



PRIORITÉS DE **SANTÉ** DU TERRITOIRE DE DÉMOCRATIE SANITAIRE DE L'**OISE**

DIAGNOSTIC PARTAGÉ
DU CONSEIL TERRITORIAL DE SANTÉ



OISE

article L1434-10 du code de la santé publique prévoit l'installation, par le directeur général de l'agence régionale de santé, d'un conseil territorial de santé sur chacun des territoires de démocratie sanitaire. Le conseil territorial de santé contribue à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du projet régional de santé (PRS), en particulier sur les dispositions concernant l'organisation des parcours de santé. Le conseil territorial de santé participe à l'élaboration du diagnostic territorial partagé ; celui-ci ayant pour objet d'identifier les besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la population concernée en s'appuyant sur des données d'observation. Il tient compte des caractéristiques des territoires concernés.

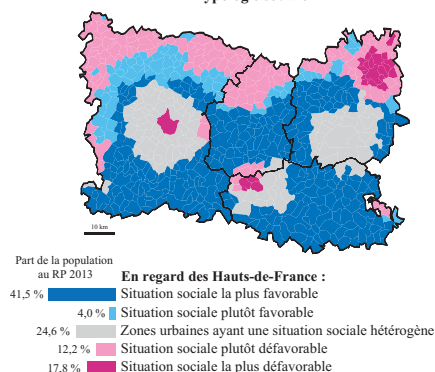
Ce document est le résultat de la participation du conseil territorial de santé de l'Oise au diagnostic partagé du PRS Hauts-de-France. Ce diagnostic partagé comprend quatre parties :

- Des données d'observations spécifiques au territoire
- Les résultats d'une concertation permettant l'expression des membres du conseil territorial de santé
- L'articulation avec les chantiers mis en place par l'agence régionale de santé des Hauts-de-France
- La proposition de cinq priorités pour le territoire, élaborées en cohérence avec les travaux régionaux du PRS Hauts-de-France.

LA SITUATION SOCIO-SANITAIRE

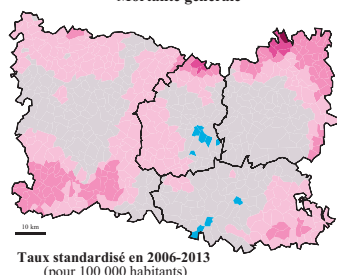
UNE VISION PAR COMMUNE DE LA DIMENSION SOCIALE, LA MORTALITÉ ET L'OFFRE EN PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Typologie sociale

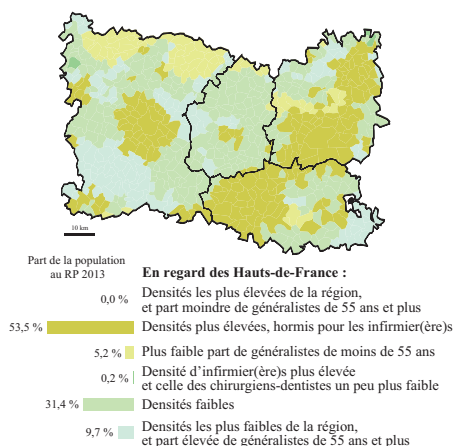


Cette typologie repose sur huit indicateurs couvrant des thématiques variées ; cf. encadré p. 3.

Mortalité générale



Typologie de professionnels de santé libéraux



Cette typologie repose sur six indicateurs relatifs aux médecins généralistes, infirmier(ère)s, masseurs-kinésithérapeutes et chirurgiens-dentistes ; cf. encadré p. 3.

Sources : Adeli 2016, Drees / Asip-Santé - RPPS 2016, CCMSA, Cnaf, Insee, Inserm CépiDc, Ministère de l'Économie et des Finances - DGFIP ; exploitation OR2S

Situation de l'Oise en regard des territoires de démocratie sanitaire et de la France

DAVANTAGE DE FAMILLES AVEC ENFANT(S) ET MOINS DE PERSONNES ÂGÉES

Au recensement de 2013, l'Oise compte 815 000 habitants, soit une densité de 139 habitants au km². Ce territoire de démocratie sanitaire détient la plus faible part de personnes âgées de 75 ans et plus¹ de la région et la plus élevée pour la population potentiellement active (25-59 ans). Les jeunes y sont, en proportion, plus nombreux qu'en France ; la part des moins de 18 ans est même la plus forte de la région.

L'Oise voit sa population croître depuis de nombreuses années. Cependant, si cette augmentation était plus marquée qu'en France par le passé, une tendance inverse est observée depuis le RP 1999.

DES INDICATEURS SOCIAUX SOUVENT PROCHES DE CEUX DE LA FRANCE HEXAGONALE

Dans la majorité des cas, l'Oise détient les indicateurs sociaux les plus favorables des territoires de démocratie sanitaire de la région. Une spécificité est à mentionner sur le niveau de diplôme des jeunes de 25-34 ans : la part de pas ou peu diplômés (18,3 %) est la deuxième la plus élevée de la région et est de 3,6 points supérieure à celle de la France ; la part de jeunes ayant un Bac+2 ou plus est quant à elle moindre, de près de huit points en regard de la France.

DIMINUTION DE LA MORTALITÉ GÉNÉRALE MOINS MARQUÉE QU'EN FRANCE

Si l'Oise détient le plus faible taux de mortalité des territoires de démocratie sanitaire de la région, une surmortalité est cependant relevée en regard de la France. De plus, le différentiel de mortalité avec le

niveau national n'a cessé d'augmenter au cours du temps : +3 % en 1980-1982, +6 % en 1990-1992, +11 % en 2000-2002 et +13 % en 2011-2013.

Une surmortalité avec le niveau national est observée pour une majorité des causes de décès, même si l'Oise présente souvent les plus faibles taux des TDS de la région. Ce territoire se démarque cependant pour la maladie de Parkinson (2^e taux de mortalité le plus élevé et 1^{er} taux pour les admissions en ALD), le cancer de la prostate (taux de mortalité le plus élevé ; 4^e taux pour les admissions en ALD), le cancer de la trachée, des bronches et du poumon chez les femmes (2^e taux de mortalité le plus élevé et 1^{er} pour les admissions en ALD).

DES DENSITÉS DE PROFESSIONNELS DE SANTÉ PARTICULIÈREMENT FAIBLES

Pour une majorité des professionnels de santé, l'Oise présente les plus faibles densités des territoires de démocratie sanitaire de la région. Ainsi, pour avoir la même densité de médecins généralistes libéraux qu'en France, il faudrait 160 professionnels de plus dans l'Oise (587 sont dénombrés au 1^{er} janvier 2016). Concernant les infirmier(ère)s, les masseurs-kinésithérapeutes et les sages-femmes ayant une activité libérale les densités sont deux fois moindres qu'en France et la encore les plus faibles de la région. Pour les chirurgiens-dentistes, l'Oise arrive en avant-dernière position des territoires de démocratie sanitaire. Ce territoire se démarque cependant avec une densité de gériatres importante : la plus forte des territoires de démocratie sanitaire, avec une valeur deux fois plus élevée qu'en France.

Point méthodologique - Lissage géographique

Du fait de la faiblesse de la population dans certaines communes, les indicateurs ont été lissés géographiquement pour disposer d'indicateurs plus stables. Ce lissage permet de prendre en compte l'information disponible dans le voisinage de chaque commune ; les communes françaises hors région sont également considérées. Les communes limitrophes à une commune donnée sont celles qui lui sont directement contiguës (« communes voisines d'ordre un »), mais également celles qui sont limitrophes aux communes voisines d'ordre un (il s'agit alors des « communes voisines d'ordre deux ») ; *idem* avec les communes voisines d'ordre trois. Le lissage est effectué *a priori* (sur les données brutes) et non *a posteriori* (sur les indicateurs déjà calculés).

¹ à égalité avec Métropole-Flandres (7,0 % *versus* 9,2 % en France hexagonale et 7,9 % en région).

Situation au sein du territoire de démocratie sanitaire de l'Oise

DEUX CINQUIÈMES DE LA POPULATION DE L'OISE RÉSIDENT DANS UNE COMMUNE PRÉSENTANT UNE SITUATION SOCIALE PLUS FAVORABLE QU'EN FRANCE

Si, dans son ensemble, l'Oise présente la situation sociale la plus favorable des territoires de démocratie sanitaire de la région et des indicateurs de mortalité qui se situent également parmi les plus favorables, des spécificités au sein du territoire sont à mentionner, comme l'illustrent les cartes de la page ci-contre.

Ainsi, concernant la dimension sociale, trois dixièmes de la population de l'Oise résident dans une commune appartenant à une des deux classes présentant les situations sociales les plus défavorables (contre un peu plus de la moitié pour l'ensemble de la région). À l'instar du reste de la région, les zones les plus fragilisées sont situées dans les zones les plus urbanisées¹ (Beauvais, Creil et Noyon et alentours) et dans les communes limitrophes avec la Somme. Deux cinquièmes de la population résident dans une commune appartenant à la classe présentant la situation sociale la plus favorable de la région (un dixième pour l'ensemble de la région). Cette classe présente le plus souvent des indicateurs plus favorables qu'au niveau national.

636

DÉCÈS ÉVITÉS

en moyenne annuelle
sur la période 2006-2013
avec la même mortalité
qu'en France (350 chez les
hommes et 286 chez les
femmes), soit un dixième
des décès enregistrés

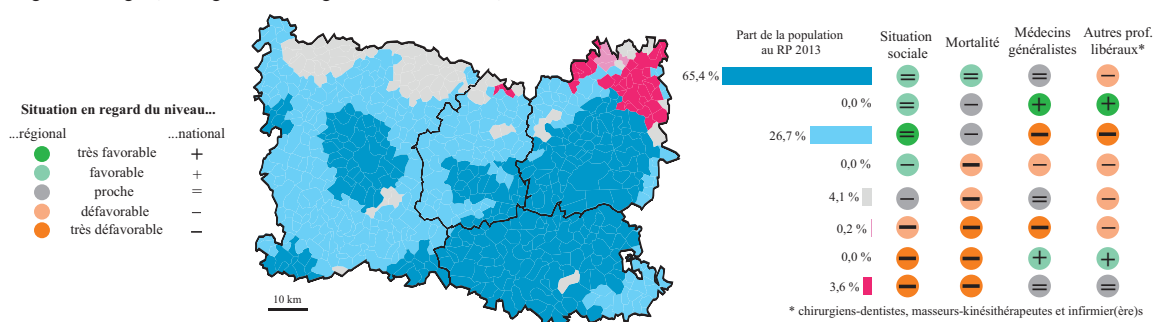
Concernant la mortalité, si les taux relevés sont souvent parmi les plus faibles de la région, ils demeurent le plus souvent plus élevés qu'en France (parfois assez proches), mais sont rarement plus faibles. Les plus forts taux de mortalité de l'Oise sont observés dans le Vexin (zone présentant des caractéristiques sociales parmi les plus favorables de la région) et dans le Nord-Est, le long de la frontière avec la Somme et l'Aisne. Comme l'illustre la carte ci-dessous, cette dernière zone est celle qui a la situation socio-sanitaire la moins favorable du territoire mais avec des densités en professionnels proches du niveau national.

FAIBLES DENSITÉS D'INFIRMIER(ÈRE)S ET DE MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES POUR L'ENSEMBLE DES COMMUNES

Dans sa globalité, l'Oise a de faibles densités en professionnels de santé. Les zones les plus urbanisées présentent cependant des densités plus proches de celles relevées au niveau national pour les médecins généralistes libéraux et, dans une moindre mesure, pour les chirurgiens-dentistes. Les densités d'infirmier(ère)s et de masseurs-kinésithérapeutes sont particulièrement faibles sur l'ensemble du territoire de démocratie sanitaire. En outre, les communes de l'ouest et du centre de l'Oise, hormis Beauvais et alentours, sont souvent celles qui ont les plus faibles densités.

UNE TYPOLOGIE SOCIO-SANITAIRE PAR COMMUNE

Cette typologie repose sur quinze indicateurs relatifs au domaine social, à la mortalité et à l'offre en professionnels de santé libéraux (cf. encadré figurant en bas de la page). Pour comprendre comment se situe chaque classe en regard des différentes dimensions considérées et des niveaux régional et national, une double légende a été effectuée. Un rond de couleur permet de positionner la classe en regard du niveau régional et un symbole est utilisé pour le niveau national. Ceci permet de savoir si la situation favorable observée en regard de la région, l'est également en regard du niveau national, et inversement.



Sources : Adeli 2016, Drees / Asip-Santé - RPPS 2016, CCMSA, Cnaf, Insee, Inserm CépiDc, Ministère de l'Économie et des Finances - DGFiP ; exploitation OR2S

Point méthodologique - Typologie

Trois typologies ont été réalisées sur l'ensemble des communes des Hauts-de-France. L'objectif est de regrouper dans une même classe celles qui présentent des caractéristiques proches par rapport à la(ux) dimension(s) étudiée(s). Chaque classe est décrite en regard de la situation relevée dans les autres classes et donc sur l'ensemble de la zone d'analyse, la région. Seules les communes du territoire de démocratie sanitaire sont présentées. La typologie sociale repose sur huit indicateurs traitant de thématiques variées du domaine social : taux de fécondité des femmes de 12-20 ans en 2009-2015, part de familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans, taux de chômage, part de jeunes de 25-34 ans pas ou peu diplômés, et part de cadres et professions intellectuelles supérieures au RP 2013, part de foyers fiscaux non imposés sur le revenu en 2014, taux d'allocataires du RSA et de l'AAH (de 20-59 ans) au 31 décembre 2015. La typologie des professionnels de santé libéraux repose sur les densités de médecins généralistes, d'infirmier(ère)s, de masseurs-kinésithérapeutes et de chirurgiens-dentistes. Pour les généralistes sont également considérées la part de médecins de 55 ans et plus ainsi que la densité en ne considérant que les professionnels de moins de 55 ans. La typologie socio-sanitaire repose sur les quatorze indicateurs listés ci-dessus ainsi que sur le taux standardisé sur l'âge de mortalité générale en 2006-2013.

¹ Les communes ont été classées selon un profil social global, des disparités infra-communales existent. Ainsi, au sein des communes présentant un profil social fragilisé, des populations plus favorisées peuvent y résider, c'est par exemple le cas des villes où le profil social des populations varie fortement selon le quartier.

LA CONCERTATION DU CONSEIL TERRITORIAL DE SANTÉ

UN TRAVAIL EN COMMISSIONS

Le bureau du CTS de l'Oise s'est organisé en cinq commissions thématiques : démographie médicale et offre de soins, personnes âgées, handicap, jeunes et préventions, santé mentale.

La démarche aboutissant à la rédaction de cinq priorités, expression du CTS pour son territoire, s'est déroulée en trois étapes.

Le 22 février 2017, l'état des lieux sanitaire et social du territoire a été présenté aux membres du bureau du CTS. Cet état des lieux reposait sur une analyse spécifique du *Diagnostic territorialisé des Hauts-de-France* pour le territoire de démocratie sanitaire et les territoires de proximité. L'objectif de cette réunion était de faciliter l'appropriation par les membres composant le CTS des différents indicateurs du diagnostic ; ce porté à connaissance des spécificités du territoire devant par la suite faciliter le choix et l'écriture des cinq priorités territoriales.

Une seconde réunion, organisée le 21 mars, devait établir la liste de ces cinq priorités en les documentant à partir de quatre rubriques : les éléments de diagnostics mobilisés, un développement plus détaillé de la priorité, les bénéfices de la mise en œuvre de la priorité pour le territoire et les chantiers du PRS rejoints. Un tableau reprenant ces éléments a été distribué lors de la réunion du bureau du CTS, à charge pour le bureau de le remplir et le retourner à l'OR2S pour l'analyse.

Les commissions du CTS ont travaillé à la définition des priorités au cours de deux réunions successives. Elles étaient composées des membres titulaires et suppléants du CTS et de personnes invitées du fait de leur connaissance du thème abordé. Des membres du bureau ont été désignés comme pilotes et co-pilotes de ces commissions. La méthode de travail utilisée lors de la définition des priorités a été celle du *brainstorming* par *post-it* suivie d'un regroupement des thématiques pour aboutir au choix de la priorité.

À la date du 21 mars, les commissions sur la santé mentale et sur le handicap avaient achevé leurs travaux. Les trois autres commissions n'avaient pu se réunir qu'une seule fois et ont terminé la définition de leur priorité par la suite.

La réunion du 21 mars aura permis de revenir sur les libellés des deux priorités déjà formulées et d'établir des recommandations pour leur réécriture. Pour les autres commissions, la réunion a permis de dégager des axes généraux de travail à partir de leurs premières réflexions.

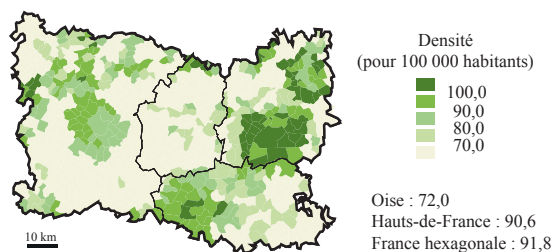
Le bureau du CTS a aussi décidé qu'au-delà des rubriques fournies par l'OR2S et permettant de documenter les priorités, un préambule serait écrit pour chaque priorité afin d'apporter un éclairage sur le contexte local et les enjeux locaux de la priorité.

Engager et promouvoir l'installation de professionnels de santé dans l'Oise

De tous les territoires de démocratie sanitaire des Hauts-de-France, l'Oise est celui qui a les plus faibles densités de professionnels de santé : sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes, infirmier(ère)s, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, médecins spécialistes et généralistes... et les parts les plus élevées de médecins et chirurgiens-dentistes âgés de 55 ans et plus. Les taux de dépassement d'honoraires importants, impliquent que la population va se faire soigner à l'extérieur du département voire de la région, tandis que le renoncement aux soins serait lié au déficit de professionnels de santé.

La promotion de l'installation de professionnels de santé passe par différentes actions : meilleure information sur la qualité de vie dans l'Oise, délocalisation dans le département oisien des stages des futurs professionnels, discrimination positive pour la répartition des dispositifs facilitant l'installation et mise en place d'un accompagnement renforcé et personnalisé de la pratique quotidienne des professionnels de santé. Les propositions innovantes devraient être portées par tous les acteurs institutionnels du territoire.

DENSITÉ DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX AU 1^{ER} JANVIER 2016 PAR COMMUNES LISSÉES*



* un lissage géographique a été mis en place (cf. page 2)

Sources : Drees/Asip-Santé - RPPS 2016, Insee; exploitation OR2S

Améliorer le maintien à domicile des personnes âgées : enjeu d'aujourd'hui pour faire face à la dépendance de demain face à la démographie en 2025

Si l'Oise est encore un département jeune, une transition démographique vers un vieillissement de sa population va s'accélérer ces prochaines années, pour voir augmenter plus rapidement que les départements voisins la part des personnes âgées de plus de 60 ans. Afin de prendre en compte le souhait des personnes de demeurer le plus longtemps possible au domicile, les problématiques d'isolement (notamment en milieu rural) et les difficultés d'accès aux soins ou à l'offre disponible localement, il est essentiel d'inscrire le maintien de la personne âgée à domicile dans le cadre d'un parcours de santé de proximité associant les réseaux gérontologiques, MAIA, l'aide au répit, les auxiliaires médicaux et les professions médicales (IDE, pharmacien...)

Il est important également de renforcer le lien Hôpital - Domicile pour préparer la sortie de la personne âgée sans pour autant systématiquement envisager l'orientation en EHPAD ou le maintien en hospitalisation.



Face à l'augmentation de la dépendance et des pathologies en EHPAD, il est nécessaire de proposer une offre de soins en adéquation avec les besoins des usagers du fait de l'avancée en âge.

Une vigilance particulière doit être portée à la coordination territoriale afin d'éviter les différentes superpositions des dispositifs qui génèrent de l'incohérence et de l'incompréhension, et accompagner au plus près des besoins les personnes âgées, les familles, les aidants et les services des communes qui font face aux problèmes posés par le vieillissement de la population.

Le plan *Maladies neuro-dégénératives* doit être développé en direction des aidants et favoriser le répit afin de prévenir les situations de rupture.

En définitive, cette priorité doit apporter des réponses concrètes face aux situations rencontrées pour rassurer les demandeurs.

Fluidifier les parcours des personnes en situation de handicap du plus jeune âge à la personne vieillissante

Grâce aux progrès médicaux de ces dernières décennies, l'espérance de vie des personnes handicapées, de la même manière que pour la population générale, s'est notablement allongée. Le vieillissement de cette population nécessite de prendre en compte les nouveaux besoins qui y sont liés et d'adapter les capacités d'accueil, afin de fluidifier les parcours et éviter les ruptures de prise en charge.

Il s'agit notamment d'adapter et mieux coordonner la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes, afin qu'elles ne soient pas maintenues dans des structures qui ne sont plus adaptées à leurs besoins de prise en charge et que les capacités d'accueil se retrouvent engorgées.

La connaissance précise des besoins et des capacités d'accueil est à développer afin d'améliorer la fluidité des parcours dès le plus jeune âge et optimiser la prise en charge de la petite enfance au vieillissement. Il est nécessaire de favoriser la lisibilité sur les places disponibles dans les structures et sur les listes d'attente « réelle » afin de pouvoir les mettre en relation de manière adaptée, et notamment de poursuivre le développement de l'outil « Trajectoires » sur le médico-social.

Les structures existantes reçoivent de nombreuses personnes d'âge hors agrément (exemple agrément 6-20 ans, structure recevant des jeunes de plus de vingt ans). La mise en œuvre de l'amendement Creton est en lui-même le reflet de cette problématique.

Problème de vieillissement de la personne handicapée et de son accueil après Esat.

Parcours de vie de la personne handicapée difficile et morcelé

Manque d'actions de prévention

Manque de temps de répit pour les aidants

Sentiment de manque de places ; en fait, elles seraient mal utilisées

Diagnostic de la commission Handicap

Un effort particulier doit être porté sur le développement des actions de prévention, ainsi que les temps de répit pour les aidants.

Amplifier l'information pour réduire les comportements à risque de la jeunesse dans l'Oise

Les diagnostics mobilisés montrent pour le territoire de l'Oise des indicateurs très défavorables. L'objectif est d'y répondre en amplifiant les démarches et mesures de prévention à l'égard de la jeunesse.

La commission a mis en exergue que, dans l'Oise, l'une des grandes priorités était la vie affective et sexuelle et en corollaire, les comportements à risque des jeunes. Comportements qui sont aussi liés aux addictions, avec ou sans produits, aux jeux, aux réseaux sociaux... Parmi les trois classes d'âge déterminées par la commission, celle des 7-16 ans serait la plus facile à toucher. Toutefois, c'est avant qu'il faudrait intervenir, auprès des 3-6 ans et de leurs parents.

Il n'existe pas de maison des adolescents dans l'Oise.

Devant l'évolution des dispositifs de prise en charge des jeunes, il serait souhaitable d'identifier ceux

qui pourraient être mobilisés pour répondre aux besoins des jeunes énoncés par le CTS. Cette analyse du parcours des jeunes par tranche d'âge permettrait de définir

le meilleur moyen d'amplifier l'information santé en direction des jeunes. La question

de la coordination des acteurs locaux chargés de la prévention devrait aussi être abordée car la problématique des jeunes est au carrefour de la santé, de l'éducation, du social et de la justice parfois. Il peut être envisagé de mobiliser des solutions s'appuyant sur le numérique pour mieux toucher cette population.

L'implication des jeunes, tant pour la création, la mise en place et l'utilisation des structures et solutions proposées est à rechercher afin de faciliter leur appropriation.

Les jeunes doivent être en quelque sorte moteur de toutes les actions, dans une dynamique d'empowerment.

3 CLASSES D'ÂGE



Développer un parcours souple et « cousu main » en s'appuyant sur l'élaboration du projet territorial de santé mentale

Les constats posés montrent qu'il y a du renoncement aux soins (précarité, désocialisation, listes d'attente) et, en parallèle, des refus de soins avec un manque de réponse de type « aller vers ». Le maillage territorial apparaît peu resserré et pas suffisamment articulé avec les institutions du médico-social, de la justice, de l'éducation nationale, de l'aide sociale à l'enfance.

Pour le CTS, l'organisation sectorielle de la psychiatrie est à préserver et à adapter, en développant les structures intersectorielles nécessaires et en s'appuyant sur la notion de santé mentale.

Le concept de parcours de soins est propre à pouvoir mettre en synergie les organisations et réseaux du sanitaire, du médico-social et du social, ainsi qu'à mieux articuler la médecine somatique, la psychiatrie et la santé mentale. Un parcours simple et « cousu main » vise à éviter les ruptures et à inclure tous les publics potentiellement concernés (demandeurs d'asile, personnes sous main de justice, situations complexes, etc.), en associant tous les acteurs dès le stade de la prévention primaire.

Le choix de cette priorité implique la nécessité de connaître l'existant, pour pallier l'insuffisance des réponses et des articulations actuelles.

L'expérience montre que les failles du parcours tendent moins à se résorber d'elles-mêmes qu'à s'aggraver et provoquer des situations de crise et d'urgence.

La mission de service public que constitue la santé mentale justifie de n'écarter aucun public ni aucun territoire, dans un esprit d'égalité propre aux valeurs de la République.

Les parcours en santé mentale ne relèvent pas tous de l'hospitalisation à temps plein, et les alternatives impliquant tous les acteurs sont à développer : partenariats, solutions innovantes dans les divers champs.

Le bénéfice à tirer de cette priorité est de travailler à l'interpénétration des dispositifs existants, à améliorer ou à construire comme gage d'égalité de traitement et un investissement pour l'avenir.

Le « prendre soin » et l'accompagnement des personnes privilégiera la continuité de l'intervention socio-sanitaire.

Le parcours, innovation de la loi de modernisation de notre système de santé, correspond à un besoin essentiel des personnes concernées par la maladie mentale et de leurs aidants naturels.

L'ARTICULATION AVEC LES CHANTIERS DE L'ARS

La définition de priorités et des modalités de mise en œuvre

En parallèle des travaux des CTS, 22 groupes de travail portant sur les principales problématiques régionales ont été mis en place, associant outre l'ARS, des professionnels de santé, les partenaires institutionnels, des représentants des usagers. Les travaux de ces groupes ont permis d'identifier, pour chaque thématique, cinq priorités régionales.

Pour que la participation des conseils territoriaux de santé au diagnostic partagé du PRS des Hauts-de-France soit prise en compte, les propositions des CTS ont été croisées avec les travaux régionaux pour garantir la cohérence. Il en a été déduit cinq priorités par CTS.

Quelques remarques importantes concernant ce document et les modalités de mise en œuvre :

- La prise en compte de ces priorités se fera au moment de la conception des plans d'actions du PRS des Hauts-de-France.
- Les plans d'actions concerneront l'ensemble du PRS des Hauts-de-France et pas uniquement ceux rattachés aux priorités des CTS.
- Les plans d'actions du PRS des Hauts-de-France sont réalisés sous réserve de la disponibilité des moyens. Cela pourra le cas échéant, et avec l'accord du CTS, donner lieu à une adaptation du présent document.
- La stratégie nationale de santé qui est en phase de conception pourra le cas échéant amener à une révision du présent document.

Déroulement permettant d'aboutir aux cinq priorités



JANVIER 2017 :
publication du diagnostic territorialisé des Hauts-de-France
26 JANVIER 2017 :
présentation du diagnostic lors de la réunion d'installation du CTS



22 FÉVRIER 2017 :
première rencontre avec les membres du bureau du CTS pour présenter les spécificités du territoire de démocratie sanitaire



RÉFLEXION AUTOUR DES PRIORITÉS :
appropriation par les membres composant le CTS des différents diagnostics, recherche d'informations complémentaires, combiné à l'expertise et la connaissance terrain



MAI À NOVEMBRE 2017 :
mise en regard par l'ARS des cinq priorités définies au sein des CTS et des chantiers définis par l'ARS pour aboutir à un projet régional de santé cohérent

**LES
PRIORITÉS**



21 MARS 2017 :
deuxième rencontre avec les membres de bureau du CTS pour aboutir à la désignation de cinq priorités

LES CINQ PRIORITÉS

✓ Engager et promouvoir l'installation de professionnels de santé dans l'Oise

L'objectif général sur la « lutte contre la désertification des professionnels de santé » du PRS prend en compte cette priorité.

✓ Améliorer le maintien à domicile des personnes âgées : enjeu d'aujourd'hui pour faire face à la dépendance de demain face à la démographie en 2025

L'objectif général sur le « vieillissement » du PRS prend en compte cette priorité.

✓ Fluidifier les parcours des personnes en situation de handicap du plus jeune âge à la personne vieillissante

L'objectif général sur le « handicap » du PRS prend en compte cette priorité.

✓ Amplifier l'information pour réduire les comportements à risque de la jeunesse dans l'Oise

L'objectif général sur « promouvoir la santé des jeunes » du PRS prend en compte cette priorité.

✓ Développer un parcours souple et « cousu main » en s'appuyant sur l'élaboration du projet territorial de santé mentale

L'objectif général sur la « santé mentale » du PRS prend en compte cette priorité.



Ce document a été réalisé par le président du CTS de l'Oise Joseph Debray et son bureau, par le directeur territorial de l'ARS de l'Oise - ARS Hauts-de-France, Luc Rollet, ainsi que par Stéphanie Frère (ARS), Gwen Marqué (ARS), Philippe Lorenzo (OR2S), Nadège Thomas (OR2S) et Alain Trugeon (OR2S). Il a été mis en page par Sylvie Bonin (OR2S) et diffusé en décembre 2017.

OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL
Faculté de médecine, 3, rue des Louvels - 80036 AMIENS Cedex 1 - Tél : 03 22 82 77 24
E-Mail : info@or2s.fr - Site Internet : www.or2s.fr

AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ DES HAUTS-DE-FRANCE
556 avenue Willy Brandt - 59777 EURLILLE - Tél : 0 809 402 032
Site Internet : www.hauts-de-france.ars.sante.fr