



# PRIORITÉS DE SANTÉ DU TERRITOIRE DE DÉMOCRATIE SANITAIRE DU HAINAUT

DIAGNOSTIC PARTAGÉ  
DU CONSEIL TERRITORIAL DE SANTÉ



HAINAUT



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.

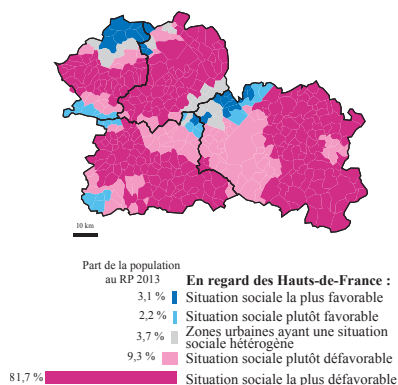
Ce document est le résultat de la participation du conseil territorial de santé du Hainaut au diagnostic partagé du PRS Hauts-de-France. Ce diagnostic partagé comprend quatre parties :

- 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

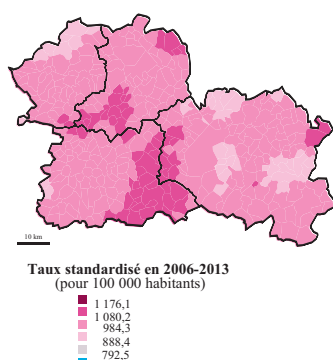
## UNE VISION PAR COMMUNE DE LA DIMENSION SOCIALE, LA MORTALITÉ ET L'OFFRE EN PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Typologie sociale

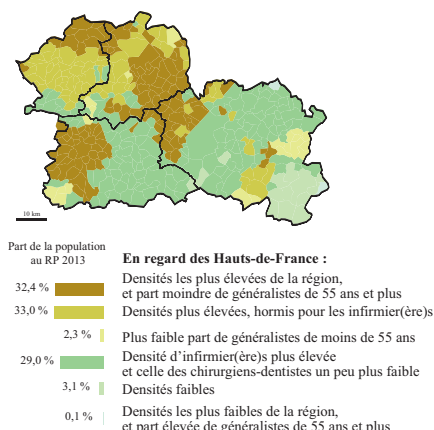


Cette typologie repose sur huit indicateurs couvrant des thématiques variées ; cf. encadré p. 3.

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 OR25

## Situation dans le TDS du Hainaut en regard des territoires de démocratie sanitaire et de la France

### UNE PERTE DE POPULATION QUI PERDURE DANS LA PARTIE EST

Au recensement de 2013, le territoire de démocratie sanitaire du Hainaut compte 991 400 habitants, soit une densité de 290 habitants au km<sup>2</sup>. Ce territoire est très proche de la population régionale en termes de répartition par âge, ce qui donne une part de jeunes de moins de 25 ans de 2,5 points supérieure à celle du niveau national. Par ailleurs, ce territoire connaît le deuxième rapport de dépendance<sup>1</sup> le plus élevé des TDS de la région.

La perte de population observée entre 1975 et 2008 (-0,17 % en moyenne annuelle) ne l'est plus sur la période intercensitaire 2008-2013 mais reste cependant stationnaire (+0,02 %) avec des différences importantes au niveau des territoires de proximité sur cette période : perte qui demeure sur le Sambre Avesnois (-0,18 %) et accroissement à nouveau sur le Cambrésis (+0,38 %).

### DES INDICATEURS SOCIAUX SOUVENT LES PLUS ÉLEVÉS DES TDS DE LA RÉGION

Pour grand nombre d'entre eux, les indicateurs sociaux du TDS du Hainaut affichent les valeurs les plus défavorables des territoires de démocratie sanitaire de la région. Ainsi, ce territoire enregistre le taux de chômage le plus important : une personne active sur cinq de 15 ans ou plus ; ce taux est même de deux sur cinq chez les seuls 15-24 ans. Les indicateurs reflètent une situation fragile pour nombre d'allocations : AAH, AEEH, CMU-c, RSA et RSA majoré. D'autre part, le taux de fécondité des jeunes femmes (12-20 ans) est également le plus élevé des TDS de la région.

### LA PLUS FORTE MORTALITÉ, TANT GÉNÉRALE QUE PRÉMATURÉE DES TDS ET POUR NOMBRE DE CAUSES

Le territoire de démocratie sanitaire du Hainaut détient les plus forts taux de mortalité des territoires de démocratie sanitaire de la région, tant pour la mortalité tous âges que chez les seuls moins de 65 ans. Ce constat s'accompagne de plus d'une surmortalité en regard du niveau national qui a tendance à s'accroître : + 31 % sur la dernière période contre +26 % à la fin des années quatre-vingt-dix en mortalité générale et respectivement +48 % et +40 % chez les seuls moins de 65 ans.

La surmortalité avec le niveau national est observée pour quasiment toutes les causes de décès, et avec des écarts souvent très conséquents avec le niveau national. Ainsi, le taux est doublé pour les pathologies liées avec une consommation d'alcool ; il est de près de 80 % supérieur au taux français pour les maladies de l'appareil digestif ou pour le cancer des voies aéro-digestives supérieures.

### DES DENSITÉS QUI VARIENT SUIVANT LE PROFESSIONNEL DE SANTÉ

Le territoire de démocratie sanitaire du Hainaut enregistre une certaine hétérogénéité en regard de la densité des professionnels de santé de la France hexagonale. Ainsi, pour les médecins généralistes, les infirmier(ère)s et les masseurs-kinésithérapeutes, tant en activité libérale que salariée, les densités sont de l'ordre de celles du niveau national. Par contre, pour les médecins spécialistes, les psychiatres et les chirurgiens-dentistes, les densités sont moindres vis-à-vis de la 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).

<sup>1</sup> nombre de personnes de moins de 20 ans et de 65 ans et plus sur le nombre de personnes de 20-64 ans \* 100

## Situation au sein du territoire de démocratie sanitaire du Hainaut

### NEUF DIXIÈMES DE LA POPULATION RÉSIDENT DANS UNE COMMUNE PRÉSENTANT UNE SITUATION SOCIALE DÉFAVORABLE

La situation sociale telle que représentée à travers la carte de la page ci-contre souligne combien la population domiciliée sur ce territoire de démocratie sanitaire rencontre des difficultés. En effet, neuf personnes sur dix vivent dans un endroit où la typologie fait ressortir des fragilités sociales. Et, parmi celles-ci, elles sont également neuf sur dix à être domiciliées dans une commune appartenant à la classe la plus défavorable<sup>1</sup>. Ce territoire s'inscrit d'ailleurs dans la continuité de la partie nord du département de l'Aisne qui présente globalement la même distribution. La répartition par classe dans ce TDS est donc assez éloignée de la moyenne régionale puisque les personnes appartenant aux trois autres classes sont moins d'une sur dix dans le Hainaut contre près de la moitié dans l'ensemble des Hauts-de-France. À noter qu'elles sont le plus souvent regroupées aux limites des territoires de proximité.

Concernant la mortalité, les taux relevés sont souvent parmi les plus importants de la région, et donc bien plus forts qu'en France. À l'instar de la typologie sociale, la mortalité est élevée partout et, à nouveau, dans la conti-

nuité de ce qui est observé dans le nord de l'Aisne. Aucune zone n'enregistre une mortalité ne serait-ce qu'au niveau de la moyenne nationale et les écarts sont encore amplifiés en ne portant un regard que sur la seule mortalité prématurée. Pour la plupart des pathologies et quel que soit le territoire de proximité, le surplus de mortalité est supérieur de 30 % en regard du niveau national.

### D'IMPORTANTES DIFFÉRENCES QUANT À LA RÉPARTITION DES PROFESSIONNELLS DE SANTÉ SUR LE TERRITOIRE

Le territoire de démocratie sanitaire présente d'importantes différences en termes de densités des différents professionnels de santé. Ainsi, les médecins généralistes libéraux sont plutôt bien représentés, hormis sur le territoire de proximité de Sambre Avesnois (déficit d'un sixième de médecins en regard du niveau national). À l'instar de l'ensemble de la région, les densités des chirurgiens-dentistes sont bien inférieures à celle de l'ensemble du pays. Enfin, pour les infirmier(ère)s et les masseurs-kinésithérapeutes, les densités globales du TDS masquent d'importantes différences entre les territoires de proximité avec tantôt des densités inférieures à la moyenne nationale, tantôt supérieures avec en exergue celui du Cambrésis qui compte 50 % d'infirmier(ère)s en plus.

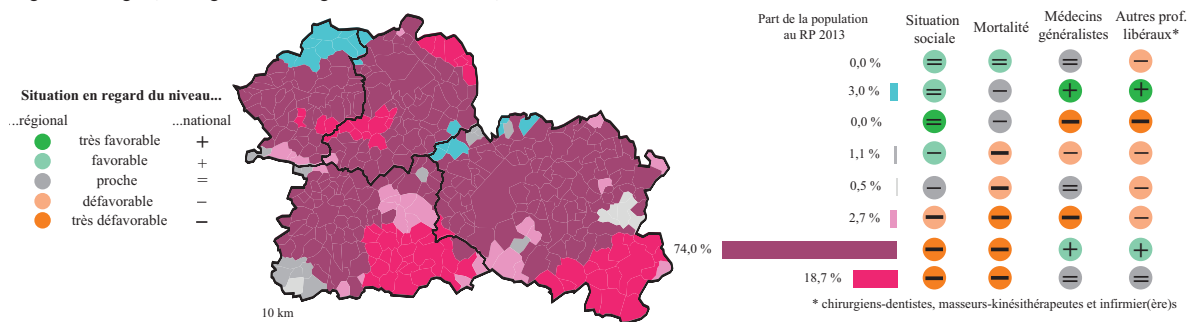
# 2 457

## DÉCÈS ÉVITÉS

en moyenne annuelle  
sur la période 2006-2013  
avec la même mortalité  
qu'en France (1 352 chez  
les hommes et 1 105 chez  
les femmes), soit un quart  
des décès enregistrés

### 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.

<sup>1</sup> 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 9 mars 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* à l'échelle du territoire de démocratie sanitaire 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 la présentation du diagnostic, le bureau du CTS a rédigé le compte rendu puis a recueilli des contributions de la part des membres du CTS. Leur synthèse a permis de dégager des thématiques pouvant servir à élaborer

les priorités. Sont ainsi apparues des préoccupations sur la manque de médecins, le recours tardif aux soins, les cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS), le suicide chez les jeunes, le secteur médico-social en difficulté, les personnes âgées mais aussi la parentalité des mineurs, la psychiatrie, les maladies chroniques ainsi que les mesures d'éviction des populations vulnérables...

Une seconde réunion de bureau, organisée le 6 avril, devait établir la liste de ces cinq priorités en les documentant à partir de quatre rubriques : éléments de diagnostics mobilisés, développement plus détaillé de la priorité, bénéfices de la mise en œuvre de la priorité pour le territoire et chantiers du PRS concernés. En bureau, le CTS a ainsi discuté sur les propositions et retenu les cinq priorités.

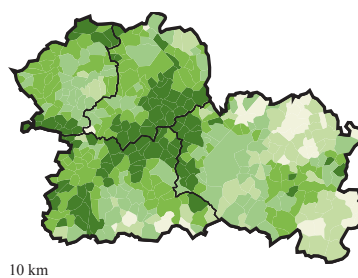
### Solliciter, soutenir et renforcer les initiatives d'installation des professionnels en s'appuyant sur les réseaux existants du territoire pour un maillage et une cohérence de l'offre de soins

L'objectif de cette priorité est d'éviter le recours tardif aux soins de la part de la population. Il s'agit aussi de porter une attention particulière aux « zones blanches » et de ne pas créer une désertification annexe, par exemple celle potentielle des pharmaciens comme conséquence de la disparition des médecins généralistes ou de leur trop grande concentration en un même lieu. C'est la question de l'attractivité du territoire qui est à repenser avec comme mot clé, le maillage du territoire le plus fin ou le plus approprié possible.

4

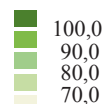
Ce maillage pourrait ainsi reposer sur l'existant comme les maisons de santé pluri-professionnelles déjà installées, les équipes mobiles, mais aussi la délégation de soins. Il est certainement à renforcer pour pouvoir offrir les services de proximité dont la population a besoin.

DENSITÉ DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX  
AU 1<sup>ER</sup> JANVIER 2016 PAR COMMUNES LISSÉES\*



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

Densité  
(pour 100 000 habitants)



Hainaut : 90,1  
Hauts-de-France : 90,6  
France hexagonale : 91,8

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



## Construire un plan territorial d'éducation à la santé dès le plus jeune âge en veillant à l'articulation opérationnelle des différents acteurs et à la cohérence des messages délivrés

L'élaboration d'un véritable plan territorial d'éducation pour la santé et de promotion de la santé permettra de lier approches territoriales, thématiques et partenariales. Des thématiques comme la parentalité, l'obésité et le diabète sont à privilégier. La cohérence des messages de prévention relayés par les différents partenaires quelle que soit l'action déployée sur le terrain, est l'enjeu primordial.

Les membres du CTS sont sensibles à cette cohérence, épine dorsale d'un plan territorial d'éducation et de promotion, de la santé en ce qu'elle permet à la population de ne pas être désorientée par l'accumulation de messages, d'une part, et par leur éventuelle discordance, d'autre part.



L'action dans tous les milieux de vie est primordiale pour amplifier la résonnance des messages. Le milieu scolaire doit être investi en premier lieu, car les jeunes s'y trouvent massivement. Mais les autres milieux, comme celui des loisirs, ne doivent pas être laissés pour compte. Cet exercice de planification territoriale demande que tous les professionnels, de la santé comme du social, s'approprient la démarche et lui donnent sens. Les réseaux d'acteurs sont à mobiliser fortement, celui des centres sociaux qui couvre une grande partie du territoire serait de ce point de vue exemplaire.

Dans une optique d'inter-sectorialité, la santé mentale doit, de fait, être un axe du plan territorial.

## Renforcer la prévention des cancers des VADS en communiquant sur les examens systématiques et facteurs de risque et en favorisant la coordination des acteurs de la médecine de ville, du médicosocial et du soin, notamment en addictologie

La lutte contre le cancer des VADS constitue un des enjeux dans le territoire compte tenu de la forte mortalité en regard du niveau national pour cette cause. Pour le Hainaut, le bureau du CTS met en avant une entrée tardive dans le système de soins : 71 % des malades atteints d'un cancer des VADS ne sont vus qu'au stade 3, avec moins de 30 % de guérison.

Les actions à déployer le seraient à deux niveaux :

- la communication sur les examens de santé systématiques et les facteurs de risque du cancer des VADS, en utilisant notamment les techniques de l'information et de la communication (TIC) ;
- la coordination et l'articulation des acteurs de l'addictologie et du soin du territoire.

*Le territoire de démocratie sanitaire du Hainaut est particulièrement marqué par la surmortalité due au cancer des voies aéro-digestives supérieures (VADS).*

*Le différentiel avec la France hexagonale est de 76 %.  
De plus, il est en augmentation :  
il était de 55 % pour la période 1980-1987  
et de 69 % pour celle de 1993-2000.*

*En ce qui concerne les affections de longue durée (ALD),  
elles sont supérieures de 57 % à celles de la France  
hexagonale ; le différentiel régional est de 45 %.*

## Sensibiliser les professionnels du secteur sanitaire à la prise en charge des personnes âgées et améliorer le lien entre professionnels par un partage d'informations

Le parcours de soin, et plus largement le parcours de santé, demande qu'une réelle synergie et complémentarité soit mise en œuvre entre le milieu de vie et d'accompagnement des personnes ayant perdu au moins une partie de leur autonomie comme les personnes âgées, ou celles étant en situation de handicap.

Les membres du CTS constatent que trop souvent encore complémentarité et synergie ne sont pas d'actualité, ou tout au moins que leur mise en œuvre de manière efficiente sur le terrain nécessite qu'un certain nombre de préalables soient remplis.



Deux catégories de moyen d'action de cette priorité ont ainsi été identifiées :

- actions de sensibilisation/formation des professionnels en établissement sanitaire à la prise en charge des personnes âgées (troubles cognitifs et problématique de l'hospitalisation) ;
- expérimentation d'un lien téléphonique pour un partage effectif des informations (médecin traitant/établissements de santé), pour un accueil spécifique.

## Former les acteurs du secteur sanitaire, social et éducatif à la détection et au suivi du risque suicidaire et développer, en lien avec les familles, une prise en charge adaptée en cas d'urgence psychiatrique et en sortie d'hospitalisation

La santé mentale est une partie intégrante de l'état de santé et de bien-être des personnes comme des populations.

Le taux de suicide chez les jeunes dans le territoire de démocratie sanitaire du Hainaut est l'un des plus élevés de la région ; dans ce territoire comme dans quelques autres de la région, la situation par rapport au niveau national s'est dégradée avec une diminution plus lente du taux de suicide.

En parallèle, les membres du CTS dressent le constat d'une offre en pédopsychiatrie parmi les plus faibles.



Face à ces constats, deux actions prioritaires seraient à mener dans le territoire. Elles ressortent à la fois de la sensibilisation et de la formation des professionnels, d'une part, et d'une restructuration de l'offre, d'autre part.

Elles sont ainsi de :

- sensibiliser et former l'ensemble des acteurs des secteurs sanitaire, social et éducatif à la détection et au suivi du risque suicidaire ;
- développer, en lien avec les familles, une organisation plus opérationnelle et adaptée de prise en charge en cas d'urgence psychiatrique et d'accompagnement en sortie d'hospitalisation.

# 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

**2 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

- ✓ **Solliciter, soutenir et renforcer les initiatives d'installation des professionnels en s'appuyant sur les réseaux existants du territoire pour un maillage et une cohérence de l'offre de soins**

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

- ✓ **Construire un plan territorial d'éducation à la santé dès le plus jeune âge en veillant à l'articulation opérationnelle des différents acteurs et à la cohérence des messages délivrés**

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

- ✓ **Renforcer la prévention des cancers des VADS en communiquant sur les examens systématiques et facteurs de risque et en favorisant la coordination des acteurs de la médecine de ville, du médicosocial et du soin, notamment en addictologie**

Les objectifs généraux sur les « addictions » et le « cancer » du PRS prennent en compte cette priorité.

- ✓ **Sensibiliser les professionnels du secteur sanitaire à la prise en charge des personnes âgées et améliorer le lien entre professionnels par un partage d'informations**

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

- ✓ **Former les acteurs du secteur sanitaire, social et éducatif à la détection et au suivi du risque suicidaire et développer, en lien avec les familles, une prise en charge adaptée en cas d'urgence psychiatrique et en sortie d'hospitalisation**

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



Ce document a été réalisé par le président du CTS du Hainaut Jean-Louis Playe et son bureau, par la directrice territoriale du Nord - ARS Hauts-de-France, Hélène Toussaint, 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](mailto:info@or2s.fr) - Site Internet : [www.or2s.fr](http://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](http://www.hauts-de-france.ars.sante.fr)