



PRIORITÉS DE SANTÉ DU TERRITOIRE DE DÉMOCRATIE SANITAIRE DE L' AISNE

DIAGNOSTIC PARTAGÉ
DU CONSEIL TERRITORIAL DE SANTÉ



AISNE



L'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.

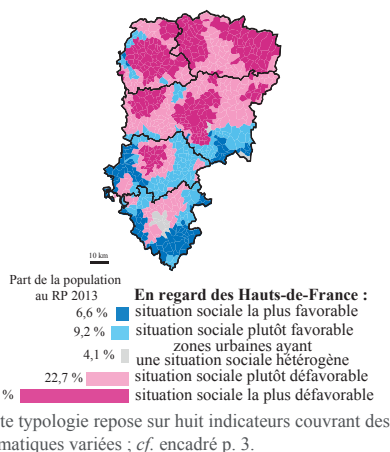
Ce document est le résultat de la participation du conseil territorial de santé de l'Aisne au diagnostic partagé du PRS Hauts-de-France. Ce diagnostic partagé comprend quatre parties :

- 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.

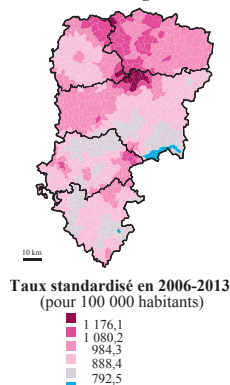
LA SITUATION SOCIO-SANITAIRE

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

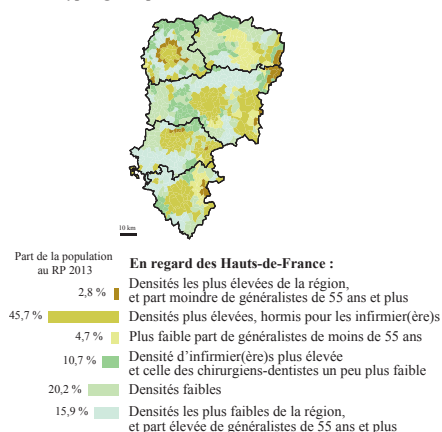
Typologie sociale



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 OR25

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

UN CLIVAGE NORD/SUD EN TERMES D'ACCROISSEMENT DE LA POPULATION

Au recensement de 2013, l'Aisne compte 540 000 habitants, soit une densité de 73 habitants au km². Ce territoire de démocratie sanitaire détient les plus fortes parts de personnes âgées de 60-74 ans et de 75 ans et plus de la région et la plus faible pour la population des moins de 25 ans, les trois valeurs étant proches de celles de la France hexagonale.

L'Aisne voit sa population croître très faiblement depuis de nombreuses années : 0,03 % entre les RP 1975 et 2008 et 0,05 % entre 2008 et 2013. Cela est la résultante de deux évolutions inverses depuis 1975 : le sud du département voyant sa population augmenter alors que la décroissance de la population persiste sur la partie nord.

UNE FRAGILITÉ SOCIALE CERTAINE DANS LA PARTIE NORD

Dans la majorité des cas, le territoire de démocratie sanitaire axonnais détient des indicateurs sociaux plutôt défavorables en regard des autres territoires de démocratie sanitaire de la région. Ainsi, l'Aisne enregistre le deuxième taux de chômage le plus élevé des TDS et la part la plus importante de jeunes de 25-34 ans pas ou peu diplômée. De même, la part de personnes percevant l'allocation aux adultes handicapés situe l'Aisne au deuxième rang par ordre décroissant des TDS régionaux. Enfin, la fécondité des jeunes femmes (12-20 ans) est également à signaler, plus du double de la valeur nationale, surtout dans la partie nord. De façon plus générale, pour nombre d'indicateurs du domaine social, un gradient Nord/

Sud est relevé, les indicateurs les plus favorables se situant dans cette dernière partie.

UNE MORTALITÉ PRÉMATURÉE PARTICULIÈREMENT ÉLEVÉE

L'Aisne se situe au troisième rang pour l'importance de son taux de mortalité au sein des territoires de démocratie sanitaire de la région, avec une surmortalité en regard de la France. De plus, le différentiel de mortalité avec le niveau national n'a cessé d'augmenter au cours du temps : +11 % en 1980-1982, +15 % en 1990-1992, +19 % en 2000-2002 et +22 % en 2011-2013.

Une surmortalité avec le niveau national est observée pour une majorité des causes de décès. Pour les deux premières causes que sont les cancers et les maladies cardiovasculaires, la surmortalité vis-à-vis du niveau national est respectivement de 15 % et de 18 %. Ce différentiel avec la France hexagonale est de plus amplifiée en ne s'intéressant qu'à la mortalité prématurée. Ainsi, chez les moins de 65 ans, le surplus est de 19 % pour les cancers et de 35 % pour les maladies cardiovasculaires.

DES DENSITÉS DE PROFESSIONNELS DE SANTÉ PARTICULIÈREMENT FAIBLES

Pour une majorité des professionnels de santé, l'Aisne présente de faibles densités, parfois très proches de celles observées dans l'Oise qui possède les plus faibles valeurs des territoires de démocratie sanitaire de la région. Ainsi, pour avoir la même densité de médecins généralistes libéraux qu'en France, il faudrait 107 professionnels de plus dans l'Aisne. De plus près des deux tiers des médecins sont âgés de 55 ans ou plus contre un peu plus de 50 % en région comme en France hexagonale.

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).

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

QUATRE CINQUIÈMES DE LA POPULATION AXONNAISE RÉSIDENT DANS UNE COMMUNE PRÉSENTANT UNE SITUATION SOCIALE DÉFAVORABLE

Les cartes de la page ci-contre et celle ci-dessous soulignent un fort gradient Nord/Sud. Toutefois, les meilleurs indicateurs retrouvés pour la population domiciliée dans la partie sud ne compensent pas ceux bien moins satisfaisants de la partie nord, ce qui fait qu'en final les quatre cinquièmes de la population du territoire de démocratie sanitaire de l'Aisne se situent dans les deux classes présentant la situation sociale la plus défavorable¹. À titre de comparaison, ils ne sont qu'un peu plus de la moitié à se retrouver dans cette situation sur l'ensemble de la région. Ils sont même près de trois sur cinq à être domiciliés dans une commune appartenant à la classe la plus défavorable, dans les zones urbaines mais également dans la partie rurale du nord et Soissons (et sa périphérie), seule au sud. À l'inverse, les quelque 7 % à se trouver dans la classe la plus favorable socialement sont tous situés au sud de Laon.

Concernant la mortalité, les taux relevés sont souvent plus élevés qu'en France. Toutefois, ce constat global masque d'importantes différences à un niveau territorial plus fins. Ainsi, les territoires de proximité de Guise - Hirson et de Saint-Quentin présentent des taux bien

supérieurs aux autres territoires de proximité de l'Aisne. La mortalité la plus élevée est retrouvée dans la zone frontalière entre ces deux territoires. À noter que le différentiel avec le niveau national est particulièrement élevé chez les moins de 65 ans : +40 % sur le territoire de proximité de Saint-Quentin et +52 % sur celui de Guise - Hirson. La partie sud est dans une meilleure situation en regard de la mortalité avec nombre de zones qui ne présentent pas de différence avec le niveau national. Quelques communes limitrophes avec celles du département de la Marne, dans le grand pourtour rémois, se situent même en-deçà de la mortalité nationale.

977 DÉCÈS ÉVITÉS

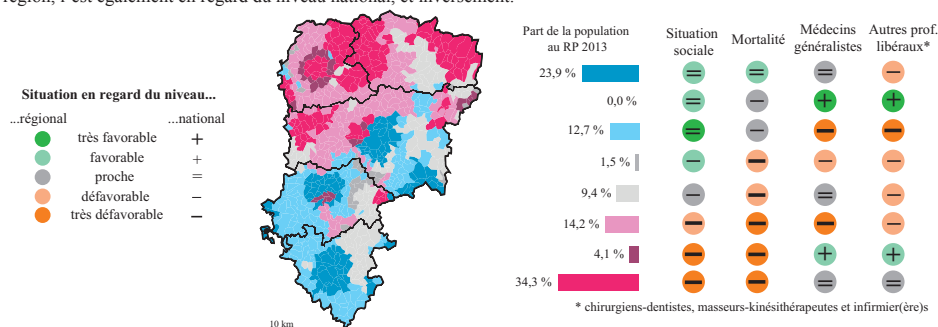
en moyenne annuelle sur la période 2006-2013 avec la même mortalité qu'en France (517 chez les hommes et 460 chez les femmes), soit plus d'un sixième des décès enregistrés

UN MANQUE IMPORTANT DE CHIRURGIENS-DENTISTES, NOTAMMENT SUR GUISE - HIRSON

De façon générale, l'Aisne présente des densités pour les différents professionnels de santé libéraux faibles en regard de la moyenne nationale. Le déficit le plus important concerne les chirurgiens-dentistes sur le territoire de proximité de Guise - Hirson (-71 % par rapport au niveau national). Mais les masseurs-kinésithérapeutes sont également peu présents sur le département axonnais, et ce quel que soit le territoire de proximité (de -41 % à -54 %). Enfin, hormis le territoire de proximité de Saint-Quentin, les médecins ne sont pas non plus très nombreux en termes de densité sur les autres territoires de proximité (de -18 % à -36 %).

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 COLLÈGES

Le 9 mars 2017, l'état des lieux sanitaire et social du territoire de démocratie sanitaire (TDS) de l'Aisne 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* à l'échelle du TDS et des 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.

Suite à cette réunion de présentation du diagnostic, le bureau du CTS s'est organisé en collèges afin de laisser ses membres réfléchir aux axes prioritaires à dégager. Quelques contributions ont été énoncées mais aucune synthèse n'en a été réalisée. L'ensemble du bureau souhaitait ainsi discuter de chaque thématique afin de trouver un consensus pour définir les cinq priorités.

Ce consensus s'est dégagé lors de la réunion de bureau du CTS du 6 avril 2017 à partir des thématiques comme la santé mentale, les addictions, les personnes handicapées vieillissantes, le parcours hospitalier de la personne âgée, les maladies cardio-vasculaires, le diabète, la diver-

sification médicale, la prévention et promotion des comportements favorables à la santé, l'environnement, et le soutien aux aidants sont les plus citées. Le préambule suivant introduit les priorités retenues.

« Devant le constat développé dans le diagnostic, les caractéristiques socio-sanitaires du territoire de démocratie sanitaire de l'Aisne (2017), élaboré par l'OR2S, les membres du CTS plaident pour une meilleure prise en compte des difficultés du territoire. Ils entendent ainsi mettre en avant que, pour chacune des cinq priorités définies, trois dimensions doivent aider à organiser une vision globale du champ concerné afin que des politiques publiques sans préjudice pour le bien-être des populations soient élaborées. »

En premier lieu, la démographie des professionnels de santé, voire du social, doit être un objet constant de réflexion dans la mise en œuvre des actions découlant des priorités. Elle doit être articulée avec une logique de parcours des patients et des usagers des systèmes de santé et du social et avec des dynamiques de partenariats, tant publics que privés, non pas tant les plus larges possibles, mais les plus fructueuses et porteuses de sens pour les populations et les professionnels. »

Créer et promouvoir un environnement et des comportements favorables à la santé

4

Le territoire de démocratie sanitaire de l'Aisne cumule les problèmes de santé et sociaux. Il se situe au dernier rang des territoires de démocratie sanitaire de la région pour la situation sociale de la population ou encore la mortalité, tout en ayant une situation de la démographie des professionnels de santé peu favorable.

Dans ce contexte, les membres du conseil territorial de santé ont décidé d'accorder une place importante à la mise en place de deux conditions nécessaires à la restauration d'un état socio-sanitaire positive.

La première est de faire en sorte, par le biais de politiques publiques et d'actions de terrain, qu'un ensemble d'environnements soient favorables à la santé : social, familial, éducationnel, milieux de vie. Ensuite, les partenariats sont à travailler, non pas tant dans une approche multi-sectorielle de la santé, mais bien dans une approche intersectorielle permettant de porter une vision commune et partagée.



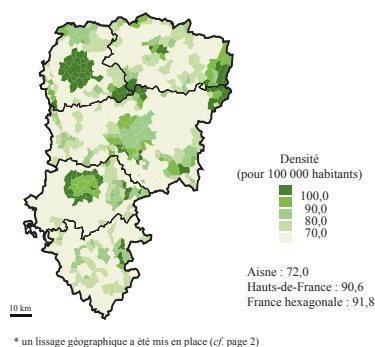
Améliorer et garantir un accès de qualité à la santé et aux droits pour les personnes vulnérables en tout point sur le territoire

D'une manière générale, les populations considérées comme en état de vulnérabilité par le CTS sont les personnes en situation de handicap, les personnes âgées, les populations économiquement précaires mais aussi les aidants bénévoles. Le concept de parcours de soin invite à réfléchir tant en notion de filières et de coordination des soins, qu'en notion de proximité géographique autant que faire ce peut. Le territoire de démocratie sanitaire de l'Aisne est marqué par un déficit de professionnels de santé avec des densités assez faibles. Cette raréfaction de l'offre de services de santé s'observe aussi à l'aune des temps d'accès : ils sont au minimum le double de la moyenne calculée en Hauts-de-France.

Les membres du CTS souhaitent qu'un principe d'équité dans l'accès au système de santé, intégrant dans un *continuum* la prévention et les soins, soit clairement établi dans le territoire de démocratie sanitaire.

Pour autant, l'équité de l'accès ne garantit en rien la qualité de l'offre. C'est la raison pour laquelle le CTS invite à ce que la réflexion sur l'équilibrage de l'offre de services de santé par un maillage territorial plus serré, se double d'une réflexion sur la qualité de ces services ; et que cette double réflexion s'appuie sur les difficultés de déplacement et de transports à l'intérieur du territoire qui sont largement préjudiciables aux populations parmi les plus vulnérables et précaires.

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



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

Promouvoir et améliorer la prise en charge de la santé mentale

Le territoire de démocratie sanitaire de l'Aisne a le taux d'offre en psychiatrie générale et infanto-juvénile le plus fort de la région, lié à l'implantation de l'hôpital de Prémontre. Dans le nord et le sud du territoire, l'offre psychiatrique est essentiellement ambulatoire avec la présence de CMP.

Dans l'attente de la mise en place des projets territoriaux de santé mentale (PTSM) sur le territoire de l'Aisne, et d'une politique régionale de santé mentale *via* le projet régional de santé, le CTS du territoire de démocratie sanitaire se donne comme priorité la promotion et l'amélioration de la santé mentale de la population.

Il s'agira, non pas tant de mener des actions, ce qui n'est pas du ressort du CTS, que d'être attentif à ce qui se mettra en place d'ici 2020 et de s'assurer que les projets territoriaux de santé mentale ainsi que les contrats locaux de santé mentale (CLSM) couvrent une grande partie de la population axonnaise, notamment celle vivant dans des territoires excentrés.



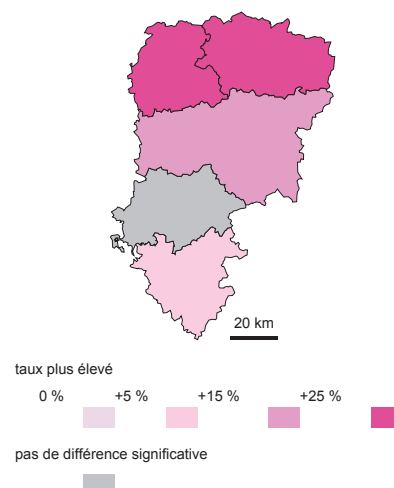
Améliorer la prise en charge globale des cancers

Les cancers, toutes localisations confondues, sont la première cause de mortalité et concernent 27 % de l'ensemble des décès du territoire de démocratie sanitaire de l'Aisne. La surmortalité y est de 15 % en regard de la mortalité nationale. Elle est même de 19 % chez les moins de 65 ans.

Les membres du CTS proposent qu'une réflexion concertée et d'ampleur soit menée, appuyée par des actions significatives, tant du point de vue de la prévention que de la prise en soins et de l'accompagnement.

Ce *focus* doit porter sur l'ensemble des cancers et non sur certaines des localisations les plus fréquentes. Pour autant, les programmes de dépistage organisés des cancers - sein, colorectal, et du col de l'utérus en 2018 - sont à renforcer. Leur objectif est non simplement la réduction de la mortalité mais aussi l'amélioration de l'information pour inciter à participer au dépistage organisé, et la qualité des soins apportés aux personnes. Des réseaux d'acteurs, n'appartenant pas au champ de la santé mais étant en prise directe avec la population, devraient être mobilisés pour démultiplier les messages préventifs et inciter à la participation aux dépistages organisés.

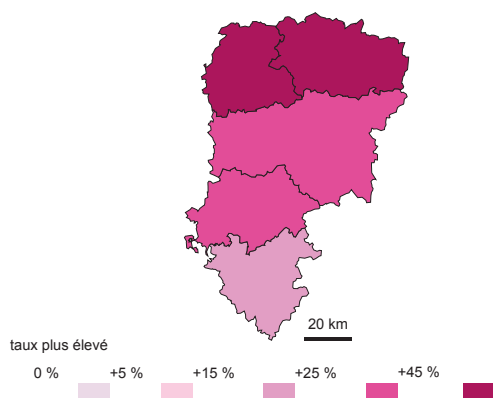
**DIFFÉRENTIEL DE MORTALITÉ
PAR CANCERS**
CHEZ LES MOINS DE 65 ANS EN REGARD DE LA FRANCE HEXAGONALE
PAR TERRITOIRE DE PROXIMITÉ SUR LA PÉRIODE 2006-2013



Sources : Inserm CépiDc, Insee ; exploitation OR2S

Mieux prendre en charge les maladies cardio-neuro-vasculaires en portant une attention particulière au diabète

**DIFFÉRENTIEL DE MORTALITÉ
PAR MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE**
CHEZ LES MOINS DE 65 ANS EN REGARD DE LA FRANCE HEXAGONALE
PAR TERRITOIRE DE PROXIMITÉ SUR LA PÉRIODE 2006-2013



Sources : Inserm CépiDc, Insee ; exploitation OR2S

Les maladies de l'appareil circulatoire constituent la deuxième cause de mortalité avec 26 % de l'ensemble des décès. La surmortalité est de 18 % par rapport au niveau national. Elle est même de 35 % chez les moins de 65 ans.

Le différentiel avec le niveau national reste important et le CTS souhaite un engagement plus fort avec une amélioration sensible des dispositifs et message de prévention et de la prise en charge thérapeutique. Là aussi, la démarche concerne l'ensemble des pathologies et des facteurs de risque et non seulement les causes de mortalité les plus fréquentes.

Cette politique territoriale doit s'appuyer sur l'existant, comme les trois pôles de prévention et d'éducation du patient (Saint-Quentin, Laon et Soissons) mais aussi sur la montée en compétence de réseaux, qu'ils soient de soins ou de prévention afin d'agir dans un *continuum* d'action allant de la prévention à la prise en charge. La mise en œuvre d'une dynamique préventive reposant sur un principe de transférabilité d'actions probantes, *a minima* promotteuses, devrait être engagée à destination de l'ensemble de la population mais avec un *focus* particulier pour les personnes les plus vulnérables et précaires éloignées du système de santé.

Enfin, un regard particulier est à porter au diabète avec des taux de diabète de type 2 élevés dans l'Aisne, particulièrement chez les femmes.

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

9 FÉVRIER 2017 :
présentation du diagnostic lors de la réunion d'installation du CTS



9 MARS 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, combinées 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

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



LES CINQ PRIORITÉS

✓ Créer et promouvoir un environnement et des comportements favorables à la santé

Les objectifs généraux « promouvoir des comportements favorables à la santé » et « addiction » du PRS prennent en compte cette priorité.

✓ Améliorer et garantir un accès de qualité à la santé et aux droits pour les personnes vulnérables en tout point sur le territoire

Les objectifs généraux « lutter contre la désertification des professionnels de santé » et « PRAPS » du PRS prennent en compte cette priorité.

✓ Promouvoir et améliorer la prise en charge de la santé mentale

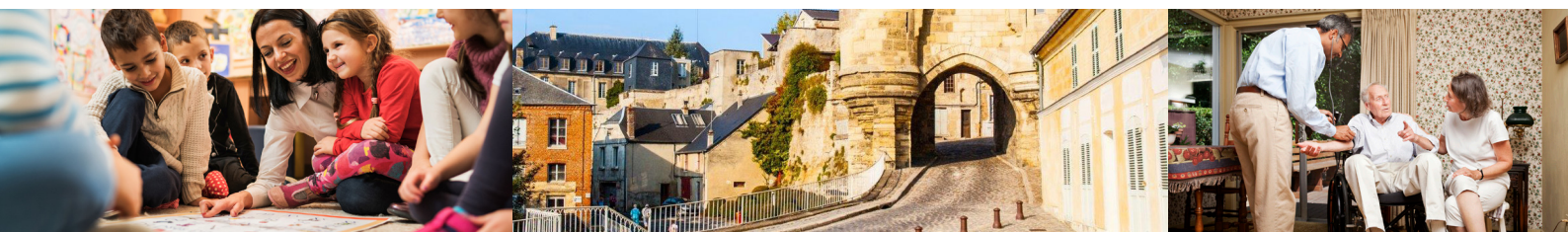
L'objectif général « santé mentale » du PRS prend en compte cette priorité.

✓ Améliorer la prise en charge globale des cancers

L'objectif général « cancer » du PRS prend en compte cette priorité

✓ Mieux prendre en charge les maladies cardio-neuro-vasculaires en portant une attention particulière au diabète

L'objectif général « diabète, obésité, IRC » du PRS prend en compte cette priorité.



Ce document a été réalisé par le président du CTS de l'Aisne Marc Lonnoy et son bureau, par le directeur territorial de l'Aisne - ARS Hauts-de-France, Yves Duchange, 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 EURALILLE - Tél : 0 809 402 032
Site Internet : www.hauts-de-france.ars.sante.fr