis de psychiatre extérieur au site, selon les plages horaires, ainsi que les modalités de transfert des patient-e-s pour évaluation vers un site de niveau supérieur.

Indicateurs

- Existence d'un service d'urgence unique de niveau 3 au Centre Hospitalier de Belfort Montbéliard,
- Existence d'un service d'urgence de niveau 2 au Centre Hospitalier Intercommunal de Haute Comté,
- Nombre de services d'urgence de niveau 1 ayant organisé et formalisé les modalités de recours à un avis de psychiatre extérieur au site, selon les plages horaires, ainsi que les modalités de transfert des patient-e-s pour évaluation vers un site de niveau supérieur.

3.4.3 Approfondir la réflexion sur des points spécifiques

a) La prise en charge des adolescent-e-s « en crise »

Objectifs

- Recenser, d'ici la fin du 1er semestre 2014, les besoins liés aux situations d'adolescent-e-s « en crise » dans la région, à partir notamment des services d'urgences, des maisons des adolescents...

- Proposer, d'ici la fin du 1er semestre 2014, des modalités d'organisation facilitant l'hospitalisation des adolescent-e-s « en crise » sur le territoire de chaque centre hospitalier gérant la psychiatrie.

Indicateurs

- Existence d'un état des lieux des besoins liés aux situations d'adolescent-e-s « en crise » dans la région,
- Existence de propositions de modalités d'organisation facilitant l'hospitalisation des adolescent-e-s « en crise » sur le territoire de chaque centre hospitalier gérant la psychiatrie.

b) Les transports

A l'automne 2013, une plateforme régionale ambulancière (transport couché) doit être mise en place, fonctionnant 7j/7 de 6 h à 0 h. Cette plateforme, accessible par un numéro d'appel unique par les établissements, sera chargée de rechercher les moyens disponibles pour les urgences pré-hospitalières, les transferts inter-hospitaliers, les retours à domicile. Le médecin prescripteur à l'origine de la prescription médicale de transport s'engage à respecter les textes de référence inhérents à la législation des transports.

Objectif

- Rechercher, d'ici la fin du 1er semestre 2014, les organisations permettant de répondre aux besoins de la psychiatrie, au sein des instances de gouvernance de la plateforme régionale ambulancière.

Indicateur

- Nombre de réunions des instances de gouvernance de la plateforme régionale ambulancière au cours desquelles les organisations permettant de répondre aux besoins de la psychiatrie ont été abordées.

Modification des objectifs quantifiés en implantations du volet Psychiatrie du SROS – PRS

I - L'Association Hospitalière de Franche Comté a sollicité la transformation de l'actuel centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) du site de Bavilliers en un hôpital de jour de psychiatrie du sujet âgé, ainsi que la transformation du CATTP de Jussey en un hôpital de jour adulte afin de pouvoir prodiguer des actions thérapeutiques et éducatives plus intensives qu'en CATTP. Les CATTP ne sont pas soumis à autorisation et ne figurent donc pas dans les objectifs quantifiés d'implantations du volet psychiatrie du SROS, à la différence des hôpitaux de jour.

II - Les ministères de la Santé et de la Justice ont défini de nouvelles orientations en matière de prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice et préconise une organisation des soins psychiatriques, structuré en trois niveaux :

- **le niveau 1** regroupe les consultations, les prestations et activités ambulatoires ;
- **le niveau 2** regroupe les soins requérant une prise en charge à temps partiel (alternative à l'hospitalisation complète) ;
- **le niveau 3** regroupe les soins requérant une hospitalisation à temps complet.

Les ministères de la Santé et de la Justice préconisent que chaque région dispose d'au moins une unité sanitaire de niveau 2 (hôpital de jour) au sein d'un établissement pénitentiaire.

➔ Modifications à intégrer pages 78 et 79 du SROS :

6. Objectifs quantifiés en implantations

6.1. Psychiatrie adultes

Bavilliers	1 implantation d'hospitalisation complète 1 implantation d'hospitalisation de jour de psychogériatrie 1 implantation de placement familial thérapeutique 1 implantation d'hospitalisation de nuit
Jussey	1 implantation d'hospitalisation de jour
Besançon	1 implantation d'hospitalisation de jour pour personnes détenues au sein d'un établissement pénitentiaire

Le reste sans changement

Révision du Projet régional de santé
Schéma régional d'organisation des soins

Janvier 2014

Volet Réanimation, soins intensifs et surveillance continue

Le texte ci-dessous complète et modifie la fiche initiale.
Les ajouts apportés figurent en rouge

2. DIAGNOSTIC

2.1. Etat des lieux actualisé au 30 septembre 2013

Les capacités ont fortement évoluées depuis le 1° janvier 2011.

2.1.1. Réanimation

2.1.1.1. Implantations et capacités

Réanimation adulte:
Installation de 5 lits supplémentaires en réanimation médicale au CHU et d'un lit supplémentaire au CHBM site de Belfort
Soit un total de 88 lits sur la région franche Comté (5 établissements, 7 services).

Réanimation pédiatrique :
Réduction de capacité de 1 lit soit 3 lits installés depuis le transfert du site de St Jaques à Minjoz

Réanimation néonatale
Capacité de 10 lits inchangée

2.1.1.2. Respect des normes réglementaires

Tout site hospitalier ayant une unité de réanimation doit disposer d'une unité de surveillance continue adjointe à la réanimation ou placée sous la même responsabilité.
Seul le CH Pasteur de Dole ne répond pas à cette obligation pour la réanimation adulte.
Toutes les unités sont égales ou supérieures à 8 lits.

La mise aux normes des personnels médicaux et paramédicaux a été réalisée pour l'essentiel.

Les conventions de transfert ont été signées entre le CHU et chaque CH pratiquant l'activité de réanimation pour la réanimation adulte et pédiatrique et les soins intensifs spécialisés.Des conventions sont signées entre les CH pratiquant la réanimation et les établissements ayant une activité de soins intensifs ou surveillance continue.

Les recommandations et orientations stratégiques du SROS sont globalement atteintes pour la réanimation à l'exception de la mise en œuvre de surveillance continue adjointe aux unités de réanimation du CH Dole.

2.1.1.3. Evaluation qualitative (source établissement)

Les indicateurs de qualité et de suivi préconisés pour la réanimation dans le SROS111 sont remplis et utilisés par les établissements.

2.1.1.4. Adaptation à l'emploi des personnels

Cette orientation du SROS III ne s'est pas concrétisée

2.1.2. Soins intensifs

Le SROS 3 prévoyait hors soins intensifs de cardiologie :
-Une gradation des niveaux de prise en charge par une répartition des implantations par territoire :2 implantations de recours spécialisées au CHU pour la région (11 spécialités médicales et chirurgicales concernées), 1 implantation de soins intensifs neurovasculaires à Montbéliard, à Lons, Dole et Vesoul.
-1 unité de soins intensifs en néphrologie à Montbéliard.
Une clarification des appellations de SI SC.

2.1.2.1. Implantations soins intensifs adultes

-Soins intensifs de cardiologie :
Augmentation de capacité pour atteindre 61 lits installés au CHU, dans les CH pivots et à la clinique St Vincent.

Ces implantations correspondent aux orientations du SROS 3.
Les conventions de recours ont été signées entre le CHU ou les CH ayant une unité de réanimation et les établissements ayant une unité de soins intensifs en cardiologie.

-Soins intensifs neuro-vasculaires :
Création d'une UNV de 3 lits au CH de Lons le saunier au 22 mars 2012 pour atteindre 15 lits en Franche Comté.
L'unité prévue au CH de Haute Saône n'est pas mise en œuvre.

- Autres soins spécialisés :
suppression de 5 lits de soins intensifs en urologie au CHRU au 1 novembre 2012 portant le total des lits de soins intensifs autres spécialités en région à 83.

2.1.2.2. Implantations soins intensifs en néonatologie et en pédiatrie

Soins intensifs en onco hématologie pédiatrique : Augmentation de 1 lit de au CHRU le 1 janvier 2011 pour atteindre 4 lits

Soins intensifs en néonatalogie : Augmentation de 1 lit de au CHRU le 1 novembre 2012 portant le total des lits de soins intensifs en néonatalogie en région à 21 répartis entre le CHU , le CHBM et le CH de Lons le Saunier

2.1.3 Surveillance continue adulte
Le SROS 3 prévoyait que tout établissement exerçant en MCO et ne disposant pas de réanimation devait passer convention avec un établissement de recours pour la réanimation.
Tous les établissements disposant d'une unité de surveillance continue ont signé cette convention.

2.1.3.1 Implantation unités de surveillance continue adultes

Création de 4 lits de surveillance continue post réanimation médicale au CHRU le 1 juillet 2011
Création de 4 lits de surveillance continue cardiologie au CH Pasteur Dole le 1 juillet 2011
Création de 6 lits de surveillance continue à la clinique de Montbéliard le 1 février 2012
Création de (5) lits de surveillance continue post réanimation chirurgicale au CHRU le 1 novembre 2012
Création de 2 lits de surveillance continue post réanimation au CH de Lons le saunier le 1 décembre 2012
Soit un total de 109 lits de surveillance continue adulte pour la région
Presque tous les établissements ayant une activité de chirurgie et n'ayant pas de service de réanimation sont dotés d'unité de surveillance continue.
En fonction de l'activité future développée par la Clinique du Jura, l'opportunité une implantation pourra être évaluée.

<u>Implantations unités de surveillance continue pédiatriques</u>

Création de 4 lits de surveillance continue oncohémato pédiatrique au CHRU le 1 janvier 2011
Création de 4 lits de surveillance continue chirurgicale pédiatrique au CHRU le 1 février 2011
Création de 4 lits de surveillance continue post réanimation pédiatrique au CHRU le 1 novembre 2011
Soit un total de 12 lits de surveillance continue pédiatrique pour la région

2.2. Données d'activité

Une enquête prospective a été menée pendant 15 jours afin d'évaluer les besoins de la région en réanimation, soins intensifs et surveillance continue et mettre en évidence les éventuelles difficultés d'admission et de sortie de ces unités et leurs motifs (du 14 mars au 27 mars 2011).
Les résultats de cette enquête ont été diffusés en octobre 2012 aux établissements.

Cette enquête, rapprochée des indicateurs d'activité annuels, met en évidence des taux d'occupation (PMSI des RUM) très variables d'une unité de réanimation à l'autre : TO minimum 65,45 % réanimation du CH de Dole et TO maximum 98,33 % au CHBM site de Belfort pour une moyenne régionale à 84.4%.

Les difficultés de sortie des unités de réanimation constatées lors de l'enquête sont essentiellement dues à l'absence de places en unité de surveillance continue ou à l'absence de ce type de prise en charge existante dans l'établissement, et à un moindre degré à l'absence de place en service conventionnel. L'impact médical pour le patient d'une prise en charge inadaptée et l'impact financier pour les établissements n'est pas négligeable.

La conclusion de cette enquête était la suivante :

En réanimation, l'installation de places supplémentaires dans la région sur les sites où le taux d'occupation était supérieur à 90% devrait permettre de répondre aux besoins Cependant la persistance d'un taux d'occupation faible en réanimation du CH de Dole confirme la réflexion sur la pertinence de ces lits déjà engagée dans le cadre de l'élaboration du SROS III.

La population de la zone de Dole peut recourir dans des délais raisonnables aux infrastructures sanitaires des 2 CHRU (Besançon et Dijon) et de celle du Centre Hospitalier de Lons le saunier.

La configuration géographique et climatique ne présente pas de difficulté particulière.

Les capacités régionales, au regard des taux d'occupation dans les différentes unités de réanimation et en tenant compte de l'augmentation des capacités en réanimation et en surveillance continue devraient permettre d'absorber les besoins en réanimation de la zone Doloise.

En soins intensifs les dernières augmentations de capacité paraissent suffisantes.

En surveillance continue, les capacités ont été fortement augmentées en région sans régler le défaut de conformité des CH de Dole et de Lons le Saunier qui ne disposent toujours pas d'une surveillance continue post-réanimation.

Les taux d'occupation extrêmement hétérogènes et la part des suppléments SRC très faible constatée dans certaines unités de surveillance continue seront des éléments à prendre en compte dans la révision des reconnaissances contractuelles de ces unités dans le cadre des prochains CPOM ARS-établissements.

3- ORIENTATIONS STRATEGIQUES - OBJECTIFS REGIONAUX

3.1. Améliorer l'accès aux soins

- Conforter sur l'ensemble du territoire une organisation graduée et coordonnée des trois niveaux de soins (réanimation, soins intensifs, surveillance continue),
- Organiser la régulation des lits de réanimation.

3.2. Améliorer la qualité et la sécurité des soins

- Respecter les normes réglementaires,
- Adapter les moyens en personnel,
- Développer les prélèvements d'organes et de tissus,
- Développer l'évaluation des pratiques.

3.3. Améliorer l'efficience

- Optimiser la gestion des ressources médicales et paramédicales,
- Réduire les durées moyennes de séjour,
- Faciliter la filière des patients de réanimation.

4 - SCHEMA CIBLE DE L'ORGANISATION REGIONALE DE L'ACTIVITE

4.1. Améliorer l'accès aux soins

4.1.1. Conforter sur l'ensemble du territoire une organisation graduée et coordonnée des trois niveaux de soins (réanimation, soins intensifs, surveillance continue)

4.1.1.1. Niveau régional

Le CHU est identifié comme seul niveau régional et dispose d'unités de réanimation spécialisées et d'unités de soins intensifs spécialisées identifiées.
La réanimation pédiatrique et néonatale est assurée au CHU.

4.1.1.2. Niveau de recours

Le niveau de recours dispose d'au moins une unité de réanimation et d'une unité de soins intensifs en cardiologie.
Les niveaux recours doivent être concentrés sur des sites pivots afin de garantir une utilisation effective et pérenne des structures de réanimation, dotées des ressources médicales requises et d'un plateau technique significatif.
Les résultats de l''étude régionale sur les dispersions en matière d'activité et de fonctionnement conduisent à recomposer les implantations de réanimation.

Les capacités prévisionnelles sont suffisantes pour répondre aux besoins de la région, cependant on constate un déficit au nord Franche Comté dont la capacité des unités a été augmentée dans le Nord Franche-Comté en s'appuyant sur une nouvelle organisation et sans attendre le site médian.

4.1.1.3. Soins intensifs

La création des unités de soins intensifs neurovasculaires est traitée par le volet « prise en charge des cérébro-lésés ».Les lits "subaigus" ne sont pas reconnus comme soins intensifs.

Les unités de soins intensifs de néonatologie sont implantées au sud et au nord de la région et relèvent du volet « périnatalité ».

4.1.1.4. Surveillance Continue

Les établissements non détenteurs d'une autorisation d'activité de réanimation, peuvent se doter d'une surveillance continue en fonction des besoins territoriaux et compte tenu de l'éloignement géographique. Les implantations des unités existantes ne sont pas remises en cause.

Tout établissement disposant d'une autorisation de chirurgie carcinologique se dotera d'une unité de surveillance continue.
Les établissements s'attacheront à placer préférentiellement des patients relevant des critères du Code de la Santé Publique et des décrets de facturation suppléments tarifaires SRC.

Des recommandations de structure et d'environnement de la Société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR) et de la Société de Réanimation de Langue Française (SRLF) pour les USC pourraient être partagées et utilisées lors des demandes de reconnaissance contractuelle.

4.1.2. Organiser la régulation des lits de réanimation

Les réanimateurs devront mener une réflexion sur la possibilité d'avoir un outil de régulation régional des lits de réanimation dans le cadre du répertoire organisationnel des ressources. Dans l'attente, une concertation régionale et une information réciproque des établissements doit être réalisée lors de la programmation de fermeture temporaire, même partielle, de lits de réanimation et/ou de soins intensifs

4.2. Améliorer la qualité et la sécurité des soins

4.2.1. Mise aux normes réglementaires :

Les établissements disposant d'au moins une unité de réanimation doivent être dotés d'une unité de surveillance continue adjointe ou sous la responsabilité de l'unité de réanimation. La localisation des unités de surveillance continue doit être préférentiellement adjointe aux unités de réanimation sous la responsabilité de la même équipe afin de favoriser les mutualisations de moyens et la filiarisation des patients.

Le CHU et le CH de Lons le Saunier devront se conformer à la règlementation et devront se doter d'unités de surveillance continue adjointes aux unités de réanimation.

4.2.2. Adapter les personnels à la prise de poste en réanimation, soins intensifs et surveillance continue :

Afin de développer la formation et le soutien psychologique des soignants, une adaptation à la prise de poste des personnels de réanimation de soins intensifs et de surveillance continue est recherchée dans le cadre de formations mutualisées. Elle intégrera également la prise en charge de la douleur, des soins de fin de vie et l'accès aux soins palliatifs. Cette formation sera organisée, avant la fin de l'année 2015, par les établissements eux-mêmes soit sur la base de leurs ressources internes, soit pour les établissements qui n'en disposent pas, en se rapprochant des établissements sites pivots de la région ou des organismes de formation ad hoc.

4.2.3. Développer les prélèvements d'organes et de tissus

L'inscription systématique des équipes de réanimation au réseau régional de prélèvement auprès de l'Agence de biomédecine devra être effective dès 2012.
Dans le Nord Franche Comté la sensibilisation du personnel et le repérage des éventuels donneurs devront être améliorés et se traduire par une augmentation du nombre de prélèvements réalisés (cf.volet SROS-PRS IRC).

4.2.4. Développer l'évaluation des pratiques

Les indicateurs quantitatifs et qualitatifs régionaux en réanimation sont définis par le groupe technique régional en incluant les indicateurs nationaux. Leur transmission annuelle fait l'objet d'un partage et d'une analyse par ce groupe.
Une analyse régionale qualitative de l'activité de soins intensifs et de surveillance continue sera réalisée. Les indicateurs choisis sont recensés annuellement et partagés comme ceux de la réanimation.

Les besoins pour les futures demande de reconnaissance contractuelle seront appréciées en fonction des résultats de l'enquête prospective des besoins de la région en réanimation, soins intensifs et surveillance continue et de mise en évidence des éventuelles difficultés d'admission et de sortie de ces unités et de leurs motifs.
Un cahier des charges régional des conditions de reconnaissance de surveillance continue a été élaboré à partir des référentiels actuels et diffusé en octobre 2012. Il déterminera la nature de l'évaluation annuelle.

Les CPOM des établissements préciseront les capacités reconnues et les modalités de transmission de l'évaluation annuelle de l'activité à l'ARS.

L'adaptation à l'emploi et les formations mutualisées seront aussi évaluées annuellement.

4.3. Améliorer l'efficience

L'optimisation de la gestion des ressources médicales et paramédicales devra être recherchée :

-par le regroupement physique sur chaque site des activités de réanimation et de surveillance continue,

- par la fusion d'unités de petites tailles existant au sein d'un même établissement,

- par des capacités des unités de réanimation et des soins en intensifs en cardiologie si possible d'un multiple correspondant aux normes réglementaires de personnel paramédical.

-Pour faciliter la filière des patients, la localisation et l'organisation des unités de SC seront préférentiellement liées au service de réanimation.

L'UNV est « de préférence » située dans un service de neurologie, elle est composée de lits aigus pour la stabilisation de l'état clinique du patient et lits

subaigus pour la suite du traitement. Selon les possibilités et facilités de l'établissement, pour des raisons d'efficience, de sécurité et de mutualisation des compétences, les lits aigus peuvent être situés dans ou à proximité d'une unité de soins intensifs cardiologiques ou à défaut d'une unité de surveillance continue.

- L'organisation de modules de formation spécifiques pour les personnels médicaux et paramédicaux des structures SSR visera à faciliter la filière des patients de réanimation et à réduire les durées moyennes de séjour.

5. PROJET DE COOPERATION

En cas de saturation des filières normales y compris interrégionales, des solutions d'exception devront être recherchées avec un partenariat international (Suisse)

6- OBJECTIFS QUANTIFIES EN IMPLANTATION

Une implantation est décomptée dès qu'est pratiquée en lieu donné une activité
- de réanimation et la spécialité,
- de soins intensifs en isolant les soins intensifs de cardiologie et neurovasculaires,
- de surveillance continue
en différenciant les adultes, les enfants et la néonatalogie.

Il est comptabilisé autant d'implantations :

- que de sites différents où est pratiquée une activité de soins par la même entité juridique,
- que d'établissements qui exercent le même type d'activité sur le même site.

Aire urbaine de Belfort-Montbéliard

1 implantation de réanimation polyvalente à Belfort (regroupement avec Montbéliard sur le site du nouvel hôpital à Trévenans)
1 implantation de réanimation polyvalente à Montbéliard (regroupement avec Belfort sur le site du nouvel hôpital à Trévenans)
1 implantation de soins intensifs en cardiologie à Belfort (regroupement avec Montbéliard après l'ouverture du nouvel hôpital à Trévenans)
1 implantation de soins intensifs en cardiologie à Montbéliard (regroupement avec Belfort après l'ouverture du nouvel hôpital à Trévenans)
1 implantation de soins intensifs neurovasculaires
1 implantation de soins intensifs néonatologie à Belfort avec à terme 1 implantation sur le site du nouvel hôpital à Trévenans
2 implantations de surveillance continue à Belfort et 2 implantations de surveillance continue à Montbéliard avec pour objectif 3 implantations après l'ouverture du nouvel hôpital à Trévenans)

Besançon

1 implantation de recours pour la région en réanimation chirurgicale
1 implantation de recours pour la région en réanimation médicale
1 implantation de recours pour la région en réanimation néonatale
1 implantation de recours pour la région réanimation pédiatrique
2 implantations en soins intensifs en cardiologie
1 implantation en soins intensifs spécialisés
1 implantation en soins intensifs neurovasculaires
1 implantation en soins intensifs en néonatalogie
1 implantation en soins intensifs pédiatriques spécialisés en onco-hématologie
3 implantations de surveillance continue adulte
1 implantation de surveillance continue pédiatrique spécialisée en onco hématologie :
1 implantation de surveillance continue pédiatrique
1 implantation de Caisson hyperbare

Gray

1 implantation de surveillance continue

Pontarlier

1 implantation de surveillance continue

Dole

1 implantation en soins intensifs en cardiologie
2 implantations de surveillance continue

Lons le Saunier

1 implantation de réanimation polyvalente
1 implantation en soins intensifs en cardiologie
1 implantation en soins intensifs neurovasculaires
1 implantation en soins intensifs en néonatalogie
1 implantation de surveillance continue

St Claude

1 implantation de surveillance continue

Vesoul

1 implantation de réanimation polyvalente
1 implantation en soins intensifs en cardiologie
1 implantation en soins intensifs neurovasculaires
2 implantations de surveillance continue

7. INDICATEURS DE SUIVI

7.1 Indicateurs nationaux

Pour la réanimation adulte et la réanimation pédiatrique :

- Taux d'occupation
- Taux de recours
- Durée moyenne de séjour par établissement
- indice de gravité simplifié « seconde version » (IG2) moyen

Pour les soins intensifs et la surveillance continue

- Nombre de lits par établissement
- Nombre d'unité par établissement

7.2 Indicateurs régionaux

Définition d'un tableau de bord régional partagé des indicateurs pour la réanimation, les soins intensifs et la surveillance continue :

- Nombre d'entrées
- Nombre de journées
- Suppléments REA, STF et SRC par unité rapportés au nombre de journées par unité
- Nombre de patients (file active)
- Nombre de patients séjournant moins d'un jour

Et plus spécifiquement en réanimation :

- Pourcentage de patients ventilés
- Pourcentage de patients ventilés plus de 48h
- Pourcentage de patients bénéficiant d'une épuration extra-rénale
- Pourcentage de patients sous amines durant leur séjour
- Pourcentage de décès
- Pourcentage de décès théorique

Agence Régionale de Santé
Franche-Comté

Révision du Projet régional de santé
Schéma régional d'organisation des soins

Janvier 2014

Volet Urgences

La fiche Urgences ci-dessous remplace la fiche initiale.
Les modifications apportées figurent en rouge

Transversalité dans le PRS :

Liens de la fiche avec le Plan stratégique régional de santé (PSRS)

Enjeu / Priorité / Objectif du PSRS	Libellé
Enjeu 1	Assurer une offre de santé de qualité et impulser les réorganisations nécessaires dans un cadre budgétaire solidaire et maîtrisé.
Priorité1 Objectif 1.2	Optimiser la sécurité sanitaire en renforçant la performance du dispositif de veille et de gestion des alertes pour diminuer les risques dans l'environnement de chacun.
Priorité 2 Objectif 2.3	Changer le regard sur les troubles mentaux et les souffrances psychiques à tous les âges de la vie, les repérer, et favoriser l'accès aux soins des personnes en souffrance psychique, notamment pour prévenir les risques de suicide.
Priorité 3 Objectif 3.2	Améliorer l'interface et la complémentarité entre, d'une part, les différents niveaux de recours à la santé et aux soins, et d'autre part, les différents champs d'intervention.
Priorité 3 Objectif 3.3	Améliorer la formation initiale et continue pluridisciplinaire.
Priorité 3 Objectif 3.4	Conforter la place des usagers dans l'organisation du système de santé en facilitant l'accès à l'information sur l'offre de santé et en donnant une plus grande lisibilité au parcours de soins.

Liens de la fiche avec les autres schémas

Schéma	Fiche
SRP	VAGUSAN.
SROMS	Personnes âgées, Personnes handicapées.

1. Contexte

1.1. Contexte politique

La ministre s'est engagée, dès l'automne 2012, à placer les urgences hospitalières au cœur de ses actions et à mobiliser pour cela l'ensemble des partenaires. Les ARS sont en première ligne de ces actions, à la fois pour décliner opérationnellement les priorités définies mais également pour mettre en place les réponses les plus adaptées aux besoins de leurs territoires.

Le plan d'action comporte trois volets :
1er volet : « accessibilités à des soins urgents » pour répondre à l'engagement du président de la république : à partir du diagnostic concerté des territoires à plus de 30 minutes d'accès de soins urgents, il décrit les actions et les solutions mises en place ou à mobiliser pour améliorer l'accès de la population à des soins urgents ;
2ème volet : « traitement de la saturation des urgences » : il identifie les actions mises en place ou à venir pour améliorer la gestion des flux au sein des établissements dans leur intégralité et ainsi contribuer à fluidifier l'aval des urgences ;
3ème volet : « anticipation des situations de tension » : il présente des outils utilisés pour anticiper les situations de tension des services d'urgence, qu'elles soient liées à des facteurs structurels ou conjoncturels, mais qui fragilisent les conditions d'accueil et de prise en charge des patients et génèrent un sentiment de dégradation des conditions de travail chez les professionnels.

Un premier bilan sur les actions entreprises dans la région et les actions à mettre en place dans ce cadre doit être réalisé et remonté au niveau national pour le 1er octobre 2012.

Les urgences sont le lieu du « tout en un », où une prise en charge non programmée complète (examens complémentaires, et avis du spécialiste compris) est effectuée et conduit en un temps réduit à un diagnostic et à l'orientation dans la filière ad hoc. Elles sont donc devenues depuis les années 1990 un mode de recours pour de nombreux patients ne présentant pas pour autant tous un état de santé considéré comme grave ou relevant d'une urgence vitale.

Aussi, au-delà de ce plan très centré sur l'hôpital et son fonctionnement, il convient de travailler :
- Au développement de la prise en charge en ambulatoire des soins non programmés ne relevant pas d'une urgence vitale pendant les périodes d'ouverture et de fermeture des cabinets médicaux ;
- Au développement de structures ambulatoires à même de prendre en charge des petites « urgences » ne relevant pas non plus de l'hospitalier ;
- Aux démarches permettant d'éviter un passage aux urgences inutile, en particulier pour les personnes âgées ;
- Et par ailleurs à la prise en charge en aval du service d'urgence et l'organisation du retour à domicile.

1.2. Contexte règlementaire

- Loi n°86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires dote les départements d'un numéro d'appel unique : le 15.
- Le Code Général des Collectivités Territoriales, articles L.1421-1 et suivants, et L 1424-23 relatif aux missions et compétences du service de santé et de secours médical des sapeurs pompiers.
- Décrets n° 2006-576 relatif à la médecine d'urgence et n° 2006-577 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicable applicables aux structures de médecine d'urgence, du 22 mai 2006.
- Arrêté ministériel du 12 février 2007 relatif aux médecins correspondants du service d'aide médicale urgente.
- Arrêté interministériel du 24 avril 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant sur l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale d'urgence.
- Arrêté du 5 mai 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant organisation de la réponse ambulancière à l'urgence pré-hospitalière.
- Circulaire du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences.
- Plan urgences du 30 septembre 2003.

- Circulaire DHOS/01 n°2007-65 du 13 février 2007 relative à la prise en charge des urgences.
- Circulaire DSC/DHOS/2009/192 du 14 octobre 2009 relative à l'application de l'arrêté interministériel du 24 avril 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant sur l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale d'urgence et de l'arrêté du 5 mai 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant organisation de la réponse ambulancière à l'urgence pré-hospitalière.
- Instruction N°DGOS/R2/2013/261 du 27 juin 2013 relative aux plans d'actions régionaux sur les urgences.
- Arrêté du 24 juillet 2013 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicales produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité de médecine d'urgence et à la transmissions d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L 6113-8 du code de la santé publique et dans un but de veille et de sécurité sanitaires.
- Instruction N°DGOS/R2/DGS/DUS/2013/315 du 31 juillet 2013 relative aux résumés de passage aux urgences.

2. Diagnostic

2.1. Activité des services d'urgences en 2009

	SAMU – Nombre de dossiers de régulation	SAMU - Nombre de dossiers de régulation médicale	Nombre de passages aux urgences	Nombre total d'interventions	Nombre d'interventions primaires
Lure *			8972	894	793
Luxeuil-les-Bains *			8484	386	315
Vesoul			28 424	1 342	1 189
Gray			11 255	745	574
Dole			26 709	1 621	1 393
Lons-le-Saunier			25 405	1 730	1 532
Champagnole			7 907	593	502
Saint-Claude			12 247	436	327
Morez			5800	232	222
Belfort	92 455	27 655	37 929	2 272	2 041
Montbéliard			37 211	2 302	2 168
Besançon	273 307	169 014	42 086**	4 442	3 679
Pontarlier			23 745	1 381	1 108
	365 762	196 669	276 174	18 376	15 823

* Il n'y a pas de service d'urgences mais un service de consultations non programmées
** Ne prend pas en compte les passages en urgences pour raison traumatologique et gynécologique ou urologique.
Source : ARS-SAE 2012

2.2. Etat des lieux : bilan du SROS III

2.2.1. Les autorisations au 30 novembre 2009

Territoire	Implantations	Autorisés
Belfort Héricourt Montbéliard	CH Belfort	1 centre 15 1 structure des urgences 1 SMUR
	CH Montbéliard	1 structure des urgences 1 SMUR
Besançon Gray	CHU Besançon	1 centre 15 2 structures des urgences dont 1 pédiatrique 1 SMUR
	CH Gray	1 structure des urgences 1 SMUR
Pontarlier	CH Pontarlier	1 structure des urgences 1 SMUR
Dole	CH Dole	1 structure des urgences 1 SMUR

Territoire	Implantations	Autorisés
Lons-le-Saunier Champagnole Saint-Claude	CH Lons-le-Saunier	1 structure des urgences 1 SMUR
	CH Champagnole	1 structure des urgences 1 SMUR
	CH Morez	1 antenne du SMUR de Lons le Saunier
	CH Saint-Claude	1 structure des urgences 1 SMUR
Vesoul Lure Luxeuil-les-Bains	CHI Vesoul	1 structure des urgences 1 SMUR
	CH Lure	1 SMUR
	CH Luxeuil-les-Bains	1 SMUR

2.2.2. Pré-hospitalier

2.2.2.1. Amélioration de la prise en charge pré-hospitalière

Conformité des SMUR (notamment en ce qui concerne la composition des équipes) : une grande majorité des SMUR répondent aux critères de conformité.

2.2.2.2. Amélioration de la qualité et de la sécurité de la réponse téléphonique 15

- La coordination entre les régulations libérales et hospitalière
  L'ACORELI (Association Comtoise de Régulation Libérale) a été créée le 1er février 2005 pour organiser la régulation libérale de nuit et WE sur l'e Franche-Comté, en même temps que le regroupement des départements du Jura, du Doubs et de la Haute-Saône sur le Centre 15 de Besançon.
  Composée de 65 médecins généralistes libéraux volontaires et expérimentés, l'association a mis en place, en partenariat avec le SAMU 25, dans les locaux du Centre 15, un centre de régulation libérale doté depuis 2008 d'un numéro d'appel couvrant l'ensemble du territoire régional (3966) afin de mieux répondre à cette activité non programmée. Les deux plateformes (15 et 3966) sont interconnectées.
  Tous les assistants de régulation médicale (ARM) et les médecins régulateurs, libéraux et hospitaliers, sont sur la même plateforme, ce qui facilite un travail coordonné autour de la prise en charge des patients. Les ARM jouent un rôle essentiel dans le sens où ils orientent les appels en fonction des informations données par la personne appelant. Par ailleurs, à Besançon, les ARM utilisent un même outil commun : le ProQA (système de questionnement clairement structuré (algorithme) permettant une aide à la décision dans l'évaluation de l'urgence et sa prise en charge)
  L'articulation entre la régulation libérale (le 3966) et le centre 15 est opérationnelle.
  Concernant les systèmes d'information, il apparaît que le logiciel CENTAURE 15 actuellement utilisé est obsolète et ne répond plus aux besoins du Centre 15. Le CHU souhaite donc travailler sur un cahier des charges pour y remédier et lancer un appel d'offre.

- La création d'une 2ème plateforme sur le Nord Franche-Comté.
  Cette orientation n'a pas été mise en œuvre. Un arbitrage ministériel de février 2011 maintient un centre de réception et de régulation des appels (CRRA) strictement réservé au département du Territoire de Belfort, avec une bascule de nuit à compter de minuit sur le CRRA 25.

- La coordination avec la plateforme ambulancière
  Actuellement la coordination ambulancière est effective sur les départements du Doubs, du Jura et de la Haute-Saône en journée de 8h à 20h, avec un coordonnateur dédié sur la plateforme. La régionalisation complète de cette plateforme est toujours en réflexion.

Une proposition avait été faite à l'époque à l'ARH de mettre en place un coordonnateur ambulancier en début de soirée (8h/00h) et en tout début de matinée (06h/08h) mais cette proposition est restée sans suite.
Un coordonnateur ambulancier est également présent sur la plateforme de Belfort de 8hà 18h.

- Admissions directes dans les services
  Cette orientation stratégique n'a pas été déployée et standardisée dans les CH en dehors des filières mises en place dans les établissements.

2.2.2.3. Développement des Centres d'Enseignements des Soins d'Urgence

Les CESU de Dole et Belfort ont obtenu leur agrément fin 2010. Le CESU de Vesoul qui fonctionne doit renouveler sa demande sous peu. Enfin le CESU de Besançon devrait demander un agrément pour la première fois en 2011. Le réseau des CESU est en cours de formalisation.

2.2.2.4. Mise en cohérence des schémas départementaux d'analyse et de couverture des risques (SDACR) et du SROS

Cette orientation stratégique s'est heurtée à une difficulté compte-tenu notamment des procédures d'élaboration différentes selon les départements. Dans un premier temps l'idée était d'élaborer a minima une cartographie commune des moyens selon les mêmes modalités, mais cela n'a pu être réalisé au niveau régional.

2.2.3. Intra-hospitalier : fonctionnement des services d'urgences

L'infirmier d'accueil et d'orientation (IAO) en charge d'accueillir et d'orienter les patients à leur entrée dans le service des urgences est présent :
- au CHU H24 ;
- à Vesoul, Lons-le Saunier, CHBM, Pontarlier, Dole, Champagnole, Gray, St Claude selon des modalités variables (par exemple au CHI un IAO de 11h à 21h30, à Dole de 9h40 à 20h).

Des zones de surveillance de très courte durée (UHCD) existent dans tous les établissements qui disposent d'une autorisation de médecine d'urgence. Toutefois, le CHU se retrouve en difficulté depuis avril 2011 avec seulement 3 lits en UHCD.

Des commissions des admissions et des consultations non programmées existent au CHU et au CHBM.

2.2.4. Système d'information et télémédecine

Les objectifs des systèmes d'information des services d'urgence sont notamment d'améliorer la coordination et la traçabilité de la prise en charge et de la gestion des flux de patients, le partage des informations (y compris vers le DMP), l'évaluation et la surveillance. Ils constituent les outils contribuant à l'évaluation descriptive des activités d'urgences dans le but d'améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients ainsi que la veille et à l'alerte sanitaire. Ce sont donc à la fois des systèmes opérationnels de suivi et d'aide à la décision.

2.2.5. Inter-hospitaliers

Le réseau régional des urgences (RRU) a été mis en place en 2009 sous la forme de groupement de coopération sanitaire avec pour missions de :
- permettre l'accès à une structure d'accueil des urgences de proximité et/ou un accès rapide à une réponse téléphonique coordonnée ;

- assurer la performance de prise en charge des urgences par une meilleure identification des ressources existantes au sein de la région et l'optimisation de l'orientation des patients ;
- garantir la sécurité et la continuité des prises en charge par l'accès à des spécialités ou à des capacités d'hospitalisation adaptées aux besoins des patients ;
- constituer le cadre d'une organisation commune permettant l'intervention des professionnels des établissements détenteurs d'une autorisation d'activité de soins en médecine d'urgence pour mettre en œuvre une coopération et une organisation de cette activité en cohérence avec les projets médicaux des territoires de santé, le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS), voire l'inter région pour les soins très spécialisés ;
- favoriser l'identification des ressources dont disposent les établissements des territoires de santé et l'actualisation d'un répertoire opérationnel des ressources (ROR) ;
- optimiser l'organisation des ressources de proximité, la fluidité des parcours de l'amont à l'aval en articulation avec les différents acteurs impliqués (structures des urgences, établissements médico-sociaux, médecine ambulatoire, maisons médicales de garde, etc...) ;
- assurer le suivi anonymisé de la prise en charge des malades aux urgences et de leur trajectoire de soins dans le cadre de l'Observatoire Régional des Urgences (ORU) et d'en informer régulièrement aux établissements et tutelles concernés, l'ORU pouvant servir de support aux études qui pourraient être demandées par les partenaires.

L'observatoire régional des urgences (ORU), dont la principale mission est d'améliorer la connaissance qualitative et quantitative de l'activité des services d'urgence de la région, a réalisé deux rapports annuels : 2008 et 2009. Il s'agit d'une analyse descriptive de l'activité quantitative des services d'urgences qui donne des informations sur : le nombre de passage aux urgences, les caractéristiques des patients, le mode d'arrivée aux urgences, les pathologies prises en charge.

2.3. Mise en exergue des points forts ainsi que des axes de consolidation et/ou d'amélioration

2.3.1. Points forts

- Le GCS « Réseau régional des urgences de Franche-Comté » est maintenant constitué de l'ensemble des établissements sollicitant l'autorisation d'activité de prise en charge des patients accueillis au service des urgences. Le GCS dispose d'un comité scientifique piloté par le médecin coordinateur. Quatre groupes de travail ont été mis en place sur (1) les filières de prise en charge, (2) la gestion des flux et des ressources, (3) la formation et (4) l'observation.

- L'existence de médecins correspondants du SAMU dans le secteur du Haut-Doubs.

- La création de la régulation libérale régionale en 2006 : l'ACORELI garantit aux patients dans le cadre de la permanence des soins ambulatoire (PDSA) une réponse médicale adaptée à leur questionnement ou à leur problème de santé la nuit et le WE et leur permet d'être orientés le cas échéant dans la bonne filière de prise en charge.

- L'informatisation des services d'urgence : chaque service autorisé pour la prise en charge des urgences dispose d'un système d'information lui permettant d'évaluer son activité, à l'exception du service des urgences pédiatriques du CHU. Ces systèmes sont interopérables et alimentent le serveur régional des urgences.

2.3.2. Axes de consolidation et/ou d'amélioration

Les filières de prise en charge des patients sont peu présentes, ce qui peut entraîner des difficultés d'orientation en amont et en aval du passage aux urgences pour les patients nécessitant une prise en charge hospitalière. Cette problématique est notamment très prégnante en ce qui concerne les personnes âgées.

Les liens avec l'ambulatoire, notamment avec le dispositif de la permanence de soins, et les EHPAD, sont tout à fait perfectibles.

- Le Bilan concernant les médecins correspondants du SAMU (MCS) est nuancé : le gain de temps pour accéder au patient est indéniable puisqu'il est de 15 mn pour les MCS contre 40 mn ou plus pour les SMUR. En revanche 30% des sollicitations ne sont pas prises en charge par manque de disponibilité des MCS.

- La prise en charge des urgences s'effectue suivant les établissements, les spécialités et les créneaux horaires dans différents services, c'est le cas par exemple des urgences traumatologiques au CHU qui sont prises en charge directement dans le service de traumatologie, des urgences pédiatriques au CHBM prises en charge en période diurne directement dans le service de pédiatrie, etc. Aussi les données saisies dans les systèmes d'information des services d'urgence ne permettent pas d'appréhender l'exhaustivité des prises en charge en urgence de la région.

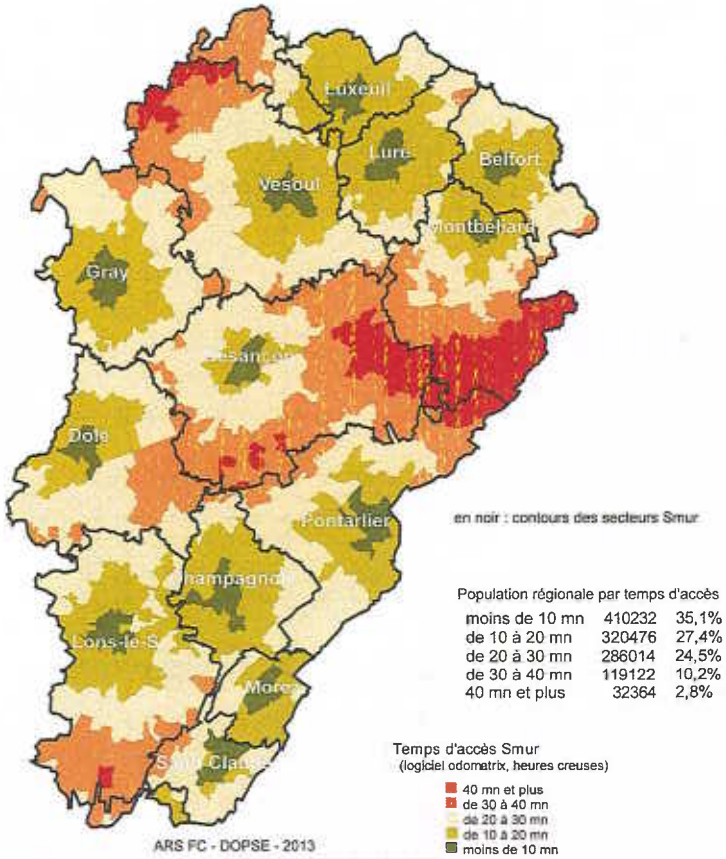
- Le système d'information régional FC Urgence est à mettre à jour et à consolider. En effet, les outils logiciels utilisés sont obsolètes et n'ont pas été maintenu durant ces dernières années.

- Les études réalisées dans le cadre du diagnostic d'accessibilité 30 mn mettent en évidence quatre secteurs pour lesquels le temps d'accès de moins de 30 minutes à un service médical d'urgence n'est pas respecté. Il s'agit des territoires ci-après:

  - le plateau du Haut DOUBS (90 000 habitants à plus de 30 mn)
  - le Nord Ouest de la Haute-Saône (30 000 habitants)
  - la vallée de la Loue (15 000 habitants)
  - le Sud Ouest du JURA (15 000 habitants)

La population de ces secteurs représente ensemble 13% de la population totale de notre région soit 150 000 habitants.

Accessibilté Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation en Franche-Comté



- Le nombre de carences SMUR dénombrées à l'échelle de la région est de 1500 en moyenne par an, soit 8 % des besoins d'interventions. Un SMUR est déclaré en carence lorsque ce dernier est indisponible du fait de son engagement sur une autre intervention, et que de facto il ne peut répondre immédiatement à la seconde sollicitation. Ces carences sont liées en partie aux transferts SMUR interhospitaliers qui mobilisent les équipes sur un temps important. Ces carences s'observent en premier lieu dans les secteurs de Besançon, Belfort et Montbéliard.

- L'hélicoptère de la sécurité civile n'est pas en capacité de répondre à l'exhaustivité des sollicitations émanant des centres de régulation des appels (15). Il répond en moyenne à 60 % des demandes d'intervention. Cette situation ne peut être en aucun cas totalement imputée aux conditions météorologiques. En effet, les missions sanitaires ne constituent pas la seule activité de la sécurité civile.

- Selon l'étude de modélisation réalisée par l'ARS, fondée sur les données des années 2010 à 2012, les interventions interhospitalières réalisables en hélicoptère seraient de l'ordre de 1200 par an, ce qui représente en moyenne 700 heures de vol. Autrement dit, les TIH à eux seuls nécessiteraient un hélicoptère sanitaire dédié. L'ensemble des interventions qu'il serait pertinent de réaliser avec un support héliporté, ou qui est déjà réalisé actuellement en hélicoptère représente environ 2000 missions, soit près 1200 heures de vol et ceci indépendamment des indisponibilités pour raison météorologique. Deux hélicoptères sont donc nécessaires sur la région d'après cette étude. C'est également ce que propose l'Association Française des hélicoptères sanitaires hospitaliers (AFHSH) à partir d'une étude indépendante, fondée sur une autre approche.

3. Orientations stratégiques

3.1. Pré-hospitalier

3.1.1. Améliorer la prise en charge pré-hospitalière

Cette ambition nécessite de revoir la répartition des SMUR sur le territoire régional, avec notamment :

- l'ouverture d'un SMUR terrestre sur le bassin de vie de Maîche (90 000 habitants non couverts aujourd'hui par un accès à moins de 30 minutes), dont l'emplacement exact reste à déterminer ;
- la mise en place d'une ligne de SMUR héliporté au CHRU de Besançon, en complément de l'hélicoptère de la sécurité civile ;
- et de déployer le dispositif MCS dans les zones restantes à plus de 30 minutes d'un SMUR terrestre, en particulier dans le Nord Ouest de la Haute-Sâone, la vallée de la Loue et la pointe Sud du Jura ;
-le redimensionnement des lignes de SMUR terrestres associées à chaque implantation.

Ces propositions ont été validées par le réseau régional des urgences hospitalières de FC, sollicité par l'ARS sur ce projet.

3.1.2. Améliorer la qualité et la sécurité de la réponse téléphonique du centre 15

- Mettre en place une régulation régionale unique sur le site du CHU à l'ouverture du nouvel hôpital du CHBM à Trévenans.

- Conforter la coordination entre les régulations libérales et hospitalière, et poursuivre les travaux de mutualisation (cf. 3.3 Système d'information et télémédecine).

- Améliorer la coordination des transports ambulanciers
La régulation des transports ambulanciers est essentielle à une bonne prise en charge en urgence de la population. Après une phase de diagnostic et de concertation avec les différents intervenants, la plateforme ambulancière régionale créée en liaison avec la plateforme régionale de régulation devrait concourir à optimiser de manière sensible le délai d'intervention des transports urgents. Elle sera en fonctionnement officiel et effectif à partir d'octobre 2013.

3.1.3. Améliorer les filières de prise en charge des patients

Les objectifs sont :
- de lisser les flux de patients et leur permettre d'être pris en charge dans les bonnes filières ;
- d'améliorer l'orientation en amont et en aval des urgences.

Une réflexion sur la filiarisation des urgences est en cours dans le cadre du réseau régional des urgences hospitalières de Franche Comté, qui a mis en place un groupe de travail ad hoc sous la responsabilité de son comité scientifique. Les premières pathologies considérées sont l'AVC, la cardiopathie et les polytraumatisés.

En amont :
- Le lien est à faire avec le volet ambulatoire du SROS-PRS, principalement en ce qui concerne l'organisation de la permanence des soins ambulatoire (PDSA) pour laquelle le nouveau cahier des charges régional a été présenté aux CODAMUPS en septembre 2013.

- Le lien est également à faire avec le SROMS (cf.5.2 Médico-social) en menant une réflexion avec les EHPAD afin de travailler sur l'organisation de la réponse à l'urgence pour :
  - favoriser le déplacement des médecins généralistes de garde dans les EHPAD et au domicile des personnes âgées ;
  - mettre en place des conventions entre les EHPAD et les CH ayant une activité d'urgence, précisant les modalités et les conditions d'orientation du patient.

En aval :
- Lien avec le volet médecine du SROS-PRS :
  - organiser l'accès direct des personnes âgées dans les services de médecine polyvalente sans passage aux urgences ;
  - éviter le passage aux urgences des patients chroniques connus avec décompensation et privilégier l'admission directe dans le service pour ceux nécessitant une hospitalisation ;
  - déploiement du projet Trajectoire débuté en juin 2013 et jusqu'à juin 2014 permettant l'optimisation de l'orientation en SSR suite à un passage en MCO, libérant ainsi plus rapidement les lits de MCO.

- Lien avec le volet psychiatrie du SROS-PRS pour la filière de prise en charge psychiatrique, notamment :
  - mettre à disposition, pour les patient-e-s déjà suivi-e-s en psychiatrie, un numéro d'appel leur permettant de joindre 24 h/ 24 le centre hospitalier gérant la psychiatrie de leur territoire, afin que celui-ci puisse proposer, le cas échéant, une réponse mettant en œuvre les moyens et structures dont il assure la gestion ;
  - mettre à disposition de la régulation (CRRA 15) un numéro d'appel lui permettant de joindre le dispositif de garde et d'astreinte de l'établissement gérant la psychiatrie de rattachement du patient, afin de permettre le recours par le CRRA 15 à un avis spécialisé ;
  - formalisation par les services d'urgence de niveau 1 des modalités de recours à un avis de psychiatre extérieur au site, selon les plages horaires, ainsi que les modalités de transfert des patient-e-s pour évaluation vers un site de niveau supérieur.

- Lien avec le volet périnatalité du SROS-PRS
  - s'assurer de l'application par l'ensemble des intervenants concernés (centres périnatals, SMUR, SAMU) des protocoles élaborés par le Réseau Périnatalité de Franche-Comté (RPFC) pour les transferts in utéro (TIU) des mères ;
  - former aux transports néonatals les médecins urgentistes des SMUR amenés à participer aux transports des mères et des nouveau-nés ;
  - pour ce qui concerne la prise en charge des hémorragies graves de la délivrance, un groupe de travail est constitué au niveau régional et définira les modalités de la prise en charge incluant les modalités de transfert. Il conviendra que les médecins urgentistes des SMUR appliquent les protocoles élaborés.

- Lien avec le volet cérébro-lésés du SROS-PRS pour la filière de prise en charge des AVC :

  - sensibiliser le centre 15, les médecins urgentistes des SMUR et les IAO sur l'orientation rapide permettant d'augmenter le nombre de thrombolyses ;
  - mettre en place des procédures standardisées communes de prise en charge dont les procédures pour thrombolyses ;
  - désigner des médecins référents au sein des structures médicales d'urgences ;
  - organiser les filières territoriales de prise en charge depuis les urgences jusqu'à l'unité neuro-vasculaire (UNV) en garantissant à tout patient victime ou suspect d'AVC, une entrée dans la filière de prise en charge à moins de 30 minutes du domicile.

3.1.4. Développer les Centres d'Enseignement des Soins Urgents (CESU)

Le Réseau des CESU a intégré le Réseau régional des urgences hospitalières de Franche Comté ; la question de la formation des professionnels constitue l'une des 4 actions prioritaires du réseau (avec l'observation des urgences, les filières de prises en charge et l'adéquation des ressources à l'activité), sous l'égide de son comité scientifique.

3.1.5. Mettre en cohérence les schémas départementaux d'analyse et de couverture des risques (SDACR) et le SROS-PRS

Les SAMU et les SDIS travailleront à l'élaboration d'un document conjoint portant sur :
- une analyse partagée des objectifs des documents SROS/SDACR ;
- l'identification des territoires présentant un déficit de réponse ;
- la recherche des solutions avec l'ensemble des partenaires.

Un document de synthèse sera réalisé.

3.1.6. Renforcer le RRU et sa composante observation (ORU)

Le CHU a intégré le réseau régional des urgences hospitalières de Franche Comté, qui dispose maintenant d'un comité scientifique piloté par le médecin coordinateur. Quatre groupes de travail émanant de ce comité scientifique ont été mis en place de façon à traiter des thèmes suivants :
1/les filières de prises en charge en urgence, en particulier pour l'AVC, les problèmes cardiologiques et les polytraumatisés ;
2/l'adéquation entre les flux de patients et les ressources ;
3/la formation ;
4/l'observation des urgences.

Le RRUH FC doit maintenant recruter des ressources opérationnelles statistiques et médicales développer sa composante "observation". Un CPOM sera signé avec l'ARS avant fin 2014.

Concernant l'observation et l'analyse, sont en effet considérés : l'activité des régulations, celle des services d'urgence et celle des SMUR, afin de pouvoir :
- suivre en temps réel et en différé l'activité des urgences, dans une visée organisationnelle et décisionnelle (ces données sont également suivies par la CIRE dans une visée de surveillance épidémiologique et d'alerte) ;
- suivre en temps réel et en différé les indicateurs de qualité de prise en charge : temps d'intervention, temps d'attente, décès, etc... ;
- caractériser quantitativement et qualitativement la patientelle (socio-économique, pathologie, degré d'urgence...), afin de pouvoir identifier les filiarisations pertinentes ou les modes de prises en charge ambulatoire à développer ;
- observer les pratiques professionnelles ;
- réaliser toute étude ad hoc concernant les urgences, à partir des données issues des systèmes d'information ou à partir d'enquêtes.

Cette démarche d'observation s'inscrit en particulier dans le cadre du 3ème volet du plan urgence présidentiel sur l'anticipation des situations de tension à l'hôpital. Le développement d'une démarche

« hôpital en tension » telle que développée au sein de la région PACA par l'ORU est un exemple à suivre.

3.2. Intra-hospitalier

3.2.1. Disposer d'un Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR)

Le maillage actuel de la prise en charge des urgences hospitalières est globalement satisfaisant. Il reste cependant influencé par la restructuration des plateaux techniques. Un répertoire opérationnel des ressources disponibles et mobilisables à l'échelle du territoire de santé doit être élaboré, ainsi que les modalités d'accès et de fonctionnement à ces ressources, notamment les conditions d'exercice de la permanence médicale. Ces informations seront actualisées régulièrement et transmises en temps réel aux SAMU.

Un groupe de travail sera mis en place dans le cadre du RRU, avec l'ARS, avec pour mission :
- d'analyser et de formaliser le besoin tant sur le contenu que sur l'interface homme-machine de la régulation centre 15, premier utilisateur-client du ROR ;
- d'identifier les autres utilisateurs potentiels et leurs attentes ;
- de croiser cette expression de besoin avec les recommandations nationales ;
- de réaliser l'étude de faisabilité technique et organisationnelle (prise en compte de la problématique liée à la saisie des informations) conduisant à la redaction des cahiers des charges techniques et organisationnels ;
- de définir et de valider l'interface-homme-machine nécessaire à la régulation ainsi que celles nécessaires aux référents au sein des hôpitaux en charge des saisies des différentes informations utiles.

Il pourra utilement s'inspirer des travaux menés dans l'inter-région et devra produire ses conclusions avant fin 2014.

3.2.2. Améliorer le fonctionnement des services d'urgence

- Infirmier d'accueil et d'orientation (IAO)

Lorsque l'activité du service des urgences le justifie, un infirmier assurant une fonction d'organisation de l'accueil peut être mis en place. Il est chargé de mettre en œuvre, par délégation du médecin présent dans le service, les protocoles d'orientation et de coordonner la prise en charge du patient, le cas échéant jusqu'à son hospitalisation. L'objectif est d'étendre ce dispositif H24 pour les établissements ayant un nombre important de passages aux urgences.

- Les Unités d'hospitalisations de courtes durées (UCHD)

Tous les établissements sont conformes à la règlementation. Cependant une problématique de répartition des lits d'USC (Unité de surveillance continue) en lien avec les lits d'UHCD existe. Une certaine souplesse est donc laissée aux établissements en tant que de besoin concernant les USC.

3.3. Télémédecine et Système d'information

3.3.1. Télémédecine

Trois sujets touchent à la télémédecine :
- la régulation des appels ;
- la prise en charge des urgences neurologiques ;
- le réseau de téléconsultation entre les EHPAD et les CH.

Le décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine précise que la réponse médicale, apportée dans le cadre de la régulation médicale est un acte de télémédecine. Les objectifs sont doubles :

- améliorer l'interopérabilité entre les outils communicants utilisés par le centre de réception et de régulation des appels et la plate-forme d'information et de téléconseil régionale gérée par l'Acoreli permettant de désengorger les urgences ;
- améliorer les outils d'aide au diagnostic et notamment le logiciel de sécurisation et de standardisation des prises d'appels du centre 15 Régional (ProQA) associé à un logiciel permettant de qualifier les discussions téléphoniques par rapport au protocole (AQUA - analyse des conformités, des "surqualifications" ou "sous-qualification" des problèmes).

S'agissant de la prise en charge de l'AVC en urgence, il convient de se référer au volet du SROS-PRS sur les AVC qui le traite.

3.3.2. Autres systèmes d'information

En terme d'infocentre, l'objectif est d'améliorer le recueil et la qualité des données sur les urgences dans la région ainsi que l'exhaustivité de leur remontée dans le serveur régional des urgences (données saisies dans les services d'urgence mais non remontées à ce jour ; données SAMU et SMUR ; données de service de spécialité accueillant directement les urgences : traumatologie au CHU, pédiatrie au CHBM, etc.), afin d'accroître la description de l'activité d'urgence sur la région ainsi que la surveillance et l'alerte (réalisée par la CIRE à partir des mêmes données).

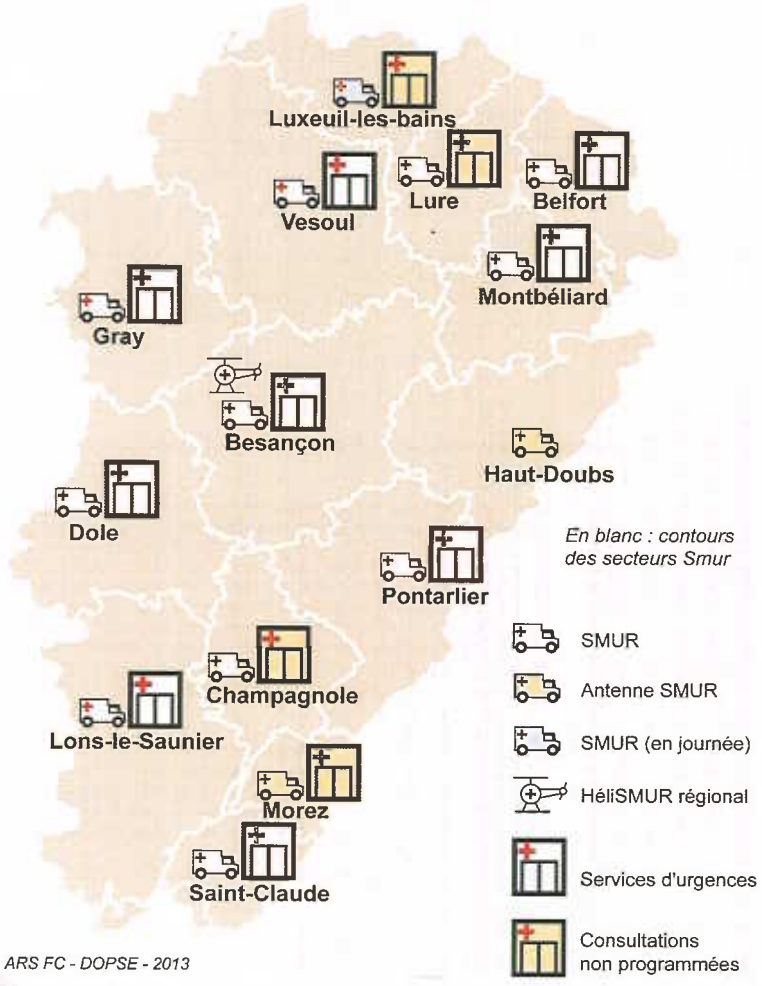
Selon l'arrêté du 24 juillet 2013, l'ARS est responsable de la remontée des données concernant les résumés de passage aux urgences de l'intégralité des services d'urgence à l'institut de veille sanitaire d'une part et à l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation d'autre part. Selon l'instruction afférente, elle peut déléguer cette mission aux partenaires de l'urgence que sont les réseaux des urgences ou les observatoires des urgences.

Dans ce cadre, un travail de mise à plat de l'outil informatique « FC urgence » sera effectué. En effet, le logiciel utilisé dans ce cadre n'est plus mis à jour et des problèmes de remontés de données à l'échelle régionale ont été constaté. Une démarche d'harmonisation des pratiques de saisies des informations sera entreprise au niveau du RRUH FC.

Par ailleurs, le ROR sera développé afin d'améliorer la prise en charge des patients par le centre 15 et les services d'urgence (cf. supra).

4. Organisation territoriale : cartographies

Projet d'implantation des services d'urgence et des services mobiles d'urgence et de réanimation



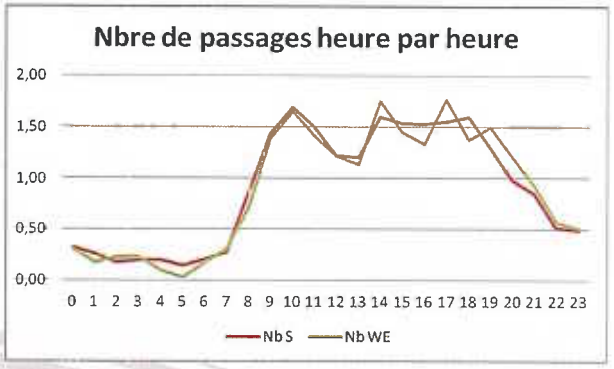
ARS FC - DOPSE - 2013

Une analyse comparative de l'activité des SUM et des CNP a mis en évidence que le SUM de Champagnole réalisait une activité moindre ou proche de celles de la plupart des CNP de la région, et dans tous cas, inférieure aux autres services d'urgences.

Structure	Nbr de passages
SUM Champagnole	7 753
CNP Morez	6 100
CNP Lure	8 834
CNP Luxeuil	8 752

Cette analyse a été complétée par une étude sur la répartition conduite en 2012 de cette activité au cours de la journée.
Elle a montré une activité des urgences modérée en journée et soirée (1,4 passages par heure entre 8h et 17h, 1 passage par heure entre 18h et minuit) alors qu'elle est faible en nuit profonde (0,2 passages par heure entre 0h et 7h).

Le graphique ci-dessous reprend les résultats de cette étude :



L'ensemble de ces éléments, associés à la réorganisation au sein de la CHT, la répartition des moyens, et le plateau technique présent au sein de cet établissement conduisent à transformer le service d'urgence en service de consultations non programmées.

Toutefois, au regard des développements à venir de la Stratégie nationale de santé, une étude sera conduite par un organisme indépendant avant le 30 septembre 2014.

5. Modalités/actions spécifiques de coordination

5.1. Ville-hôpital

Poursuivre la coordination entre l'ACORELI et le centre 15 et tendre vers une mutualisation des outils : logiciels utilisés (cf 3.3 système d'information et télémédecine).

5.2. Médico-social

- Lancer un travail de réflexion avec les EHPAD sur la possibilité de mettre en place des sensibilisations/formations du personnel de ces structures afin d'organiser de manière plus formelle la réponse à l'urgence notamment à partir du vendredi soir.
- Mettre en place de conventions avec les établissements médico-sociaux et les CH prévoyant l'organisation de la réponse à l'urgence (3966 et centre 15), et les modalités de transferts.

6. Objectifs quantifiés en implantations

BELFORT	1 SAMU avec 1 Centre 15 en journée couvrant le Territoire de Belfort jusqu'à ouverture du nouvel hôpital du CHBM à Trévenans 1 implantation SMUR 1 structure des urgences 1 Centre d'enseignement aux secours d'urgence
MONTBELIARD	1 implantation SMUR 1 structure des urgences
TREVENANS	1 SAMU sans l'activité de régulation 1 implantation SMUR* 1 structure des urgences* 1 Centre d'enseignement aux secours d'urgence* *Regroupement ou transfert des activités correspondantes autorisées à Belfort et Montbéliard
BESANCON	1SAMU avec une plateforme régionale de régulation des appels (centre15) couvrant les départements du Doubs, du Jura et de la Haute-Saône la totalité du territoire de santé la journée et la nuit, et le Territoire de Belfort en nuit profonde jusqu'à l'ouverture du nouvel hôpital à Trévenans 1SAMU avec une plateforme régionale unique de régulation des appels (centre15) couvrant la totalité du territoire de santé la journée et la nuit à compter de l'ouverture du nouvel hôpital à Trévenans 1 implantation SMUR 1 implantation d'héliSMUR 2 structures des urgences dont une pédiatrique 1 Centre d'enseignement aux secours d'urgence
GRAY	1 implantation SMUR 1 structure des urgences
PONTARLIER	1 implantation SMUR 1 structure des urgences
DOLE	1 implantation SMUR 1 structure des urgences 1 Centre d'enseignement aux secours d'urgence

CHAMPAGNOLE	1 implantation SMUR
LONS-LE-SAUNIER	1 SAMU sans l'activité de régulation 1 implantation SMUR 1 structure des urgences
MOREZ	1 antenne du SMUR de LONS-LE-SAUNIER
SAINT-CLAUDE	1 implantation SMUR 1 structure des urgences
LURE	1 implantation SMUR
LUXEUIL-LES-BAINS	1 implantation SMUR
VESOUL	1 SAMU sans l'activité de régulation 1 implantation SMUR 1 structure des urgences 1 Centre d'enseignement aux secours d'urgence
Bassin de vie de Maîche	1 antenne de SMUR de Besançon/Montbéliard/Pontarlier

7. Objectifs en accessibilité

L'objectif est de couvrir un pourcentage de population le plus élevé possible dans un délai de prise en charge de 30 minutes maximum, par l'ensemble des moyens AMU : SMUR terrestres, SMUR héliportés, Médecins correspondants du SAMU.

8. Indicateurs de suivi

8.1. Nationaux

- Taux de recours aux urgences hospitalières (nombre de passages pour 10 000 habitants).

8.2. Régionaux

Pré-hospitalier
- Nombre de SMUR conformes à la réglementation.
- Volume d'affaires traitées par la régulation régionale PARM et médicale 15 et Acoreli.
- Délai de réalisation des transports secondaires.
- Pourcentage de population couverte à moins de 30 minutes.
- Délais d'arrivée sur site des équipes SMUR.
- Nombre de carences SMUR et ambulancières.
- Nombre de médecins correspondants de SAMU et nombre d'interventions

Intra hospitalier
- Formalisation des réseaux.
- Délais d'attente aux urgences.
- Nombre de services disposant d'un infirmier organisant l'accueil et l'orientation.

Télémédecine
Nombre de sites utilisant les installations de télémédecine.

Agence Régionale de Santé Franche-Comté

Révision du Projet régional de santé

Schéma régional d'organisation des soins

Janvier 2014

Volet Ambulatoire

Le texte ci-dessous complète la fiche initiale.

Préambule

La Loi HPST du 21 juillet 2009 a intégré pour la première fois dans le schéma régional d'organisation des soins (SROS), un volet ambulatoire, non opposable, constituant le point de départ de la démarche de structuration de l'offre de premier recours, en confiant aux ARS le soin de définir les priorités régionales d'action en la matière.
Rappel de la **définition du premier recours (article L. 1411-11 du CSP) et professionnels concernés :**

Les soins de premier recours s'articulent autour de trois grandes fonctions :
** l'entrée dans le système de soins : diagnostic, orientation, traitement*
**le suivi du patient et la coordination de son parcours (y compris dans le secteur médico-social)*
**le relais des politiques de santé publique dont la prévention, le dépistage, l'éducation à la santé*

Il appartient à l'ensemble des professionnels de santé de participer à ces missions, qui ne sont pas exclusives de tel ou tel professionnel.

Toutefois, la loi confère au médecin généraliste ainsi qu'au pharmacien un rôle pivot dans l'organisation et la mise en œuvre de ces fonctions. Elle fait notamment du médecin généraliste de premier recours l'acteur essentiel de l'orientation du patient dans le système de soins et le garant de la coordination des soins.

En Franche Comté, le Programme Régional de Santé (PRS) intégrant le SROS a été arrêté le 28 février 2012 pour la période 2012 – 2016.

Le volet ambulatoire du SROS, compte-tenu de son caractère innovant, doit faire l'objet d'une évaluation et, si nécessaire, d'une révision ou d'une adaptation après 18 mois de mise en œuvre.

BILAN ET PERSPECTIVES D'EVOLUTION DU VOLET AMBULATOIRE DU SROS

Le volet ambulatoire du SROS franc-comtois est articulé autour des grandes thématiques suivantes :

1) La formation initiale et continue des professionnels de santé
2) Les regroupements de professionnels de santé
3) La définition des différents zonages
4) Les modalités de collaboration entre la ville et l'hôpital
5) Les transports sanitaires
6) La télémédecine
7) La Permanence des Soins Ambulatoires (PDSA)

Depuis sa mise en œuvre ces thématiques ont fait l'objet de plusieurs instructions, accompagnées de mesures incitatives très fortes, au niveau national notamment dans le cadre du Pacte Territoires et Santé, défini par Madame la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé en décembre 2012 et de la Stratégie Nationale de Santé, annoncée par le Premier Ministre le 8 février 2013, et dont la "feuille de route" a été précisée le 23 septembre 2013 (http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/SNS-version-longue.pdf)

1. LA FORMATION

1.1. La formation initiale :

1.1.1. La formation initiale des médecins : le volet ambulatoire du SROS avait souligné la nécessité des actions suivantes :

- Réalisation de stages en cabinet libéral pour les étudiants en médecine afin de les sensibiliser à l'attrait de la médecine générale
- Augmentation du nombre de maîtres de stage pour l'accueil des étudiants et des internes
- Promotion du Contrat d'Engagement de Service Public.

Bilan 2012-2013

Il convient de souligner que ces propositions se retrouvent dans le Pacte Territoires et Santé national.

- En Franche Comté tous les étudiants en médecine effectuent un stage de 7 semaines en cabinet libéral grâce à une politique volontariste menée conjointement par l'UFR de médecine et l'ARS et à l'implication du CRGE (Collège Régional des Généralistes Enseignants).
- Ce dernier assure en effet la formation des maîtres de stage universitaires (MSU) dont le nombre progresse régulièrement. Il est actuellement de 181 soit 15% des médecins généralistes en activité. Le CRGE, grâce à un financement du FIR (fond d'intervention régional) indemnise les étudiants qui doivent effectuer leur stage à plus de 35 kms de BESANCON. Les médecins qui exercent au sein de structures regroupées sont fortement incités à devenir maîtres de stage, cette exigence étant même formalisée dans le cahier des charges des maisons de santé qui prétendent à des aides financières publiques. Les internes de médecine générale effectuent un semestre de stage, voire deux, auprès de praticiens libéraux et les maisons de santé figurent en bonne place dans l'offre de lieux de stage.
- Le CESP, Contrat d'Engagement de Service Public, dispositif d'aide financière d'un montant de 1 200 euros bruts mensuels en échange d'un engagement d'installation en zone prioritaire, n'a pas connu le succès escompté. A cela plusieurs raisons parmi lesquelles on peut noter que:
  - Malgré tous les efforts d'information des bénéficiaires potentiels avec distribution de documents à l'appui (par l'UFR lors de l'entrée en 2ème année, par l'ARS lors des 2 sessions annuelles de "choix" d'affectation des internes, par le biais de la PAPS, Plateforme d'Appui aux Professionnels de Santé, ou encore lors de forums), les futurs médecins semblent mal connaître ce dispositif qui leur inspire une certaine méfiance
  - Cette aide n'intéresse que modérément les internes qui sont rémunérés par le CHU dans le cadre de leur formation ainsi que pour les gardes qu'ils réalisent.
  - Les étudiants que cette aide financière pourrait davantage concerner, expriment la peur de s'engager à long terme : d'une part leur choix de spécialité n'est pas arrêté et va dépendre de leur classement aux ECN, d'autre part leur installation en zone prioritaire va dépendre de l'évolution de la démographie médicale dans ces zones et les perspectives leur paraissent trop incertaines.
  - Enfin, comme le souligne la conférence des doyens dans son rapport 2013 : *"Il n'y a jamais eu aussi peu d'étudiants issus des classes populaires dans les facultés de médecine".*

Perspectives 2014-2016

- Dans le cadre de la mise en œuvre du Pacte Territoire et Santé, les ARS sont invitées à soutenir les efforts de leurs partenaires afin que les étudiants et les internes réalisent des stages à la fois formateurs et incitatifs pour une future installation.
  - Afin de diversifier les terrains de stages et de permettre aux médecins exerçant dans des zones éloignées des grands centres urbains de devenir MSU il a été convenu avec le CRGE d'expérimenter une délocalisation de cette formation qui se déroule actuellement à Besançon. Sous réserve d'un nombre minimum de participants des sessions pourront être organisées dans d'autres villes en commençant par Lons le Saunier pour prendre en compte les demandes des médecins du Sud Jura.
  - L'aide financière pour la réalisation de ces stages en secteur ambulatoire devrait être généralisée au niveau national : des textes sont attendus et la création d'une indemnité d'éloignement de 130 euros mensuels pour les étudiants et les internes a été annoncée.
- Pour mieux faire connaître le CESP :
  - Un travail conjoint avec les associations et syndicats des étudiants et des internes a débuté avec la rencontre de leurs représentants au printemps

2013. Cette collaboration devra être poursuivie afin qu'ils puissent être les relais de l'information grâce, notamment, à leur connaissance des adresses mails des étudiants.

- Des contacts devront être pris avec les responsables concernés de l'Education Nationale (Centres d'Information et d'Orientation, référents au sein des lycées) afin de faire connaître cette opportunité aux jeunes que la perspective d'études longues et coûteuses pourrait décourager.
- Le décret n° 2013-734 du 14 août 2013 apporte quelques aménagements au CESP en étendant notamment les zones qui peuvent être proposées et en limitant les cas où des pénalités seraient dues par le contractant.
- Enfin le ministère envisage de mettre à disposition des outils de communication plus efficaces.

1.1.2. La formation initiale des autres professionnels de santé : rappel des propositions faites en 2011

- Créer des dispositifs d'incitation à l'installation pour les chirurgiens dentistes: aides financières dans le cadre d'un contrat, tutorat des étudiants de 6ème année (*il faut rappeler qu'il n'y a pas de faculté dentaire à Besançon et que très majoritairement les étudiants vont à Nancy et Strasbourg)*
- Envisager, en lien avec le Conseil Régional, d'augmenter les effectifs d'étudiants masseurs kinésithérapeutes
- Affiner l'évaluation des besoins en infirmiers pour les années à venir, afin d'envisager une augmentation du quota d'étudiants à former **si nécessaire.**

Bilan 2012-2013

- Les chirurgiens dentistes : plusieurs rencontres avec les représentants de la profession (Conseils de l'Ordre et URPS) ont eu lieu et, fin juin 2013, la soirée d'accueil des jeunes reçus au concours dentaire à l'issue de la PACES organisée à la Maison Dentaire a permis de donner toutes les informations concernant les possibilités d'accueil en stage dans la région, les perspectives d'installation (présentation du zonage retenu dans le cadre conventionnel) et l'ouverture prévue du CESP aux chirurgiens dentistes (voir perspectives). L'ARS a en outre donné son accord pour le renforcement du service d'odontologie du CHU avec le financement de "fauteuils" supplémentaires (doublement de leur nombre) permettant ainsi l'accueil d'internes en chirurgie maxillo-faciale à Besançon.
- Les masseurs-kinésithérapeutes : si toutes les études relatives à la démographie de cette profession confirment le déficit chronique de la région Franche Comté et particulièrement du département de la Haute Saône, il n'a pas été possible au cours des 18 mois écoulés d'avancer sur l'augmentation des quotas de formation. Tous les acteurs, Conseil Régional, CHRUB et Institut de Formation des MK, s'accordent pourtant sur le constat mais une augmentation conséquente du nombre des étudiants dans les locaux actuels de l'IFMK de Besançon paraît difficilement envisageable. Le CHRUB a créé un institut "multi filières" : l'IFPS qui regroupe, avec une direction unique, l'IFSI, l'IFMK, l'IFCS, l'école de puéricultrices, celle d'IADE et celle d'IBODE, l'IFAS, L'IFA, l'IFAP. Cette nouvelle organisation permet, avec une direction commune, la mutualisation de moyens matériels et humains. Mais la réalisation de nouveaux locaux pour cet institut de formation des professionnels de santé, par reconversion ou construction nouvelle, se heurte à des obstacles financiers difficiles à surmonter dans le contexte économique actuel.
- Les infirmiers : alors qu'au moment de l'élaboration du SROS ambulatoire les établissements sanitaires faisaient état de difficultés de recrutement d'infirmiers diplômés d'Etat, la tendance actuelle serait plutôt inversée. Les recrutements envisagés par les hôpitaux et autres établissements employeurs à la rentrée 2013 sont bien inférieurs au nombre de jeunes diplômés (de l'ordre de 150 pour 500. En outre il n'y a que 3 zones considérées comme sous-dotées ou très sous-dotées en Franche-Comté sur 75 au total. Il s'agit des secteurs de Saône, Gy et Vauvillers.
- Les orthophonistes : avec une densité de 17 orthophonistes pour 100 000 habitants, contre 26 au niveau national (13 seulement en Haute Saône) la Région Franche Comté ne parvient pas à faire face aux besoins; les délais moyens d'attente en secteur libéral sont de 6 mois et les établissements hospitaliers n'arrivent pas à recruter. Des promotions de 25 étudiants seulement sortent chaque année du centre de formation bisontin, dont plus de 70% quittent la région pour s'installer ailleurs. La masterisation au niveau 2 de ce diplôme va en outre occasionner une année blanche (sans sortie) avec le passage de 4 à 5 ans de la formation.
- La formation d'autres professionnels de santé a fait l'objet d'une attention particulière au cours des derniers mois : il s'agit notamment des psychomotriciens et des ergothérapeutes pour lesquels le Conseil Régional a signé un accord avec l'institut interrégional qui a été créé a Mulhouse pour qu'un quota de 11 places (6 ergothérapeutes et 5 psychomotriciens) soit réservé à des jeunes francs comtois, la région Franche Comté étant là encore très déficitaire.

Perspectives 2014-2016

- Le décret n° 2013-735 du 14 août 2013 étend le dispositif du CESP aux étudiants en chirurgie dentaire. L'intérêt manifesté par les futurs étudiants pour ce contrat laisse espérer qu'il pourra être un levier pour l'installation en Franche Comté de nouveaux chirurgiens dentistes. La densité de professionnels en Franche Comté est de 43 pour 100 000 habitants contre 57 au niveau national et 24 bassins de vie sur 75 sont classés sous-dotés ou très sous-dotés.
- En ce qui concerne les masseurs kinésithérapeutes, s'il convient de suivre et de soutenir la dynamique engagée dans le cadre de l'IFPS bisontin, il paraît également souhaitable de rechercher d'autres solutions : la création d'un institut de formation, en utilisant des locaux existants, dans le nord Franche Comté paraît envisageable. Les enquêtes réalisées auprès des jeunes installés montrent que les masseurs kinésithérapeutes formés en Franche Comté s'installent à près de 75% dans la région.
- L'évaluation des besoins en IDE fera l'objet d'une étude prospective à laquelle sera associée une étude sur les besoins en Aides Soignantes fin 2013/2014 pour proposer des quotas répondant aux besoins. Cette étude sera bien évidemment menée en lien avec le Conseil Régional, investi de la responsabilité de la gestion financière de ces formations. Des locaux pour l'IFSI de Dole sont en cours d'aménagement. Au CHBM, les locaux de l'IFSI situés sur deux sites sont en cours de rénovation. Le projet de

l'IFPS de Besançon devra faire l'objet d'un suivi et d'un accompagnement particulièrement attentif.

- Pour les orthophonistes une augmentation de la capacité de formation devra impérativement être étudiée, même si elle ne suffira pas à elle seule à résorber le déficit démographique de cette profession.

1.2. Le Développement Professionnel Continu (DPC)

Bilan 2012-2013

Dans ce domaine, qui fait l'objet d'un suivi particulier dans le cadre de l'objectif stratégique 3.3 du PRS, des évolutions ont été enregistrées au niveau national avec la création le 1er juillet 2012 de l'OGDPC (Organisme Gestionnaire du DPC) qui assure le pilotage et le financement du DPC pour tous les professionnels de santé. Ceux-ci peuvent obtenir toutes les informations et gérer leur propre cursus de formation continue grâce aux outils en ligne disponibles sur : www.ogdpc.fr; www.mondpc.fr;

Les grandes orientations nationales ont été arrêtées le 26 février 2013 :

Orientation n° 1 : contribuer à l'amélioration de la prise en charge des patients
Orientation n° 2 : contribuer à l'amélioration de la relation entre professionnels de santé et patients
Orientation n° 3 : contribuer à l'implication des professionnels de santé dans la qualité et la sécurité des soins ainsi que dans la gestion des risques
Orientation n° 4 : contribuer à l'amélioration des relations entre professionnels de santé et au travail en équipes pluri professionnelles
Orientation n° 5 : contribuer à l'amélioration de la santé environnementale
Orientations n° 6 : contribuer à la formation professionnelle continue définie à l'article L. 6311-1 du code du travail

Des membres de l'OGDPC ont participé le 5 mars 2013 à une rencontre organisée à l'ARS avec les représentants des professionnels concernés, tant du monde hospitalier que libéral ou salarié, et les organismes de formation agréés de la Région.

Perspectives 2014-2016

Il appartient à l'ARS de fixer les orientations régionales qu'elle souhaite voir intégrer dans les programmes de formation continue. Le dispositif national étant encore à consolider afin que les professionnels concernés se l'approprient, le travail sera entrepris dans la région avec tous les partenaires concernés à compter de 2014.

Le DPC est une obligation pour tous les professionnels de santé et le contrôle de l'accomplissement de cette obligation a été confié aux employeurs pour les salariés hospitaliers ou des centres de santé, aux Ordres pour les professionnels de santé libéraux et à l'ARS pour les professionnels de santé sans Ordre.

2. LES REGROUPEMENTS DE PROFESSIONNELS DE SANTE

Les propositions suivantes avaient été faites :

- Organiser un maillage territorial de l'offre de 1er recours avec une politique volontariste de maisons de santé pluridisciplinaires fonctionnant essentiellement sous la forme de pôles de santé
- Trouver des moyens pour simplifier la charge administrative des médecins : allègement des procédures, secrétariat commun...
- Définir des protocoles avec les services d'urgence / centre 15 de manière à graduer la prise en charge des patients et à s'appuyer sur les maisons de santé pluridisciplinaires et les centres de santé
- Définir les critères partagés d'attribution des différentes aides à l'investissement pour les projets de MS
- Promouvoir les nouvelles formes de rémunération
- Accompagner les promoteurs dans l'élaboration de protocoles de coopération

Bilan 2012-2013

Le plan national 2010-2013 d'équipement en maisons de santé en milieu rural a encouragé la création de maisons de santé pluri professionnelles en attribuant des aides financières aux promoteurs publics.

La commission régionale de sélection des projets de maisons de santé, instituée par la circulaire du 27 juillet 2010 et co-présidée par la Directrice Générale de l'ARS et le Préfet de Région, a validé une grille de critères pour l'analyse qualitative des projets d'une part et l'attribution des aides financières d'autre part (proposition 4).

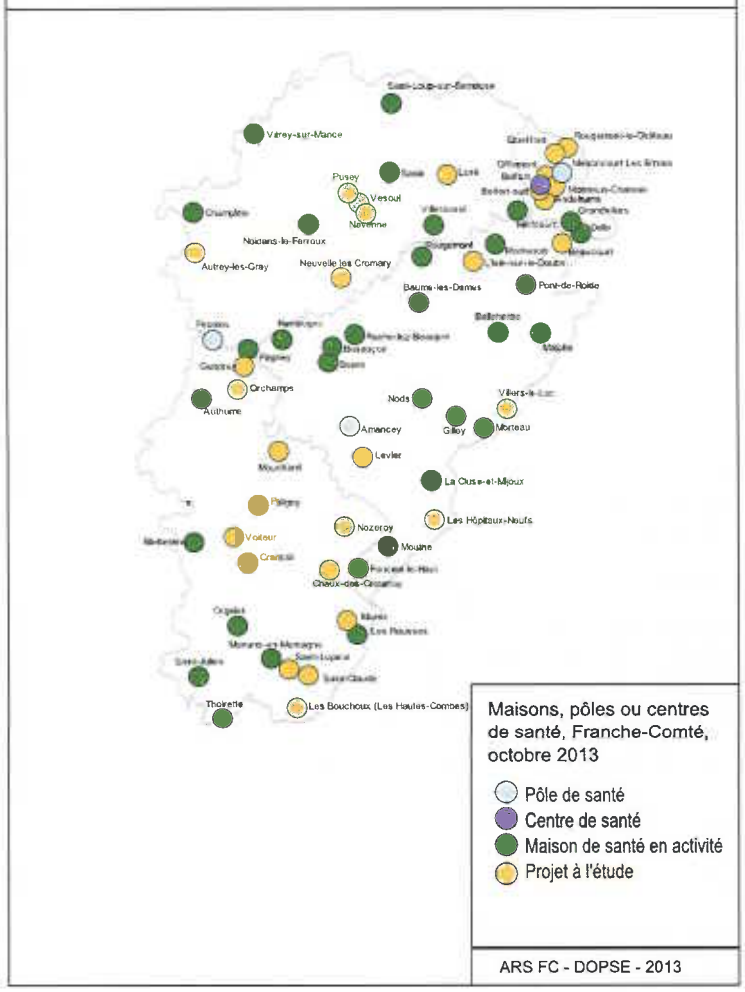
En Franche Comté depuis la situation décrite dans le PRS en octobre 2011, 9 nouvelles MSP ont ouvert leurs portes et 7 projets sont en cours de réalisation (ouverture prévue dans les mois à venir).

En un peu plus de 2 ans le nombre de MSP aura presque doublé passant de **20 à 36**. Sur les 5 pôles de santé, 2 se sont transformés en MSP et les 3 autres font partie des 9 projets en cours de réalisation.

27 autres projets sont à l'étude : tous n'aboutiront pas nécessairement à la construction d'une MSP. Il faut noter que, si le plan gouvernemental et les financements liés ont donné un élan particulier aux projets, il convient de rester très vigilant sur l'engagement des professionnels de santé et permettre aux projets de mûrir aussi longuement que nécessaire.

La carte des Maisons de santé, au 1er octobre 2013 se présente ainsi :

Maisons, pôles et centres de santé,
en Franche-Comté, en octobre 2013



L'accompagnement financier des regroupements de professionnels de santé par la promotion des NMR (proposition 5) est resté au stade expérimental durant les 2 dernières années. Le niveau national (ministère et CNAMTS) travaille en effet à la construction d'un cadre juridique et d'un modèle économique afin d'étendre les nouveaux modes de

rémunération aux différentes formes de regroupements, dès lors qu'ils permettent une prise en charge concertée des patients et la mise en place d'un véritable parcours de santé pour ceux-ci. Si le principe en a été acté dans la Loi de Finances de la Sécurité Sociale pour 2013, la mise en œuvre ne se fera pas avant 2015. Dans cette attente le dispositif des NMR est prorogé pour les maisons de santé (15 en Franche Comté) qui avaient déjà signé avant 2012 mais aucune nouvelle structure n'a pu intégrer ce dispositif depuis.

De la même façon, les protocoles de coopération, permettant une véritable délégation de tâches entre professionnels de santé et particulièrement entre médecins et infirmières, pour libérer du temps médical, peinent à trouver leur souffle. S'ils peuvent être développés en milieu hospitalier où ces coopérations existent déjà et ne demandent souvent qu'à faire l'objet d'un protocole écrit, leur financement étant assuré, il n'en est pas de même en milieu ambulatoire du fait qu'il n'y a toujours pas de modèle économique associé.

Le bilan pour la mise en œuvre de protocoles de coopération en ambulatoire s'établit ainsi :

Protocoles issus de réflexions régionales :
- le protocole vaccination a reçu un avis favorable de la part de la HAS, un arrêté autorisant son déploiement en région sera prochainement pris;
- le protocole pour un suivi conjoint de l'infirmière et du médecin du patient HTA est en en cours de finalisation;
- un protocole "consultations non programmées" est en réflexion.

Protocoles initiés dans d'autres régions :
- Un arrêté a été pris le 2 juillet 2013 autorisant l'application en Franche-Comté du protocole de coopération entre professionnels de santé « ASALEE – réalisation de certains actes médicaux par des infirmiers diplômés d'Etat (délégués) validés par des médecins (délégants) » déjà autorisé en Région Poitou-Charentes;
- un certain nombre de protocoles génériques sont aujourd'hui travaillés nationalement pour ensuite être autorisés et déployés en régions (notamment en ophtalmologie).

Perspectives 2014-2016

Elles sont de deux ordres

- Poursuivre l'accompagnement des maisons de santé dont les projets ont été labellisés par la commission régionale de sélection et susciter des regroupements et des coopérations entre diverses professions de santé autour de projets pour les patients. La mise en place à l'ARS d'une équipe d'animateurs territoriaux en santé, véritables "missi dominici" de la politique de santé sur le terrain, va permettre de travailler au plus près des professionnels de santé et des élus, de leur faire connaître les possibilités de structuration de l'offre, mais aussi de les rendre attentifs au dimensionnement et à la qualité des projets qui pourront être soutenus
- Etudier les conditions de création, dans le cadre des territoires de proximité, de plateformes de ressources tant pour la patientèle que pour les professionnels de santé de ces territoires : dans le cadre d'un séminaire organisé sur l'offre de 1er recours le 24 octobre 2012 une réflexion s'est engagée sur la définition des missions de ces centres de ressources, que celles-ci incombent ou non à des maisons de santé.

- Certaines de ces missions font partie du cahier des charges des maisons de santé :
  - Continuité des soins (8h/20h)
  - Prise en charge des patients de façon coordonnée et pluridisciplinaire
  - Education Thérapeutique du Patient
  - Accueil d'étudiants et d'internes
  - Prise en charge des consultations non programmées
  - Prise en charge des urgences telles que définies dans la nomenclature des actes susceptibles d'être réalisés en cabinet de ville
- D'autres nécessitent la mise en commun à l'échelle d'un territoire de proximité de moyens plus denses et mieux structurés:
  - Organisation d'interventions de spécialistes libéraux ou hospitaliers, sous forme de vacations, idéalement au sein de la MSP s'il en existe une dans le territoire.
  - Interventions de services tels que la coordination d'appui de l'ARESPA ou d'autres réseaux (cancérologie, diabétologie, soins palliatifs)
  - Organisation de campagnes de vaccination, de dépistage des cancers, et toute autre action de prévention et de promotion de la santé
  - Mise en œuvre de la télémédecine pour éviter au maximum les déplacements de patients et renforcer le rôle du médecin traitant.
  - Déconcentration de la formation continue (DPC : développement professionnel continu) des professionnels de santé, permettant l'échange de bonnes pratiques.
  - Développement de la recherche en médecine générale dans le cadre de pôles universitaires territoriaux.
- Il conviendra en outre, avec l'aide de la FéMaSac, de travailler avec certaines maisons de santé sur la "matrice de maturité" que la Fédération Française des Maisons de Santé est en train de finaliser, et par la suite de leur permettre d'assurer une véritable responsabilité territoriale en matière d'organisation des soins de premier recours

D'ores et déjà l'appel à projets dans le domaine de la prévention pour 2013 a ciblé des actions territorialisées et impliquant les professionnels des maisons de santé : il s'agit de la promotion de la vaccination, de la prévention des risques solaires et du dépistage du cancer du sein.

Toutes ces réflexions ont trouvé un écho dans le Pacte Territoire et Santé et les engagements pris par la ministre des affaires sociales et de la santé en décembre 2012 :

Engagement 5 : développer le travail en équipe
Engagement 6 : rapprocher les maisons de santé des universités
Engagement 7 : développer la télémédecine
Engagement 8 : accélérer les transferts de compétence
Engagement 10 : permettre aux professionnels hospitaliers et salariés d'appuyer les structures ambulatoires

3. LA DEFINITION DES DIFFERENTS ZONAGES

La Loi HPST fait référence à plusieurs types de découpages territoriaux au sein d'une même région :

- Les zones prioritaires, destinées à servir de support aux projets d'exercice regroupé et pluri professionnel : leur définition, à la main des ARS, a été encadrée par une limitation en termes de population fixée au niveau national. Pour rappel, en Franche Comté, cette limite était de 134 900 habitants, soit 11,9% de la population régionale. Ce zonage avait également pour objet de faciliter l'installation de médecins désireux d'exercer en maison ou en centre de santé en leur octroyant diverses aides financières conformément à l'accord conventionnel signé avec la CNAMTS.
- Les zones "conventionnelles" des professionnels de santé non médecins
- Les territoires de proximité
- Les zones fragiles
- Les territoires de PDSA

<u>Bilan 2012-2013</u>

Plusieurs "zonages" ont été définis dans le cadre du PRS et ont fait l'objet d'arrêtés de la directrice générale de l'ARS :

- Le zonage pluri professionnel, ayant pour objet de faciliter l'installation de médecins dans le cadre d'un exercice regroupé et pluri professionnel, auquel l'arrêté du 28 février 2012 a donné une base légale
- Les zonages, établis à partir des propositions de la CNAMTS, négociées avec chaque profession, pour les infirmiers, les kinésithérapeutes, les sages femmes, les orthophonistes et les chirurgiens dentistes. Ces zonages ont fait l'objet d'adaptations à la marge sur proposition des représentants locaux des professions concernées (URPS) et après avis des CPR. C'est ainsi que la directrice générale de l'ARS a signé le 31 janvier 2013 un arrêté modifiant le PRS et incluant les zonages "infirmiers", "masseurs kinésithérapeutes", "sages femmes" et "orthophonistes"
  Le projet de zonage concernant les chirurgiens dentistes doit être soumis aux instances consultatives et fera l'objet d'un arrêté en fin d'année 2013

Ces 2 types de zonage ont des incidences financières conventionnelles pour les professionnels de santé concernés. Mis en œuvre progressivement sur 2012 et 2013 (2014 seulement pour les chirurgiens dentistes) leur révision ne sera pas envisagée dans le cadre du présent réexamen du volet ambulatoire du SROS mais seulement à l'échéance du PRS dans son ensemble fin 2016.

Les territoires de permanence des soins ont eux été arrêtés dans le cadre du cahier des charges régional de la PDSA, signé le 29 décembre 2012 (voir paragraphe ci-après sur la PDSA.

Perspectives 2014-2016

Sur la base du travail réalisé par la DOPSE (Direction de l'observation, du pilotage, des statistiques et de l'évaluation de l'ARS) la réflexion s'est poursuivie au cours du 1er semestre 2013 sur la notion de territoire de proximité et de projet de territoire pour assurer aux patients d'un territoire donné un parcours de santé aussi fluide que possible.

Les représentants des Conseils Généraux, associés à la démarche dans le cadre du Pacte Territoire et Santé, ont validé le 3 juillet 2013 la proposition décrite ci-après concernant les territoires de proximité. Celle-ci a également été présentée à la Conférence de Territoire du 10 juillet 2013.

Objectifs des **territoires de proximité** :

- Définir un maillage du territoire permettant une structuration de l'offre de premier recours pour le diagnostic, la prise en charge de 1er niveau, l'orientation vers le 2ème ou 3ème niveau (spécialistes, hôpitaux), le suivi du patient.
- Prévoir et susciter les installations ou modes d'organisation des réponses de proximité
- Observer de manière fine l'organisation de l'offre de santé de proximité
- Servir d'outil d'animation des acteurs et en faire un territoire d'actions en termes de santé publique

Ces territoires de proximité ne doivent pas être confondus avec les zones fragiles ou les zones prioritaires (voir ci-dessus le bilan 2012-2013) qui ne concernent que quelques zones géographiques et populationnelles de la région.

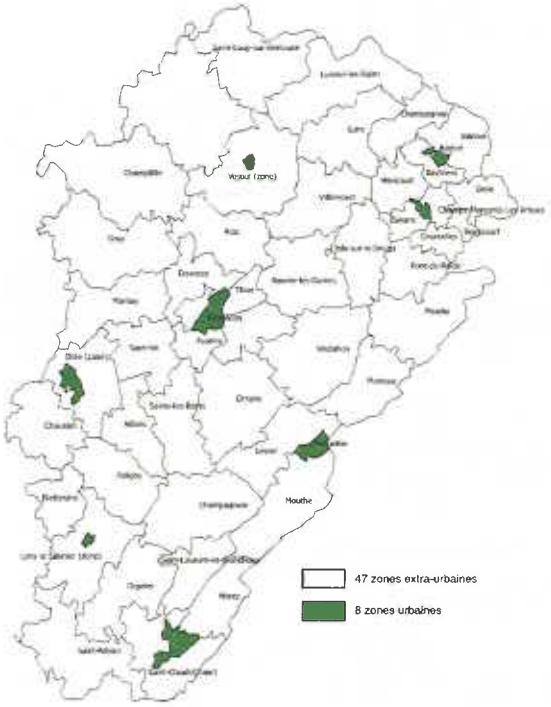
Les territoires de proximité proposés sont basés sur une entité géographique INSEE : les **bassins de vie** sur lesquels certains ajustements seraient opérés, en particulier pour ne pas avoir de territoires de proximité de trop petite taille.

En effet, les bassins de vie correspondent davantage à la structuration locale en termes d'emplois, de déplacements, de services autres que ceux liés à la santé etc. Ils viennent d'être redéfinis par l'INSEE passant pour la Région de 75 à 45. Ce découpage permet de disposer d'un nombre de données INSEE important et rapidement mobilisable.

1. **Premier type de modification : rattachement de communes à un bassin de vie « régional »**
   1.1. Des communes franc-comtoises font parties d'un bassin de vie constitué très majoritairement de communes appartenant à une région voisine =>Ces communes sont rattachées à un bassin de vie « franc-comtois » voisin.
   1.2. Dans 4 bassins de vie présence de communes qui attirent un flux important de patients provenant de communes appartenant à un bassin de vie voisin=> Ces communes sont rattachées au bassin de vie attirant les patients.
2. **Deuxième type de modification : fusion de bassin de vie de faible population**
   2.1. Afin d'avoir une population suffisamment importante dans les zones de proximité, les bassins de vie ayant moins de 5000 habitants ont été regroupés avec un bassin de vie voisin.

3. **Troisième type de modification : modification dans les zones contenant une commune urbaine de forte population**
   3.1. Dans les zones contenant les communes urbaines, la population et le nombre de professionnels de santé ne conviennent pas a priori au fonctionnement d'une zone de proximité de santé => La commune urbaine constitue une zone de proximité, et la zone amputée de cette commune constitue une autre zone de proximité : Dole, Lons-le-Saunier, Saint-Claude, Vesoul.
   3.2. Pour les zones autour de Besançon, Pontarlier, Montbéliard et Belfort un autre découpage a été réalisé en s'inspirant au mieux des contours des zones de PDSA.
   - 4 zones autour de Besançon
   - 3 zones autour de Montbéliard
   - 2 zones autour de Pontarlier
   - 2 zones autour de Belfort

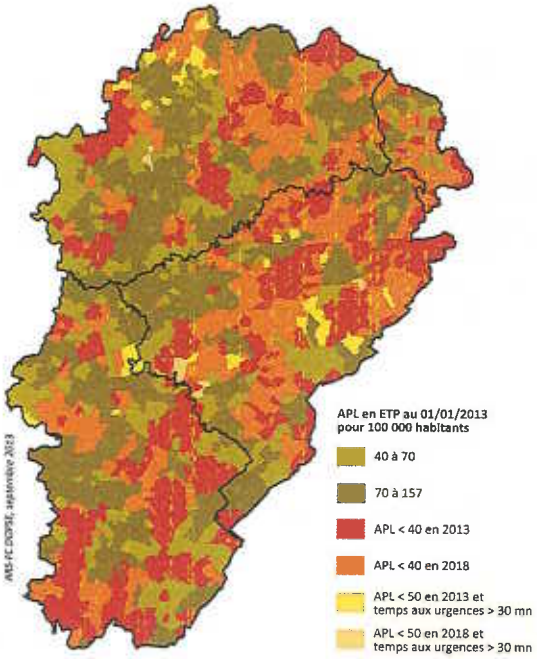
Zones de proximité de santé en Franche-comté



De la même façon des **zones de fragilité** ont été définies afin notamment d'inciter les futurs médecins généralistes à s'installer dans ces zones en leur faisant bénéficier des contrats d'engagement de service public (CESP) et des contrats de praticien territorial de médecine générale (PTMG). Ces 2 dispositifs ont été créés (PTMG) ou aménagés (CESP) par les décrets du 14 août 2013 qui font référence aux zones prioritaires et aux **zones fragiles** définies dans le SROS ambulatoire.

La définition des zones de fragilité est fondée sur l'APL (accessibilité potentielle localisée) en intégrant à la fois situation actuelle et prospective (à 5 ans) et la distance au service d'urgence. L'indicateur APL permet de calculer l'offre potentielle de soins en prenant en compte la distance aux médecins généralistes, la structure d'âge de la population et l'importance des consultations (ce qui permet de calculer des ETP de médecins). Les données utilisées sont issues de la base carto-santé au 1er janvier 2013. Afin de prendre en compte des aspects régionaux (en particulier la ruralité) une pondération des temps accès aux professionnels différent de celle proposée par la DREES a été utilisée. Les professionnels exerçant dans les départements limitrophes hors Franche-Comté ont été pris en compte.

Zones de fragilité au 1er janvier 2013



4. LA COLLABORATION VILLE-HOPITAL

Bilan 2012-2013

Dans le cadre du SROSS ambulatoire est apparu la nécessité de fluidifier la relation médecins libéraux / médecins hospitaliers et ce dans une logique de décloisonnement mais également de parcours. A ce titre une expérimentation est en cours entre quatre établissements de santé (Clinique Saint Vincent, CH de Dôle, CHI de Haute-Comté, et l'Association Hospitalière de Franche –Comté) et les professionnels de santé libéraux.

Les travaux conduits par les groupes de travail ont porté sur quatre thématiques :

- La connaissance de l'offre hospitalière
  - Stratégie de communication
  - Elaboration et diffusion d'un annuaire des praticiens hospitaliers
  - Organisation d'une rencontre avec les professionnels de la ville
- Les contacts préalables à l'hospitalisation,
  - Mise en place d'une ligne téléphonique dédiée
  - Rédaction du courrier d'adressage
  - Système d'information
- L'information vers le médecin traitant sur le séjour et la sortie du patient
  - Qualité des comptes rendus
  - Informations au médecin traitant
  - Courriers de sortie
- Les prescriptions de sorties d'hospitalisation
  - Fiches de liaisons en termes de définition du contenu, de coordination des soins, promotion de la dématérialisation
  - Prescriptions de sorties réalisés en dénomination commune internationale (DCI), faire apparaitre clairement les mentions de modifications majeures du traitement du patient.

De la même façon le département "appui à la performance" de l'ARS a lancé une expérimentation visant à faciliter les relations entre les établissements qui accueillent des personnes handicapées et les professionnels de ville. Quatre structures ont répondu à l'appel à projets : la Maison d'Accueil Spécialisé "Bernard Foissotte" à Besançon, la MAS "le Val fleuri" à Dole, la MAS "le Bannot" à Seloncourt et le Foyer d'Accueil Médicalisé "les vergers de Sésame" à Hérimoncourt.

Cette expérimentation vise à élaborer un plan d'actions régional autour de 3 objectifs :

- Créer un **centre de ressources régional pour l'accès aux soins des personnes handicapées**
- Développer des **réseaux spécialisés de professionnels de santé**, en particulier de soins et de prévention bucco-dentaires
- Elargir les **expérimentations de télémédecine** aux établissements PH

Perspectives 2014-2016

Ces expérimentations doivent s'achever fin décembre 2013. Un guide des bonnes pratiques sera élaboré à l'issue de l'évaluation avant diffusion à l'ensemble des établissements sanitaires ou médico-sociaux et des professionnels de santé libéraux.

5. LES TRANSPORTS

Le volet ambulatoire du SROS souligne la nécessité de s'interroger sur l'optimisation de la prise en charge ainsi que sur l'organisation mise en œuvre tant pour les transports sanitaires que pour les transports non sanitaires. Par ailleurs l'évolution du poste transports évolue de manière significative et récurrente (2007/2009 plus 7% par an). Cette évolution se situe à 5.8% en 2011 et à 4.3% en 2012 par rapport à l'exercice antérieur. Elle demeure toutefois bien supérieure à l'ONDAM.

Le schéma prévoyait d'optimiser :
- l'organisation des urgences pré hospitalières,
- de la garde ambulancière,
- des sorties d'hospitalisation,
- des transferts inter et intra hospitaliers,

Au regard de ce constat le SROS, sur la durée du PRS, souligne la nécessité de mettre en œuvre les actions ci-après :

- Réguler les dépenses liées aux prescriptions de transports notamment à l'hôpital par la contractualisation en cas de dépassement supérieur à 4%.
- Mettre en place un centre de régulation régional des transports sanitaires et non sanitaires (2012).
- Réaliser des audits de garde sur les lignes de garde ambulancière.
- Elaborer au plan régional en partenariat avec les établissements et les transporteurs une organisation des transferts inter/ intra hospitaliers.

Bilan 2012-2013

- Régulation des dépenses

- Contrat pour l'Amélioration de la Qualité et de la Coordination des Soins portant sur le transport sanitaire (CAQCS)

Il s'agit d'un contrat qui vise à développer le transport en VSL, avec des objectifs individuels et une contrepartie financière qui est fonction de l'atteinte de ces objectifs.
Il s'inscrit ainsi dans la continuité des mesures prises par un avenant conventionnel qui revalorise principalement les trajets courts des VSL pour leur redonner de la rentabilité et favoriser la prescription et l'utilisation du mode de transport le moins onéreux.

En Franche-Comté 26 entreprises sur 85 (30.58%) ont adhéré à ce dispositif :

- 12 dans le Jura soit 30.76%
- 7 dans le Doubs soit 21.21%
- 4 dans le Territoire de Belfort soit 57.14%
- 3 en haute Saône soit 14.28%

- Contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins avec les établissements de santé :

Le décret n°2011-305 du 21 mars 2011 précise les modalités d'application de l'article L.322-5-5 CSS et donne la possibilité à l'Agence Régionale de Santé de conclure pour trois ans un contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins (CAQOS) avec les établissements qui ne respectent pas les taux des dépenses de transports résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé mais exécutés sur l'enveloppe des soins de ville.

Les arrêtés, fixant les taux d'évolution des dépenses de transports résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé mais exécutés sur l'enveloppe des soins de ville, ont été publiés le 31 mars 2011 au Journal officiel.
Ils fixent un taux d'évolution de 4% des dépenses de transport du 1er avril 2010 au 31 mars 2011 et à 3% l'évolution de ces dépenses sur la période allant du 1er avril au 31 décembre 2011, par rapport à la même période en 2010.

Au cours des exercices 2011 et 2012 la contractualisation a été réalisée avec les établissements suivants :

- Centre hospitalier de Pontarlier,
- Centre Hospitalier de Belfort Montbéliard.
- Centre hospitalier inter communal de la Haute-Saône.
- Centre hospitalier spécialisé de Saint YLIE.

En 2013, la contractualisation est en cours avec le Centre hospitalier spécialisé de Novillars et un avenant doit être négocié avec le CH de Pontarlier compte tenu de sa restructuration en CHI.

- Mise en place d'une plate forme ambulancière

Le transport des malades est au cœur des évolutions nécessaires de notre système de santé.

La prise en charge des urgences dans des conditions optimales sur l'ensemble du territoire constitue un enjeu majeur en termes de qualité de la prise en charge, d'organisation de la gradation des soins entre établissements de santé.

Le référentiel transport sanitaire du 9 avril 2009 décrit l'organisation de la réponse ambulancière à l'urgence pré hospitalière. Sa mise en place repose sur l'action coordonnée des différents acteurs de l'urgence pré hospitalière : les CRA 15, les services des urgences médicales, les établissements de santé et les transporteurs sanitaires.

L'organisation de la prise en charge repose sur trois grands principes :

- La qualité de la prise en charge,
- La proximité et rapidité d'accès,
- La coopération et coordination dans le cadre d'une offre de soins graduée,

En Franche-Comté, afin de garantir la continuité de la prise en charge des patients, d'optimiser la prise en charge des urgences pré hospitalières régulées, des transports inter hospitaliers régulés, des retours à domicile durant les périodes de garde, il a été décidé de mettre en place une plateforme régionale de transports, opérationnelle chaque jour de six heures le matin à vingt quatre heures y compris les samedis, dimanches et jours fériés.

Ce projet associe les représentants des ATSU et/ou ADSU des quatre départements de Franche Comté, de l'Agence Régionale de Santé, l'Assurance Maladie, les CRA 15, les fédérations hospitalières ainsi que les entreprises de transport sanitaire de la région.

La profession s'engage à s'organiser afin de faciliter la mobilisation de moyens disponibles en particulier par rapport aux situations de carences pour les transports d'urgence. Pour cela, elle se structure pour répondre à la demande et s'inscrit dans une démarche permettant d'anticiper les besoins en améliorant la satisfaction des effecteurs et usagers. La professionnalisation, la formation des personnels constituent également des enjeux importants qui doivent être relevés.

La plateforme concoure à une meilleure prise en charge des patients, à réduire très sensiblement les carences ambulancières et à garantir le respect mutuel des délais dans le cadre d'une démarche qualité. Elle est aussi l'acteur privilégié pour développer un système d'information efficace entre les acteurs.

Le coordonnateur et les personnels de la plateforme ambulancière sont les interlocuteurs uniques des CRA 15 lorsqu'ils recourent à une entreprise de transports sanitaires. Leur travail vise à parvenir à une diminution du nombre d'indisponibilités ambulancières, en fournissant en temps réel une visibilité sur les moyens ambulanciers disponibles. Par ailleurs le système mis en œuvre doit contribuer à améliorer sensiblement la traçabilité des interventions.

L'association gestionnaire (association ambulancière de Franche Comté) s'est constituée le 17 décembre 2012. Les fédérations hospitalières partagent ce projet (FHF, FEHAP, FHP) et participent avec voie consultative au conseil d'administration de la structure gestionnaire. L'Ars a réalisé la promotion du dispositif auprès des structures hospitalières publiques, privées, et spécialisées. La structure est opérationnelle depuis le début octobre 2013.

- Réalisation des audits de garde sur les lignes de garde ambulancière.

En 2012, 7 entreprises de transports sanitaires ont fait l'objet d'un contrôle a posteriori exhaustif. Les obligations relatives à la gardé départementale, le respect du cahier des charges ont été intégrés au contrôle.

Perspectives 2014-2016

- Au regard de l'évolution soutenue du poste transports en termes de dépenses il est nécessaire de :
  - Suivre et accompagner les structures ayant d'ores et déjà contractualisé avec l'ARS.
  - Poursuivre la contractualisation avec les établissements en cas de dépassements supérieurs à 3%.

- Par ailleurs il parait également nécessaire de s'interroger sur l'adaptation de l'offre et les organisations en place :
  - A l'issue d'un délai d'observation de 6 mois suite à la mise en place de la plateforme il conviendra de s'assurer, au regard de la traçabilité exhaustive des transports prescrits et en partenariat avec l'ensemble des acteurs, de la pertinence de l'organisation de la garde départementale actuelle.
  - En partenariat avec les établissements sanitaires publics et privés, les transporteurs sanitaires et non sanitaires, les organismes d'Assurance Maladie la problématique des retours à domicile doit être traitée

L'ARS de Franche Comté participera à l'expérimentation de nouvelles modalités d'organisation et de financement des transports sanitaires urgents dès parution du cahier des charges en cours de rédaction (ART 66 de loi de financement de la sécurité sociale 2012).

6. LES SYSTEMES D'INFORMATION EN SANTE

Dans ce domaine l'accent avait été mis sur le développement de l'e-santé, incluant la télé médecine mais aussi toutes les solutions permettant de favoriser le maintien et la coordination de l'offre de santé à domicile dans la perspective d'un parcours de soins sans rupture. le déploiement du DMP mais aussi les solutions domotiques ("maison intelligente") entrent dans cette dynamique très globale inscrite au sein :

- des orientations du Comité régional e-santé (piloté par l'ARS, la Préfecture et la Région),
- du Schéma directeur régional des systèmes d'information en santé,
- du Programme régional de télémédecine (PRS).

Ces initiatives visent à favoriser la qualité, la sécurité et la proximité de l'offre de soins ambulatoire.

Bilan 2012-2013

Plusieurs **programmes ou** expérimentations sont en cours :

- Dans le domaine de l'e-santé:
  - **le suivi des AVC** : Mise en place du comité régional de coordination des AVC en juillet 2012. Réunion en février 2013 avec participation des URPS médecins, kinés, orthophonistes et infirmières. Recrutement de 4 animateurs de filière pour fluidifier les

parcours de soins ville/hôpital autour des unités neurovasculaires et assurer le suivi des patients en lien avec les professionnels de santé libéraux.

- **la chimiothérapie per os** : Déploiement du projet BPC Bonnes pratiques en chimiothérapie Officine : envoi dématérialisé et sécurisé des ordonnances et fiches d'aide à la dispensation. L'objectif est de sécuriser l'accès aux thérapies par voie orale du cancer en construisant des liens ville-hôpital et en développant une approche globale de chimio vigilance. Le déploiement s'est fait progressivement depuis décembre 2012 : Besançon puis Aire urbaine Belfort-Montbéliard, Jura, Pontarlier fin mai 2013 puis Vesoul prévu en septembre 2013 (formation des pharmaciens, charte d'engagement, suivi et évaluation de chaque prise en charge)
- **le suivi du diabète** et plus particulièrement les problèmes ophtalmologiques (rétinographies): Constitution d'un comité de pilotage ; rencontre avec le CHU pour organiser régionalement la lecture des rétinographies;
- **le suivi des plaies chroniques (télé dermatologie):** les infirmiers libéraux se sont largement investis dans ce domaine. Plusieurs d'entre eux ont été dotés de tablettes numériques leur permettant d'effectuer des clichés à domicile et de les transmettre, accompagnés de leurs observations et questionnements au centre de référence hospitalier. Une expérimentation est également en cours avec quatre EHPAD : celui de Fraisans dans le Jura, celui de Gray en Haute Saône et ceux de Levier et de Mouthe dans le Doubs où des téléconsultations sont mises en place pour le suivi des plaies chroniques des résidents.
- Dans ces établissements des consultations de **gériatrie** sont également organisées avec leur CH de référence (Dole, Besançon et Pontarlier)
- La prévention **des hospitalisations en urgence évitables :** les quatre EHPAD cités ci-dessus se sont également engagés dans une démarche visant à multiplier les télé consultations avec les services d'urgence de leurs CH de référence afin d'éviter de leur envoyer inutilement leurs résidents, particulièrement en fin de semaine.

- En ce qui concerne le déploiement du DMP: mi août 2013 : 27 établissements de santé et 502 professionnels de santé ont ouvert 31 155 DMP (330 000 France entière). Une enquête menée auprès de 100 médecins libéraux, généralistes et spécialistes, montre que malgré 36% de réponses faisant état de difficultés techniques, 84% des médecins sont favorables au DMP et considèrent à 86%, qu'il facilitera leur pratique professionnelle

Perspectives 2014-2016

Elles s'inscrivent dans les orientations du Comité régional e-santé, du Schéma directeur régional des systèmes d'information en santé et du Programme régional de télémédecine (PRS).

- Pour le DMP : la montée en charge dans les établissements sanitaires se poursuit. Dans les expériences citées au paragraphe relatif aux liens ville/établissements médico-sociaux, plusieurs actions visent à obtenir des médecins traitants la création des DMP pour les résidents tant personnes âgées en EHPAD que personnes handicapées en MAS ou en FAM. Ce dossier, permettant un partage d'informations et un meilleur suivi des personnes dans leur parcours de soins, est particulièrement

nécessaire pour ces personnes souvent poly pathologiques et souffrant de maladies chroniques.

L'ARS, soucieuse de soutenir au maximum le déploiement du DMP, s'appuie sur EMOSIST qui a recruté en septembre 2013 un chargé de mission, lequel aura pour tâche de prendre contact avec les médecins libéraux afin de les aider à lever les obstacles techniques ou autres à la création des DMP de leurs patients volontaires.

De la même façon, l'ARS a proposé à la FéMaSaC qu' un informaticien, soit mis à sa disposition avec l'aide financière de l'ASIP, pour intervenir au sein des maisons et pôles de santé pour expertiser leurs systèmes d'information et les aider dans le choix et la mise en œuvre de solutions conviviales et "DMP compatibles".

- En matière d'e-santé : les programmes et expérimentations en cours seront poursuivis. Ils feront l'objet d'une évaluation et d'une éventuelle extension sur le territoire régional. Le protocole de coopération expérimenté en Bourgogne dans le cadre du dépistage de la rétinopathie diabétique, relatif à l'utilisation d'un rétinographe ambulant sera appliqué en Franche-Comté.

- Trois nouveaux programmes seront mis en œuvre ou soumis à expérimentation :
  - Parcours de santé des personnes âgées : ce programme vise à une meilleure coordination de l'offre de santé pour les personnes âgées ; plusieurs territoires ont été choisis (Ornans, Morteau, Pays graylois et Aire Urbaine Belfort/Montbéliard) ; des solutions innovantes en matières de e-santé y seront déployées en lien avec l'ambulatoire ;
  - Territoires de soins numériques : un appel d'offres sera lancé prochainement au niveau national visant à retenir 5 bassins de santé (200 000 habitants maximum) pour expérimenter des solutions numériques afin d'améliorer la prise en charge santé des populations concernées ; l'ARS et ses partenaires proposeront un projet concerté incluant la médecine de ville ;
  - Territoires de proximité : dans la perspective de ces nouveaux territoires, des solutions autour des Systèmes d'informations en santé seront déployés afin de faciliter la coordination de l'offre entre les acteurs de l'ambulatoire, de l'hôpital, des secteurs médico-sociaux et sociaux.

7. LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES

Bien que ne faisant pas légalement partie du volet ambulatoire du SROS, le dispositif de permanence des soins ambulatoires est une partie de l'organisation de l'offre de soins de premier recours auquel il est important de faire référence dans le cadre de cette évaluation car il constitue un aspect auquel nos concitoyens sont très sensibles.

Le SROS avait pointé quelques améliorations souhaitables :

- La régionalisation du centre 15 et parallèlement de l'ACORELI

- La réflexion sur une augmentation des plages de régulation par l'ACORELI (mercredis, samedis matins...) pour améliorer la prise en charge des consultations non programmées.
- L'arrêt progressif de la garde après minuit avec la mise en œuvre d'une expérimentation d'équipe mobile mutualisée sur plusieurs secteurs
- La modification des limites de certains secteurs de PDSA
- L'harmonisation progressive des secteurs de garde médicale et pharmaceutique.

Bilan 2012-2013

La régionalisation du centre 15 et de l'ACORELI est en cours : elle est déjà opérationnelle de 0H à 9 H.

Sans être totalement abandonnée la réflexion sur la régulation H24 se heurte à des obstacles à la fois techniques (gestion d'agendas) et humains (peu d'intérêt manifesté par les MG libéraux). D'autres expériences sont en cours dans d'autres régions pour faciliter la continuité des soins et la prise en charge des consultations non programmées et il serait possible de s'en inspirer.

Le nouveau cahier des charges de la permanence des soins, arrêté le 26 décembre 2011, et entré en vigueur le 1er février 2012, a acté l'arrêt de la garde en nuit profonde sur 14 territoires de PDSA (5 dans le Doubs, 7 dans le Jura et 2 en Haute Saône). Une expérimentation d'équipe mobile a été mise en place sur l'ensemble des 5 territoires de PDSA du Territoire de Belfort. L'évaluation présentée en comité de pilotage par le responsable a été très positive.

Le nombre de territoires de PDSA a été réduit de 3 (passage de 57 à 54).

Il est apparu impossible de coordonner les secteurs de garde pharmaceutique et de PDSA, tant sur le plan du découpage géographique que, surtout, sur le plan de l'organisation des tableaux de garde de chaque profession. Les pharmaciens ayant mis en place un système d'information du public sur la localisation des 3 pharmacies de garde les plus proches du domicile ou du cabinet du médecin, il a été décidé de promouvoir ce dispositif (3237 ou 3237.fr) dans le cadre d'une campagne de communication qui aura lieu à l'automne 2013 en même temps que pour l'ACORELI et SOS médecins sur Besançon.

Perspectives 2014-2016

Comme indiqué ci-dessus le comité de pilotage s'est montré favorable à la réalisation d'une campagne de communication afin de mieux faire connaître les numéros à 4 chiffres qui, dans notre région ou au niveau national, contribuent à une meilleure régulation des appels aux heures de permanence des soins (3966, 3624, 3237). Elle aura lieu à l'automne 2013 sur 2 temps : en octobre et en décembre (avant le début de l'épidémie saisonnière de grippe).

Le cahier régional des charges de la PDSA va être révisé après avis des CODAMUPS-TS et des instances de concertation prévues par les textes. De nouveaux secteurs vont faire l'objet

d'un redécoupage ou d'une fusion, cette dernière étant souvent rendue nécessaire par l'évolution défavorable de la démographie médicale sur les territoires concernés.

Deux nouveaux territoires, celui de Lure en Haute Saône et de Morez/Les Rousses dans le Jura vont arrêter la garde en nuit profonde.

Dans plusieurs régions de France la garde après minuit a été supprimée sur l'ensemble du territoire régional.

Les chiffres de l'assurance maladie sur les actes réellement effectués dans la période 0 H – 8 H en Franche Comté sont très clairs : de 1 à 16 actes réalisés sur la totalité de l'année 2012 par territoire - hors Besançon et Territoire de Belfort où les secteurs sont fusionnés. La garde réalisée en première partie de nuit, avec une prise en charge effective des demandes de soins, après régulation, répond très correctement aux besoins exprimés.

C'est pourquoi, après avoir épuisé la voie de la concertation, l'année 2014 devra donc être mise à profit pour généraliser l'arrêt de la garde après minuit dans tous les territoires de PDSA de la région.

Agence Régionale de Santé Franche-Comté

Révision du Projet régional de santé
Schéma régional d'organisation des soins

Janvier 2014

Volet Ambulatoire
Zonages de professionnels de santé : chirurgiens-dentistes

Le texte ci-dessous complète la fiche « Ambulatoire ».

La région Franche-Comté a été découpée en 75[1] bassins de vie ou pseudo-cantons, répartis selon 5 niveaux : très sous-dotés, sous-dotés, intermédiaires, très dotés et sur-dotés.

Classement des bassins de vie, par type de zonage, incluant les propositions des représentants de la profession et de l'Assurance Maladie

Zonages de chirurgiens-dentistes	Bassins de vie concernés
zones très sous-dotées	Etupes (25) L'Isle sur le Doubs (25) Montbéliard (25) hors commune de Montbéliard Pont-de-Roide (25) Moirans-en-Montagne (39) Dampierre-sur-Salon (70) Melisey (70) Saint-Loup sur Semouse (70) Vauvillers (70) Une partie du bassin de vie de Giromagny (90) – voir partie complémentaire du bassin de vie dans « zone intermédiaire » Offemont (90) Belfort (90) hors commune de Belfort Quelques communes des bassins de vie suivants, situés dans les régions limitrophes de la Franche-Comté : Oyonnax (01) Fayl-la-Forêt (52) Salins-les-Bains (39) Villersexel (70)

[1] 75 bassins de vie et 7 bassins de vie qui sont en frontière des régions voisines (Rhône-Alpes, Bourgogne, Champagne-Ardenne, Alsace)

Zonages de chirurgiens-dentistes	Bassins de vie concernés
zones sous-dotées	Besançon (25) hors commune de Besançon Montbéliard Est (25) Ornans (25) Quingey (25) Bletterans (39) Faverney (70) Louhans (70) Delle (90)
zones intermédiaires	Baume-les-Dames (25) Besançon Sud (25) Besançon Est (25) Montbéliard Ouest (25) Sochaux/Grand-Charmont (25) Levier (25) Valentigney (25) Maiche (25) Morteau (25) Pontarlier (25) Saint-Vit (25) Valdahon (25) Arbois (39) Champagnole (39) Chaussin (39) Dole Nors-Est (39) Dole (39) Rochefort-sur-Nénon (39) Lons-le-Saunier (39) Dole Sud-Ouest (39) Morez (39) Orgelet (39) Poligny (39) Saint-Amour (39) Saint-Claude (39) Saint-Laurent-en-Grandvaux (39) Gray (70) Gy (70) Héricourt (70) Héricourt Est (70) Jussey (70) Lure (70) Luxeuil-les-Bains (70) Marnay (70) Ronchamp (70) Rioz (70) Vesoul (70) Beaucourt (90) Une partie du bassin de vie de Giromagny (90) - voir partie complémentaire du bassin de vie dans « zone très sous dotée » Valdoie (90) Chatenois-les-Forges (90) Danjoutin (90)

Zonages de chirurgiens-dentistes	Bassins de vie concernés
zones intermédiaires (suite)	Quelques communes : Avanne-Aveney (25) Mathay (25) Quelques communes des bassins de vie suivants, situés dans les régions limitrophes de la Franche-Comté : Le Thillot (88) Remiremont (88) Dannemarie (68) Auxonne (21) Bourg-en-Bresse (01)
zones très dotées	Audeux (25) Audincourt (25) Marchaux (25) Commune de Besançon (25) Commune de Montbéliard (25) Commune de Dole (39) Saône (25)
zones sur-dotées	Hérimoncourt (25) Les Rousses (39) La commune de Belfort (90)

Annexe
Zonage des Chirurgiens-dentistes

Liste des communes concernées dans
le Doubs, le Jura, la Haute-Saône et le Territoire de Belfort

Les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des chirurgiens-dentistes sont déterminées en application de l'article 1 de l'arrêté du 28 mai 2013 modifiant l'arrêté du 21 décembre 2011 relatif aux dispositions applicables à la détermination des zones prévues à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique.

Ces zones sont classées en 5 catégories :

- zones très sous-dotées
- zones sous-dotées
- zones à dotation intermédiaire
- zone très dotées
- zones surdotées

Les communes concernées sont classées dans le tableau ci-après :

Zonage Chirurgiens-dentistes	Communes concernées dans le Doubs	Communes concernées dans le Jura	Communes concernées en Haute-Saône	Communes concernées dans le Territoire de Belfort
Zones très sous dotées	Abbévillers	Abergement-lès-Thésy	Achey	Angeot
	Accolans	Aiglepierre	Aillevans	Anjoutey
	Aibre	Aresches	Aillevillers-et-Lyaumont	Autrechêne
	Allenjoie	Arinthod	Ainvelle	Auxelles-Bas
	Allondans	Aromas	Alaincourt	Auxelles-Haut
	Appenans	Bracon	Ambiévillers	Banvillars
	Arcey	Cernans	Anchenoncourt-et-Chazel	Bermont
	Autechaux-Roide	Cernon	Anjeux	Bessoncourt
	Berche	Cézia	Athesans-Étroitefontaine	Bethonvilliers
	Beutal	Chamblay	Autet	Bourg-sous-Châtelet
	Bief	Champagne-sur-Loue	Autrey-le-Vay	Brebotte
	Blamont	Chancia	Bassigney	Bretagne
	Blussangeaux	Charchilla	Belfahy	Buc
	Blussans	Charnod	Belmont	Charmois
	Bondeval	Chatonnay	Belonchamp	Châtenois-les-Forges
	Bourguignon	Chaux-Champagny	Betoncourt-Saint-Pancras	Chavannes-les-Grands
	Bournois	Chemilla	Beveuge	Chèvremont
	Bretigney	Chilly-sur-Salins	Bouligney	Cunelières
	Brognard	Chisséria	Bourguignon-lès-Conflans	Denney
	Chamesol	Choux	Bourguignon-lès-Morey	Dorans
	Colombier-Fontaine	Clucy	Briaucourt	Eguenigue
	Dambelin	Coisia	Brotte-lès-Ray	Éloie
	Dambenois	Condes	Conflans-sur-Lanterne	Étueffont
	Dampierre-sur-le-Doubs	Cornod	Corbenay	Felon
	Dampjoux	Cramans	Courchaton	Fontaine
	Dannemarie	Crenans	Courtesoult-et-Gatey	Fontenelle

Zonage Chirurgiens-dentistes	Communes concernées dans le Doubs	Communes concernées dans le Jura	Communes concernées en Haute-Saône	Communes concernées dans le Territoire de Belfort
Zones très sous dotées	Désandans	Dournon	Crevans-et-la-Chapelle-lès-Granges	Foussemagne
	Dung	Dramelay	Cuve	Frais
	Échenans	Écleux	Dampierre-lès-Conflans	Froidefontaine
	Écot	Fétigny	Dampierre-sur-Salon	Giromagny
	Écurcey	Genod	Dampvalley-Saint-Pancras	Grosmagny
	Étouvans	Geraise	Delain	Lachapelle-sous-Rougemont
	Étrappe	Grange-de-Vaivre	Demangevelle	Lacollonge
	Étupes	Ivory	Denèvre	Lagrange
	Exincourt	Ivrey	Échavanne	Lamadeleine-Val-des-Anges
	Faimbe	La Boissière	Écromagny	Larivière
	Feule	La Chapelle-sur-Furieuse	Errevet	Lepuix
	Fleurey	Lavancia-Epercy	Esprels	Leval
	Froidevaux	Lavans-sur-Valouse	Fallon	Menoncourt
	Gémonval	Lect	Ferrières-lès-Ray	Meroux
	Geney	Légna	Fleurey-lès-Lavoncourt	Montreux-Château
	Glay	Lemuy	Fleurey-lès-Saint-Loup	Moval
	Glère	Les Crozets	Fontaine-lès-Luxeuil	Novillard
	Goux-lès-Dambelin	Maisod	Fontenois-la-Ville	Offemont
	Hyémondans	Marigna-sur-Valouse	Fouvent-Saint-Andoche	Petit-Croix
	Issans	Marnoz	Frahier-et-Chatebier	Petitefontaine
	La Prétière	Martigna	Francalmont	Petitmagny
	Lanthenans	Meussia	Francourt	Phaffans
	Le Vernoy	Moirans-en-Montagne	Fresne-Saint-Mamès	Recouvrance
	Les Terres-de-Chaux	Montcusel	Fresse	Riervescemont
	Liebvillers	Montmarlon	Georfans	Romagny-sous-Rougemont
	L'Isle-sur-le-Doubs	Mouchard	Girefontaine	Roppe

Zonage Chirurgiens-dentistes	Communes concernées dans le Doubs	Communes concernées dans le Jura	Communes concernées en Haute-Saône	Communes concernées dans le Territoire de Belfort
Zones très sous dotées	Longevelle-sur-Doubs	Pagnoz	Grammont	Rougegoutte
	Lougres	Pont-d'Héry	Grandecourt	Rougemont-le-Château
	Mancenans	Port-Lesney	Granges-la-Ville	Saint-Germain-le-Châtelet
	Marvelise	Pretin	Granges-le-Bourg	Sevenans
	Médière	Rogna	Hautevelle	Trévenans
	Meslières	Saint-Hymetière	Hurecourt	Urcerey
	Montancy	Saint-Thiébaud	Jasney	Vauthiermont
	Montécheroux	Saizenay	La Basse-Vaivre	Vescemont
	Montenois	Salins-les-Bains	La Lanterne-et-les-Armonts	Vétrigne
	Montjoie-le-Château	Savigna	La Pisseure	Vézelois
	Myon	Thésy	La Quarte	
	Neuchâtel-Urtière	Thoirette	La Vergenne	
	Noirefontaine	Valfin-sur-Valouse	La Vernotte	
	Onans	Vescles	Larret	
	Péseux	Villards-d'Héria	Lavoncourt	
	Pierrefontaine-lès-Blamont	Villeneuve-d'Aval	Les Magny	
	Pont-de-Roide	Villeneuve-lès-Charnod	Longevelle	
	Présentevillers	Villers-Farlay	Magnoncourt	
	Rang	Viry	Mailleroncourt-Saint-Pancras	
	Raynans	Vosbles	Malbouhans	
	Rémondans-Vaivre		Marast	
	Roches-lès-Blamont		Mélecey	
	Rosières-sur-Barbèche		Melincourt	
	Sainte-Marie		Mélisey	
	Saint-Hippolyte		Membrey	
	Saint-Julien-lès-Montbéliard		Miellin	
	Saint-Maurice-Colombier		Mignavillers	
	Saraz		Moimay	

Zonage Chirurgiens-dentistes	Communes concernées dans le Doubs	Communes concernées dans le Jura	Communes concernées en Haute-Saône	Communes concernées dans le Territoire de Belfort
Zones très sous dotées	Semondans Solemont Soulce-Cernay Sourans Soye Thulay Valonne Valoreille Vandoncourt Vaufrey Vernois-lès-Belvoir Villars-lès-Blamont Villars-sous-Dampjoux Villars-sous-Écot		Montdoré Montessaux Montot Mont-Saint-Léger Motey-sur-Saône Oppenans Oricourt Passavant-la-Rochère Plainemont Plancher-Bas Plancher-les-Mines Polaincourt-et-Clairefontaine Pont-du-Bois Pont-sur-l'Ognon Recologne Renaucourt Roche-et-Raucourt Saint-Barthélemy Saint-Ferjeux Saint-Gand Saint-Loup-sur-Semouse Saint-Sulpice Savoyeux Secenans Selles Senargent-Mignafans	

Zonage Chirurgiens-dentistes	Communes concernées dans le Doubs	Communes concernées dans le Jura	Communes concernées en Haute-Saône	Communes concernées dans le Territoire de Belfort
zones très sous dotées			Servance Seveux Ternuay-Melay-et-Saint-Hilaire Theuley Tincey-et-Pontrebeau Vaite Vanne Vauvillers Vellechevreux-et-Courbenans Vellexon-Queutrey-et-Vaudey Vereux Villafans Villargent Villersexel Villers-la-Ville Villers-Vaudey Volon	

Zonage Chirurgiens-dentistes	Communes concernées dans le Doubs	Communes concernées dans le Jura	Communes concernées en Haute-Saône	Communes concernées dans le Territoire de Belfort
zones sous dotées	Abbans-Dessus	Arlay	Amance	Boron
	Amagney	Bletterans	Amoncourt	Bourogne
	Amancey	Bois-de-Gand	Bonnevent-Velloreille	Chavanatte
	Amathay-Vésigneux	Chapelle-Voland	Boulot	Courcelles
	Amondans	Chaumergy	Boult	Courtelevant
	Arc-et-Senans	Chêne-Sec	Breurey-lès-Faverney	Croix
	Arguel	Chevreaux	Bussières	Delle
	Audeux	Commenailles	Chambornay-lès-Pin	Faverois
	Auxon-Dessous	Cosges	Contréglise	Fêche-l'Église
	Auxon-Dessus	Desnes	Cubry-lès-Faverney	Florimont
	Bartherans	Fontainebrux	Étuz	Grandvillars
	Bethoncourt	Foulenay	Faverney	Grosne
	Blarians	Francheville	Fleurey-lès-Faverney	Joncherey
	Bolandoz	Froideville	Gézier-et-Fontenelay	Lebetain
	Bonnay	La Chassagne	Menoux	Lepuix-Neuf
	Bonnevaux-le-Prieuré	La Chaux-en-Bresse	Mersuay	Méziré
	Boussières	Larnaud	Montboillon	Morvillars
	Braillans	Le Villey	Saint-Remy	Réchésy
	Brères	Les Deux-Fays	Senoncourt	Saint-Dizier-l'Évêque
	Buffard	Les Repôts	Voray-sur-l'Ognon	Suarce
	Busy	Lombard		Thiancourt
	By	Nance		Vellescot
	Cademène	Recanoz		Villars-le-Sec
	Cessey	Relans		
	Champagney	Ruffey-sur-Seille		
	Champoux	Rye		
	Champvans-les-Moulins	Sergenaux		
	Chantrans	Villevieux		

Zonage Chirurgiens-dentistes	Communes concernées dans le Doubs	Communes concernées dans le Jura	Communes concernées en Haute-Saône	Communes concernées dans le Territoire de Belfort
zones sous dotées	Charnay	Vincent		
	Chassagne-Saint-Denis			
	Châteauvieux-les-Fossés			
	Châtillon-Guyotte			
	Châtillon-sur-Lison			
	Chaucenne			
	Chaudefontaine			
	Chay			
	Chemaudin			
	Chenecey-Buillon			
	Chevigney-sur-l'Ognon			
	Chevroz			
	Chouzelot			
	Cléron			
	Corcelle-Mieslot			
	Courcelles			
	Cussey-sur-Lison			
	Cussey-sur-l'Ognon			
	Deluz			
	Déservillers			
	Échay			
	Émagny			
	Épeugney			
	Éternoz			
	Fertans			
	Fesches-le-Châtel			
	Flagey			
	Flagey-Rigney			

Zonage Chirurgiens-dentistes	Communes concernées dans le Doubs	Communes concernées dans le Jura	Communes concernées en Haute-Saône	Communes concernées dans le Territoire de Belfort
zones sous dotées	Fontain Foucherans Fourg Franois Geneuille Germondans Goux-sous-Landet Grandfontaine La Tour-de-Sçay La Vèze Larnod Lavans-Quingey Liesle Lizine Lods Lombard Longeville Malans Malbrans Marchaux Mazerolles-le-Salin Mérey-sous-Montrond Mérey-Vieilley Mesmay Moncey Moncley Montfaucon Montferrand-le-Château			

Zonage Chirurgiens-dentistes	Communes concernées dans le Doubs	Communes concernées dans le Jura	Communes concernées en Haute-Saône	Communes concernées dans le Territoire de Belfort
zones sous dotées	Montfort Montgesoye Montmahoux Montrond-le-Château Morre Mouthier-Haute-Pierre Nans-sous-Sainte-Anne Noironte Novillars Ornans Osse Palantine Palise Paroy Pelousey Pessans Placey Pointvillers Pouilley-les-Vignes Pugey Quingey Rancenay Recologne Rennes-sur-Loue Reugney Rigney Rignosot Roche-lez-Beaupré			

Zonage Chirurgiens-dentistes	Communes concernées dans le Doubs	Communes concernées dans le Jura	Communes concernées en Haute-Saône	Communes concernées dans le Territoire de Belfort
zones sous dotées	Ronchaux Rouhe Rurey Samson Saules Sauvagney Scey-Maisières Serre-les-Sapins Silley-Amancey Tallenay Tarcenay Thoraise Thurey-le-Mont Torpes Trépot Vaire-Arcier Vaire-le-Petit Vaux-les-Prés Venise Vieilley Villers-Buzon Villers-sous-Montrond Vorges-les-Pins Vuillafans			

Zonage Chirurgiens-dentistes	Communes concernées dans le Doubs	Communes concernées dans le Jura	Communes concernées en Haute-Saône	Communes concernées dans le Territoire de Belfort
zones à dotation intermédiaire	Abbans-Dessous	Abergement-la-Ronce	Abelcourt	Andelnans
	Abbenans	Abergement-le-Grand	Aboncourt-Gesincourt	Argiésans
	Adam-lès-Passavant	Abergement-le-Petit	Adelans-et-le-Val-de-Bithaine	Bavilliers
	Adam-lès-Vercel	Alièze	Ailloncourt	Beaucourt
	Aïssey	Amange	Aisey-et-Richecourt	Botans
	Anteuil	Andelot-en-Montagne	Amage	Chaux
	Arçon	Andelot-Morval	Amblans-et-Velotte	Cravanche
	Arc-sous-Cicon	Annoire	Amont-et-Effreney	Danjoutin
	Arc-sous-Montenot	Arbois	Ancier	Essert
	Athose	Archelange	Andelarre	Évette-Salbert
	Aubonne	Ardon	Andelarrot	Lachapelle-sous-Chaux
	Autechaux	Arsure-Arsurette	Andornay	Montbouton
	Avanne-Aveney	Arthenas	Angirey	Pérouse
	Avilley	Asnans-Beauvoisin	Apremont	Reppe
	Avoudrey	Audelange	Arbecey	Sermamagny
	Badevel	Augea	Arc-lès-Gray	Valdoie
	Bannans	Augerans	Argillières	
	Bart	Augisey	Aroz	
	Battenans-les-Mines	Aumont	Arpenans	
	Battenans-Varin	Aumur	Arsans	
	Baume-les-Dames	Authume	Attricourt	
	Bavans	Auxange	Augicourt	
	Belfays	Avignon-lès-Saint-Claude	Aulx-lès-Cromary	
	Belleherbe	Balaiseaux	Authoison	
	Belmont	Balanod	Autoreille	
	Belvoir	Bans	Autrey-lès-Cerre	
	Berthelange	Barésia-sur-l'Ain	Autrey-lès-Gray	
	Beure	Barretaine	Auvet-et-la-Chapelotte	

Zonage Chirurgiens-dentistes	Communes concernées dans le Doubs	Communes concernées dans le Jura	Communes concernées en Haute-Saône	Communes concernées dans le Territoire de Belfort
zones à dotation intermédiaire	Bians-les-Usiers	Baume-les-Messieurs	Auxon	
	Bonnal	Baverans	Avrigney-Virey	
	Bonnétage	Beaufort	Baignes	
	Bonnevaux	Beffia	Bard-lès-Pesmes	
	Boujailles	Bellecombe	Barges	
	Bouverans	Bellefontaine	Battrans	
	Branne	Belmont	Baudoncourt	
	Breconchaux	Bersaillin	Baulay	
	Bremondans	Besain	Bay	
	Bretigney-Notre-Dame	Biarne	Beaujeu-Saint-Vallier-Pierrejux-et-Quitteur	
	Bretonvillers	Bief-des-Maisons	Beaumotte-Aubertans	
	Brey-et-Maison-du-Bois	Bief-du-Fourg	Beaumotte-lès-Pin	
	Bugny	Biefmorin	Belverne	
	Bulle	Billecul	Besnans	
	Burgille	Blois-sur-Seille	Betaucourt	
	Burnevillers	Blye	Betoncourt-lès-Brotte	
	Byans-sur-Doubs	Boissia	Betoncourt-sur-Mance	
	Cendrey	Bonlieu	Beulotte-Saint-Laurent	
	Cernay-l'Église	Bonnaud	Blondefontaine	
	Chaffois	Bonnefontaine	Bonboillon	
	Chalèze	Bornay	Borey	
	Chalezeule	Bourcia	Bougey	
	Chamesey	Bourg-de-Sirod	Bougnon	
	Champlive	Brainans	Bouhans-et-Feurg	
	Chapelle-des-Bois	Brans	Bouhans-lès-Lure	
	Chapelle-d'Huin	Bréry	Bouhans-lès-Montbozon	
	Charbonnières-les-Sapins	Bretenières	Bourbévelle	

Zonage Chirurgiens-dentistes	Communes concernées dans le Doubs	Communes concernées dans le Jura	Communes concernées en Haute-Saône	Communes concernées dans le Territoire de Belfort
zones à dotation intermédiaire	Charmauvillers	Brevans	Bourguignon-lès-la-Charité	
	Charmoille	Briod	Boursières	
	Charquemont	Broissia	Bousseraucourt	
	Chasnans	Buvilly	Bresilley	
	Châtelblanc	Censeau	Breuches	
	Chaux-lès-Clerval	Cerniébaud	Breuchotte	
	Chaux-lès-Passavant	Cesancey	Brevilliers	
	Chaux-Neuve	Chaînée-des-Coupis	Brotte-lès-Luxeuil	
	Chazot	Chambéria	Broye-Aubigney-Montseugny	
	Chevigney-lès-Vercel	Chamole	Broye-les-Loups-et-Verfontaine	
	Clerval	Champagney	Brussey	
	Consolation-Maisonnettes	Champagnole	Bucey-lès-Gy	
	Corcelles-Ferrières	Champdivers	Bucey-lès-Traves	
	Corcondray	Champrougier	Buffignécourt	
	Côtebrune	Champvans	Buthiers	
	Courchapon	Chapois	Calmoutier	
	Cour-Saint-Maurice	Charcier	Cemboing	
	Courtefontaine	Charency	Cenans	
	Courtetain-et-Salans	Charézier	Cendrecourt	
	Courvières	Chassal	Cerre-lès-Noroy	
	Crosey-le-Grand	Château-Chalon	Chagey	
	Crosey-le-Petit	Château-des-Prés	Châlonvillars	
	Crouzet-Migette	Chatelay	Chambornay-lès-Bellevaux	
	Cubrial	Châtel-de-Joux	Champagney	
	Cubry	Châtelneuf	Champey	
	Cusance	Châtenois	Champlitte	
	Cuse-et-Adrisans	Châtillon	Champtonnay	

Zonage Chirurgiens-dentistes	Communes concernées dans le Doubs	Communes concernées dans le Jura	Communes concernées en Haute-Saône	Communes concernées dans le Territoire de Belfort
zones à dotation intermédiaire	Dammartin-les-Templiers	Chaussenans	Champvans	
	Dampierre-les-Bois	Chaussin	Chancey	
	Damprichard	Chaux-des-Crotenay	Chantes	
	Dannemarie-sur-Crète	Chaux-des-Prés	Charcenne	
	Dasle	Chavéria	Chargey-lès-Gray	
	Dommartin	Chazelles	Chargey-lès-Port	
	Dompierre-les-Tilleuls	Chemenot	Chariez	
	Domprel	Chemin	Charmes-Saint-Valbert	
	Doubs	Chêne-Bernard	Charmoille	
	Durnes	Chevigny	Chassey-lès-Montbozon	
	Échevannes	Chevrotaine	Chassey-lès-Scey	
	Épenouse	Chille	Châteney	
	Épenoy	Chilly-le-Vignoble	Châtenois	
	Esnans	Chissey-sur-Loue	Chaumercenne	
	Étalans	Choisey	Chauvirey-le-Châtel	
	Étrabonne	Cize	Chauvirey-le-Vieil	
	Étray	Clairvaux-les-Lacs	Chaux-la-Lotière	
	Évillers	Cogna	Chaux-lès-Port	
	Eysson	Coiserette	Chavanne	
	Fallerans	Colonne	Chemilly	
	Ferrières-le-Lac	Communailles-en-Montagne	Chenebier	
	Ferrières-les-Bois	Condamine	Chenevrey-et-Morogne	
	Fessevillers	Conliège	Chevigney	
	Flangebouche	Conte	Choye	
	Fontaine-lès-Clerval	Courbette	Cintrey	
	Fontenelle-Montby	Courbouzon	Cirey	
	Fontenotte	Courlans	Citers	

Zonage Chirurgiens-dentistes	Communes concernées dans le Doubs	Communes concernées dans le Jura	Communes concernées en Haute-Saône	Communes concernées dans le Territoire de Belfort
zones à dotation intermédiaire	Fourbanne	Courlaoux	Citey	
	Fourcatier-et-Maison-Neuve	Courtefontaine	Clairegoutte	
	Fournet-Blancheroche	Cousance	Clans	
	Fournets-Luisans	Coyrière	Cognières	
	Frambouhans	Coyron	Coisevaux	
	Franey	Crançot	Colombe-lès-Vesoul	
	Frasne	Crans	Colombier	
	Fuans	Cressia	Colombotte	
	Gellin	Crissey	Combeaufontaine	
	Germéfontaine	Crotenay	Comberjon	
	Gevresin	Cuisia	Conflandey	
	Gilley	Cuttura	Confracourt	
	Glamondans	Cuvier	Cordonnet	
	Gondenans-les-Moulins	Dammartin-Marpain	Cornot	
	Gondenans-Montby	Damparis	Corravillers	
	Gonsans	Dampierre	Corre	
	Gouhelans	Darbonnay	Coulevon	
	Goumois	Denezières	Courcuire	
	Goux-les-Usiers	Dessia	Courmont	
	Grand-Charmont	Digna	Couthenans	
	Grand'Combe-Châteleu	Domblans	Cresancey	
	Grand'Combe-des-Bois	Dompierre-sur-Mont	Creveney	
	Grandfontaine-sur-Creuse	Doucier	Cromary	
	Granges-Narboz	Doye	Cugney	
	Grosbois	Éclans-Nenon	Cult	
	Guillon-les-Bains	Écrille	Dambenoît-lès-Colombe	
	Guyans-Durnes	Entre-deux-Monts	Dampierre-sur-Linotte	

Zonage Chirurgiens-dentistes	Communes concernées dans le Doubs	Communes concernées dans le Jura	Communes concernées en Haute-Saône	Communes concernées dans le Territoire de Belfort
zones à dotation intermédiaire	Guyans-Vennes	Équevillon	Dampvalley-lès-Colombe	
	Hautepierre-le-Châtelet	Esserval-Combe	Échenans-sous-Mont-Vaudois	
	Hauterive-la-Fresse	Esserval-Tartre	Échenoz-la-Méline	
	Houtaud	Essia	Échenoz-le-Sec	
	Huanne-Montmartin	Étival	Écuelle	
	Hyèvre-Magny	Étrepigney	Éhuns	
	Hyèvre-Paroisse	Évans	Équevilley	
	Indevillers	Falletans	Esboz-Brest	
	Jallerange	Fay-en-Montagne	Esmoulières	
	Jougne	Florentia	Esmoulins	
	La Bosse	Foncine-le-Bas	Essertenne-et-Cecey	
	La Bretenière	Foncine-le-Haut	Étobon	
	La Chaux	Fontenu	Étrelles-et-la-Montbleuse	
	La Chenalotte	Fort-du-Plasne	Fahy-lès-Autrey	
	La Cluse-et-Mijoux	Foucherans	Faucogney-et-la-Mer	
	La Grange	Fraisans	Faymont	
	La Longeville	Fraroz	Fédry	
	La Planée	Frasne-les-Meulières	Ferrières-lès-Scey	
	La Rivière-Drugeon	Frébuans	Filain	
	La Sommette	Frontenay	Flagy	
	Labergement-du-Navois	Gatey	Fondremand	
	Labergement-Sainte-Marie	Gendrey	Fontenois-lès-Montbozon	
	Laire	Germigney	Fouchécourt	
	Laissey	Geruge	Fougerolles	
	Lanans	Gevingey	Framont	
	Landresse	Gevry	Franchevelle	
	Lantenne-Vertière	Gigny	Frasne-le-Château	

Zonage Chirurgiens-dentistes	Communes concernées dans le Doubs	Communes concernées dans le Jura	Communes concernées en Haute-Saône	Communes concernées dans le Territoire de Belfort
zones à dotation intermédiaire	Laval-le-Prieuré	Gillois	Frédéric-Fontaine	
	Lavans-Vuillafans	Gizia	Fretigney-et-Velloreille	
	Lavernay	Grande-Rivière	Froideconche	
	Laviron	Granges-sur-Baume	Froideterre	
	Le Barboux	Graye-et-Charnay	Frotey-lès-Lure	
	Le Bélieu	Gredisans	Frotey-lès-Vesoul	
	Le Bizot	Grozon	Genevreuille	
	Le Crouzet	Grusse	Genevrey	
	Le Luhier	Hautecour	Germigney	
	Le Mémont	Jeurre	Gevigney-et-Mercey	
	Le Moutherot	Jouhe	Gouhenans	
	Le Puy	La Balme-d'Épy	Gourgeon	
	Le Russey	La Barre	Grandvelle-et-le-Perrenot	
	L'Écouvotte	La Bretenière	Grattery	
	Les Alliés	La Charme	Gray	
	Les Bréseux	La Châtelaine	Gray-la-Ville	
	Les Combes	La Chaumusse	Greucourt	
	Les Écorces	La Chaux-du-Dombief	Gy	
	Les Fins	La Favière	Haut-du-Them-Château-Lambert	
	Les Fontenelles	La Ferté	Héricourt	
	Les Fourgs	La Frasnée	Hugier	
	Les Grangettes	La Latette	Hyet	
	Les Gras	La Loye	Igny	
	Les Hôpitaux-Neufs	La Marre	Jonvelle	
	Les Hôpitaux-Vieux	La Mouille	Jussey	
	Les Plains-et-Grands-Essarts	La Pesse	La Barre	
	Les Pontets	La Rixouse	La Bruyère	

Zonage Chirurgiens-dentistes	Communes concernées dans le Doubs	Communes concernées dans le Jura	Communes concernées en Haute-Saône	Communes concernées dans le Territoire de Belfort
zones à dotation intermédiaire	Les Villedieu	La Tour-du-Meix	La Chapelle-lès-Luxeuil	
	Levier	La Vieille-Loye	La Chapelle-Saint-Quillain	
	L'Hôpital-du-Grosbois	Lac-des-Rouges-Truites	La Corbière	
	L'Hôpital-Saint-Lieffroy	Ladoye-sur-Seille	La Côte	
	Lomont-sur-Crête	Lains	La Creuse	
	Longechaux	Lajoux	La Demie	
	Longemaison	Lamoura	La Grande-Résie	
	Longevelle-lès-Russey	Largillay-Marsonnay	La Longine	
	Longevilles-Mont-d'Or	Larrivoire	La Malachère	
	Loray	L'Aubépin	La Montagne	
	Luxiol	Lavangeot	La Neuvelle-lès-Lure	
	Magny-Châtelard	Lavans-lès-Dole	La Neuvelle-lès-Scey	
	Maîche	Lavans-lès-Saint-Claude	La Proiselière-et-Langle	
	Maisons-du-Bois-Lièvremont	Lavigny	La Résie-Saint-Martin	
	Malbuisson	Le Chateley	La Rochelle	
	Malpas	Le Deschaux	La Roche-Morey	
	Mancenans-Lizerne	Le Fied	La Rosière	
	Mandeure	Le Frasnois	La Vaivre	
	Mathay	Le Larderet	La Villedieu-en-Fontenette	
	Mercey-le-Grand	Le Latet	La Villeneuve-Bellenoye-et-la-Maize	
	Mésandans	Le Louverot	La Voivre	
	Métabief	Le Pasquier	Lambrey	
	Mondon	Le Petit-Mercey	Lantenot	
	Montagney-Servigney	Le Pin	Larians-et-Munans	
	Montandon	Le Vaudioux	Lavigney	
	Montbéliardot	Le Vernois	Le Magnoray	
	Montbenoît	Lent	Le Pont-de-Planches	

Zonage Chirurgiens-dentistes	Communes concernées dans le Doubs	Communes concernées dans le Jura	Communes concernées en Haute-Saône	Communes concernées dans le Territoire de Belfort
zones à dotation intermédiaire	Mont-de-Laval	Les Arsures	Le Tremblois	
	Mont-de-Vougney	Les Bouchoux	Le Val-de-Gouhenans	
	Montflovin	Les Chalesmes	Le Val-Saint-Éloi	
	Montivernage	Les Essards-Taignevaux	Les Aynans	
	Montlebon	Les Hays	Les Bâties	
	Montperreux	Les Molunes	Les Fessey	
	Montussaint	Les Moussières	Lieffrans	
	Morteau	Les Nans	Lieucourt	
	Mouthe	Les Piards	Liévans	
	Nans	Les Planches-en-Montagne	Linexert	
	Narbief	Les Planches-près-Arbois	Lœuilley	
	Nods	Leschères	Lomont	
	Noël-Cerneux	L'Étoile	Loulans-Verchamp	
	Nommay	Lézat	Lure	
	Ollans	Loisia	Luxeuil-les-Bains	
	Orchamps-Vennes	Longchaumois	Luze	
	Orgeans-Blanchefontaine	Longcochon	Lyoffans	
	Orsans	Longwy-sur-le-Doubs	Magnivray	
	Orve	Lons-le-Saunier	Magny-Danigon	
	Osselle	Loulle	Magny-Jobert	
	Ougney-Douvot	Louvatange	Magny-lès-Jussey	
	Ouhans	Louvenne	Magny-Vernois	
	Ouvans	Macornay	Mailleroncourt-Charette	
	Oye-et-Pallet	Malange	Mailley-et-Chazelot	
	Passavant	Mallerey	Maizières	
	Passonfontaine	Mantry	Malans	
	Petite-Chaux	Marigny	Malvillers	

Zonage Chirurgiens-dentistes	Communes concernées dans le Doubs	Communes concernées dans le Jura	Communes concernées en Haute-Saône	Communes concernées dans le Territoire de Belfort
zones à dotation intermédiaire	Pierrefontaine-les-Varans	Marnézia	Mandrevillars	
	Plaimbois-du-Miroir	Mathenay	Mantoche	
	Plaimbois-Vennes	Maynal	Marnay	
	Pompierre-sur-Doubs	Menétru-le-Vignoble	Maussans	
	Pontarlier	Menétrux-en-Joux	Melin	
	Pont-les-Moulins	Menotey	Mercey-sur-Saône	
	Pouilley-Français	Mérona	Meurcourt	
	Pouligney-Lusans	Mesnay	Moffans-et-Vacheresse	
	Provenchère	Mesnois	Molay	
	Puessans	Messia-sur-Sorne	Mollans	
	Rahon	Mièges	Montagney	
	Randevillers	Miéry	Montarlot-lès-Rioz	
	Rantechaux	Mignovillard	Montbozon	
	Reculfoz	Mirebel	Montcey	
	Remoray-Boujeons	Moiron	Montcourt	
	Renédale	Moissey	Montigny-lès-Cherlieu	
	Rillans	Molain	Montigny-lès-Vesoul	
	Rochejean	Molamboz	Montjustin-et-Velotte	
	Roche-lès-Clerval	Molay	Mont-le-Vernois	
	Rognon	Molinges	Montureux-et-Prantigny	
	Romain	Molpré	Montureux-lès-Baulay	
	Rondefontaine	Monay	Motey-Besuche	
	Roset-Fluans	Monnetay	Nantilly	
	Rosureux	Monnet-la-Ville	Navenne	
	Rougemont	Monnières	Neurey-en-Vaux	
	Rougemontot	Montagna-le-Reconduit	Neurey-lès-la-Demie	
	Roulans	Montagna-le-Templier	Neuvelle-lès-Cromary	

Zonage Chirurgiens-dentistes	Communes concernées dans le Doubs	Communes concernées dans le Jura	Communes concernées en Haute-Saône	Communes concernées dans le Territoire de Belfort
zones à dotation intermédiaire	Routelle	Montaigu	Neuvelle-lès-la-Charité	
	Ruffey-le-Château	Montain	Noidans-le-Ferroux	
	Saint-Antoine	Montbarrey	Noidans-lès-Vesoul	
	Sainte-Anne	Monteplain	Noiron	
	Sainte-Colombe	Montfleur	Noroy-le-Bourg	
	Sainte-Suzanne	Montholier	Oigney	
	Saint-Georges-Armont	Montigny-lès-Arsures	Oiselay-et-Grachaux	
	Saint-Gorgon-Main	Montigny-sur-l'Ain	Onay	
	Saint-Hilaire	Montmirey-la-Ville	Ormenans	
	Saint-Juan	Montmirey-le-Château	Ormoiche	
	Saint-Julien-lès-Russey	Montmorot	Ormoy	
	Saint-Point-Lac	Montrevel	Ouge	
	Saint-Vit	Montrond	Ovanches	
	Sancey-le-Grand	Mont-sous-Vaudrey	Oyrières	
	Sancey-le-Long	Mont-sur-Monnet	Palante	
	Santoche	Morbier	Pennesières	
	Sarrageois	Morez	Percey-le-Grand	
	Séchin	Mournans-Charbonny	Perrouse	
	Septfontaines	Moutonne	Pesmes	
	Servin	Moutoux	Pierrecourt	
	Silley-Bléfond	Mutigney	Pin	
	Sochaux	Nanc-lès-Saint-Amour	Pomoy	
	Sombacour	Nancuise	Pontcey	
	Surmont	Nantey	Port-sur-Saône	
	Tallans	Neublans-Abergement	Poyans	
	Thiébouhans	Neuvilley	Preigney	
	Touillon-et-Loutelet	Nevy-lès-Dole	Provenchère	
	Tournans	Nevy-sur-Seille	Purgerot	

Zonage Chirurgiens-dentistes	Communes concernées dans le Doubs	Communes concernées dans le Jura	Communes concernées en Haute-Saône	Communes concernées dans le Territoire de Belfort
zones à dotation intermédiaire	Tressandans	Ney	Pusey	
	Trévillers	Nogna	Pusy-et-Épenoux	
	Trouvans	Nozeroy	Quenoche	
	Urtière	Offlanges	Quers	
	Uzelle	Onglières	Quincey	
	Valdahon	Onoz	Raddon-et-Chapendu	
	Val-de-Roulans	Orbagna	Raincourt	
	Valentigney	Orchamps	Ranzevelle	
	Valleroy	Orgelet	Ray-sur-Saône	
	Vanclans	Ougney	Raze	
	Vauchamps	Ounans	Recologne-lès-Rioz	
	Vaucluse	Our	Rignovelle	
	Vauclusotte	Oussières	Rigny	
	Vaudrivillers	Pagney	Rioz	
	Vaux-et-Chantegrue	Pannessières	Roche-sur-Linotte-et-Sorans-les-Cordiers	
	Velesmes-Essarts	Parcey	Ronchamp	
	Vellerot-lès-Belvoir	Passenans	Rosey	
	Vellerot-lès-Vercel	Patornay	Rosières-sur-Mance	
	Vellevans	Peintre	Roye	
	Vennans	Perrigny	Ruhans	
	Vennes	Peseux	Rupt-sur-Saône	
	Vercel-Villedieu-le-Camp	Petit-Noir	Saint-Bresson	
	Vergranne	Picarreau	Saint-Broing	
	Verne	Pillemoine	Sainte-Marie-en-Chanois	
	Vernierfontaine	Pimorin	Sainte-Marie-en-Chaux	
	Verrières-de-Joux	Plainoiseau	Sainte-Reine	
	Verrières-du-Grosbois	Plaisia	Saint-Germain	
	Viéthorey	Plasne	Saint-Loup-Nantouard	

Zonage Chirurgiens-dentistes	Communes concernées dans le Doubs	Communes concernées dans le Jura	Communes concernées en Haute-Saône	Communes concernées dans le Territoire de Belfort
zones à dotation intermédiaire	Vieux-Charmont	Plénise	Saint-Marcel	
	Villars-Saint-Georges	Plénisette	Saint-Sauveur	
	Ville-du-Pont	Pleure	Saint-Valbert	
	Villeneuve-d'Amont	Plumont	Saponcourt	
	Villers-Chief	Poids-de-Fiole	Saulnot	
	Villers-Grélot	Pointre	Saulx	
	Villers-la-Combe	Poligny	Sauvigney-lès-Gray	
	Villers-le-Lac	Pont-de-Poitte	Sauvigney-lès-Pesmes	
	Villers-Saint-Martin	Pont-du-Navoy	Scey-sur-Saône-et-Saint-Albin	
	Villers-sous-Chalamont	Ponthoux	Scye	
	Voillans	Pratz	Semmadon	
	Voires	Prénovel	Servigney	
	Voujeaucourt	Présilly	Soing-Cubry-Charentenay	
	Vuillecin	Publy	Sorans-lès-Breurey	
	Vyt-lès-Belvoir	Pupillin	Sornay	
		Quintigny	Tartécourt	
		Rahon	Tavey	
		Rainans	Thieffrans	
		Ranchot	Thiénans	
		Rans	Traitiéfontaine	
		Ravilloles	Traves	
		Reithouse	Trémoins	
		Revigny	Trésilley	
		Rix	Tromarey	
		Rochefort-sur-Nenon	Vadans	
		Romain	Vaivre-et-Montoille	
		Romange	Valay	
		Rosay	Vallerois-le-Bois	

Zonage Chirurgiens-dentistes	Communes concernées dans le Doubs	Communes concernées dans le Jura	Communes concernées en Haute-Saône	Communes concernées dans le Territoire de Belfort
zones à dotation intermédiaire		Rotalier	Vallerois-Lorioz	
		Rothonay	Vandelans	
		Rouffange	Vantoux-et-Longevelle	
		Saffloz	Varogne	
		Saint-Amour	Vars	
		Saint-Aubin	Vauchoux	
		Saint-Baraing	Vauconcourt-Nervezain	
		Saint-Claude	Vaux-le-Moncelot	
		Saint-Cyr-Montmalin	Velesmes-Échevanne	
		Saint-Didier	Velet	
		Sainte-Agnès	Velleclaire	
		Saint-Germain-en-Montagne	Vellefaux	
		Saint-Germain-lès-Arlay	Vellefrey-et-Vellefrange	
		Saint-Jean-d'Étreux	Vellefrie	
		Saint-Julien	Velleguindry-et-Levrecey	
		Saint-Lamain	Velle-le-Châtel	
		Saint-Laurent-en-Grandvaux	Velleminfroy	
		Saint-Laurent-la-Roche	Vellemoz	
		Saint-Lothain	Velloreille-lès-Choye	
		Saint-Loup	Velorcey	
		Saint-Lupicin	Venère	
		Saint-Maur	Venisey	
		Saint-Maurice-Crillat	Verlans	
		Saint-Pierre	Vernois-sur-Mance	
		Salans	Vesoul	
		Saligney	Vezet	
		Sampans	Villars-le-Pautel	
		Santans	Villefrancon	

Zonage Chirurgiens-dentistes	Communes concernées dans le Doubs	Communes concernées dans le Jura	Communes concernées en Haute-Saône	Communes concernées dans le Territoire de Belfort
zones à dotation intermédiaire		Sapois	Villeparois	
		Sarrogna	Villers-Bouton	
		Saugeot	Villers-Chemin-et-Mont-lès-Étrelles	
		Séligney	Villers-le-Sec	
		Sellières	Villers-lès-Luxeuil	
		Senaud	Villers-Pater	
		Septmoncel	Villers-sur-Port	
		Sergenon	Villers-sur-Saulnot	
		Sermange	Vilory	
		Serre-les-Moulières	Visoncourt	
		Sirod	Vitrey-sur-Mance	
		Songeson	Vougécourt	
		Soucia	Vouhenans	
		Souvans	Vregille	
		Supt	Vyans-le-Val	
		Syam	Vy-le-Ferroux	
		Tassenières	Vy-lès-Filain	
		Tavaux	Vy-lès-Lure	
		Taxenne	Vy-lès-Rupt	
		Thervay		
		Thoiria		
		Thoissia		
		Toulouse-le-Château		
		Tourmont		
		Trenal		
		Uxelles		
		Vadans		
		Val-d'Épy		

Zonage Chirurgiens-dentistes	Communes concernées dans le Doubs	Communes concernées dans le Jura	Communes concernées en Haute-Saône	Communes concernées dans le Territoire de Belfort
zones à dotation intermédiaire		Valempoulières Vannoz Varessia Vaudrey Vaux-lès-Saint-Claude Vaux-sur-Poligny Vercia Verges Véria Vernantois Vers-en-Montagne Vers-sous-Sellières Vertamboz Vevy Villard-Saint-Sauveur Villard-sur-Bienne Villechantria Villeneuve-sous-Pymont Villerserine Villers-les-Bois Villers-Robert Villette-lès-Arbois Villette-lès-Dole Vincelles Vitreux Voiteur Vriange Vulvoz		

Zonage Chirurgiens-dentistes	Communes concernées dans le Doubs	Communes concernées dans le Jura	Communes concernées en Haute-Saône	Communes concernées dans le Territoire de Belfort
zones très dotées	Arbouans Audincourt Besançon Bouclans Châtillon-le-Duc Courcelles-lès-Montbéliard Devecey École-Valentin Gennes La Chevillotte Le Gratteris Mamirolle Miserey-Salines Montbéliard Naisey-les-Granges Nancray Pirey Saône Taillecourt Thise	Dole		
zones surdotées	Hérimoncourt Seloncourt	Bois-d'Amont Les Rousses Prémanon		Belfort