



PRIORITÉS DE **SANTÉ** DU TERRITOIRE DE DÉMOCRATIE SANITAIRE DU **PAS-DE-CALAIS**

*DIAGNOSTIC PARTAGÉ
DU CONSEIL TERRITORIAL DE SANTÉ*



PAS-DE-CALAIS



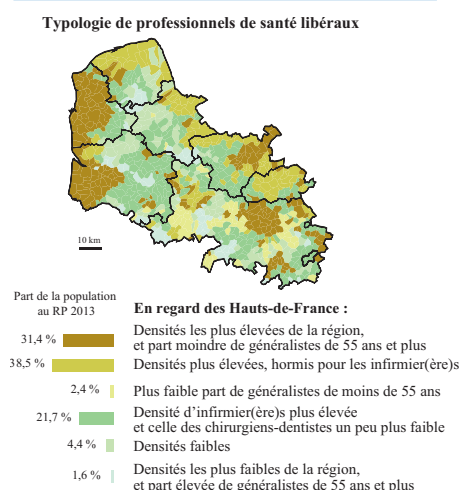
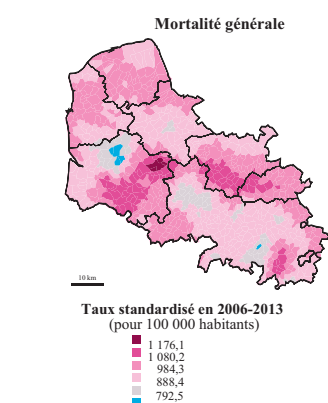
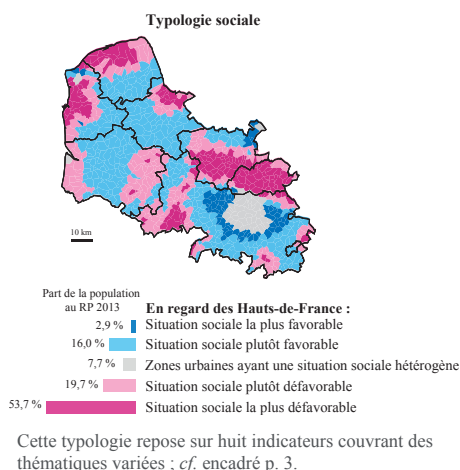
L'article L1434-10 du code de la santé publique prévoit l'installation, par le directeur général de l'agence régionale de santé, d'un conseil territorial de santé sur chacun des territoires de démocratie sanitaire. Le conseil territorial de santé contribue à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi 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 Pas-de-Calais 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



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 du Pas-de-Calais en regard des territoires de démocratie sanitaire et de la France

UNE HÉTÉROGÉNÉITÉ TERRITORIALE EN TERMES DE RÉPARTITION DE LA POPULATION

Au recensement de 2013, le Pas-de-Calais compte 1 465 200 habitants, soit une densité de 220 habitants au km². Ce territoire de démocratie sanitaire se situe plutôt à un niveau intermédiaire en regard de la région. Par rapport au niveau national, il compte en proportion davantage de moins de 20 ans et moins de 75 ans et plus. De ce fait, l'indice de vieillissement¹ se trouve à un niveau bien inférieur à celui observé en France hexagonale (61 contre 74). Toutefois, ce constat global masque de fortes disparités au sein des territoires de proximité, comprises entre 50 et 84.

Le Pas-de-Calais voit son taux d'accroissement de la population se réduire. Ainsi, il est passé de 0,12 % en moyenne sur la période 1975-2008 à 0,08 % entre 2008 et 2013 avec des zones qui perdent de la population, notamment le territoire de proximité de Lens - Hénin.

UNE FRAGILITÉ SOCIALE

Les indicateurs sociaux font ressortir une certaine fragilité sociale concernant le Pas-de-Calais. Ainsi, le taux de chômage est élevé que ce soit pour l'ensemble de la population ou chez les jeunes de moins de 25 ans (de près de douze points de plus qu'au niveau national). Cette situation de fragilité se retrouve à travers un fort taux d'emploi précaire, un pourcentage de foyers fiscaux non imposés élevé même si les divers taux d'allocataires se situent à un niveau intermédiaire en regard de l'ensemble de la région. Il faut aussi signaler un taux de fécondité des mineures important, le deuxième des TDS de la région, le double de la valeur nationale.

LA DEUXIÈME MORTALITÉ LA PLUS ÉLEVÉE DES TDS

Le Pas-de-Calais détient le deuxième taux de mortalité le plus élevé des territoires de démocratie sanitaire derrière celui du Hainaut. Le surplus de mortalité en regard du niveau national est de 27 %, dépassant même les 30 % chez les hommes. De plus, la décroissance de la mortalité du territoire est moins marquée qu'au niveau national. De +20 %/22 % jusqu'en 2002, le taux standardisé est désormais de +27 %.

Une surmortalité avec le niveau national est observée pour la quasi-totalité des causes de décès. Pour les deux premières causes que sont les cancers et les maladies cardiovasculaires, la surmortalité est tout particulièrement importante chez les moins de 65 ans : +55 % en regard du niveau national pour les hommes et les femmes pour les maladies cardiovasculaires et pour les hommes pour les cancers (+24 % pour les femmes).

DES DENSITÉS DE PROFESSIONNELS DE SANTÉ SOUVENT INFÉRIEURES À LA MOYENNE NATIONALE

Pour une majorité des professionnels de santé, le Pas-de-Calais présente des densités proches ou inférieures à la moyenne nationale. C'est notamment le cas pour les médecins spécialistes (particulièrement les chirurgiens et les psychiatres) et les chirurgiens-dentistes. Toutefois pour ces derniers, la part de ces professionnels libéraux âgés de 55 ans et plus est une des plus faibles des TDS de la région avec celui du Hainaut, bien inférieure à celle du niveau national (28,5 % contre 37,1 %).

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 nombre de personnes de 65 ans et plus sur le nombre de personnes de moins de 20 ans * 100

Situation au sein du territoire de démocratie sanitaire du Pas-de-Calais

TROIS QUARTS DE LA POPULATION RÉSIDENT DANS UNE COMMUNE PRÉSENTANT UNE SITUATION SOCIALE DÉFAVORABLE

Comme l'illustrent les cartes de la page ci-contre, la situation du Pas-de-Calais tant en regard de la situation sociale qu'à travers la mortalité est défavorable.

Ainsi, concernant la dimension sociale, trois quarts de la population du Pas-de-Calais 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). Les zones les plus fragilisées sont situées dans l'ex-bassin minier et sur la côte d'Opale. Arras en tant que zone urbanisée¹ se retrouve dans la classe présentant une situation sociale hétérogène à l'instar des autres villes de la région. Le pourtour de la capitale départementale regroupe des populations présentant la meilleure situation sociale du département, mais cela ne représente toutefois qu'à peine 3 % du département. Les autres zones correspondent à une situation plutôt favorable où se retrouve un sixième de la population.

Concernant la mortalité, les taux relevés sont souvent parmi les plus élevés des TDS de la région. Toutefois

des différences existent à l'intérieur du territoire de démocratie sanitaire. Ainsi, une petite partie du territoire de proximité du Montreuillois enregistre une mortalité inférieure à celle du niveau national. Quelques autres zones dans le territoire de proximité de l'Arrageois ne présentent pas de différence avec la moyenne nationale. Pour toutes les autres communes (lissées), une surmortalité est retrouvée, parfois avec des valeurs très élevées.

C'est notamment le cas pour la partie est du Montreuillois se poursuivant sur la partie sud du territoire de proximité Lens - Hénin.

3 206

DÉCÈS ÉVITÉS

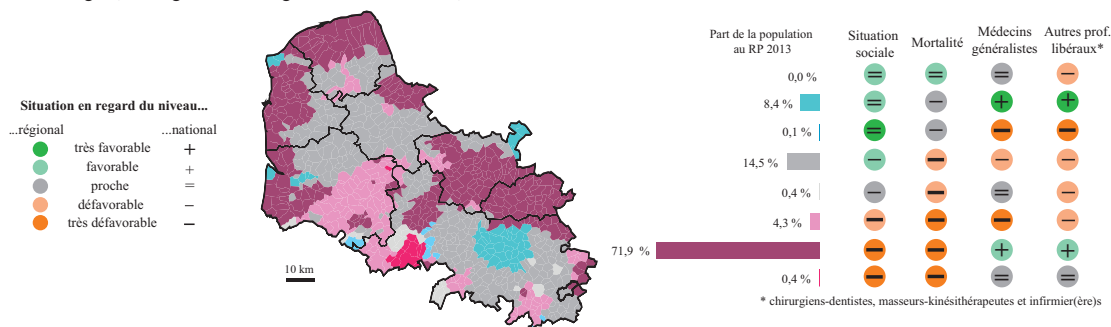
en moyenne annuelle sur la période 2006-2013 avec la même mortalité qu'en France (1 339 chez les hommes et 1 867 chez les femmes), soit plus d'un cinquième des décès enregistrés

UNE RÉPARTITION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ HÉTÉROGÈNE SUR L'ENSEMBLE DU PAS-DE-CALAIS

Le territoire de démocratie sanitaire a des densités de professionnels de santé plutôt inférieures à celles du niveau national. De plus, les professionnels ne sont pas nécessairement répartis de manière homogène sur le territoire. Ainsi, les médecins généralistes libéraux sont davantage implantés sur le littoral, sur Arras ou près de la limite départementale avec le Nord. Les infirmier(ère)s et les masseurs-kinésithérapeutes sont plus nombreux en termes de densité sur le territoire de proximité du Montreuillois. Quand aux chirurgiens-dentistes, ils sont à l'image de l'ensemble de la région manquants sur tous les territoires de proximité.

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 du Pas-de-Calais a mis en œuvre un processus en trois étapes pour définir les cinq priorités du territoire.

Le 23 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* 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.

La réunion en plénière organisée le 21 mars avait pour objectif de permettre aux membres de remonter l'ensemble des problématiques, au regard des éléments de diagnostic mobilisés. Les membres étaient ainsi invités à apporter leur contribution sous la forme d'un tableau pour étayer chaque problématique qu'ils identifiaient ; à charge pour le bureau du CTS de récolter ces contributions avec l'appui de l'OR2S pour l'analyse.

Le 30 mars 2017, le bureau élargi du CTS, à partir du diagnostic présenté par l'OR2S et des contributions écrites de membres du CTS, a établi deux propositions alternatives afin de définir les cinq priorités. La première privilégiait une approche par publics prioritaires qui permet-

tait de mettre l'accent sur la spécificité du Pas-de-Calais. L'autre proposition était axée sur une approche thématique. Chaque priorité a été déclinée en objectifs spécifiques.

La réunion plénière du 25 avril aura permis de retenir l'approche par publics, avec la notion de parcours comme fil conducteur dans une dynamique transversale. Le CTS a aussi validé la proposition du bureau que le préambule introduirait l'énonciation des priorités afin d'apporter un éclairage sur le contexte local et les enjeux locaux de la priorité.

« Deux éléments majeurs de l'état des lieux préalable du projet régional de santé :

- une surmortalité élevée dans le Pas-de-Calais, notamment par cancers et maladies cardiovasculaires ;

- une situation du Pas-de-Calais particulièrement marquée par la précarité (sous toutes ses formes : quartier politique de la Ville, milieu rural, bassin minier, migrants/roms...)

Par principe, tous les enjeux doivent donc être déclinés de manière spécifique pour les plus précaires - notamment dans le cadre du Praps - mais également en s'appuyant sur les dispositifs spécifiques de la politique de la ville pour les quartiers de la politique de la Ville (Ateliers santé ville et ARMS) ».

Renforcer l'offre de prévention auprès des enfants et des jeunes

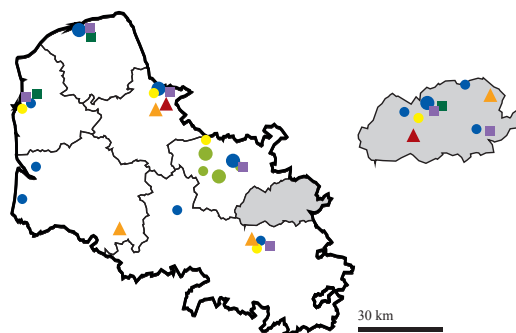
Cet enjeu concerne tous les enfants, qu'ils soient scolarisés ou déscolarisés et y compris ceux relevant de la protection de l'enfance ou de l'aide sociale à l'enfance. Une attention particulière doit être portée au parcours éducatif de santé, en cohérence avec l'Éducation nationale (recorat).

Cette priorité promeut des environnements favorables au bien-être et au développement physique et mental ainsi que la réduction des comportements à risque chez les jeunes. Des actions de sensibilisation sur les consommations à risque et pratiques addictives (avec ou sans produits comme les écrans ou les réseaux sociaux), sont à développer tout comme encourager l'adoption d'une alimentation équilibrée et d'une activité physique régulière.

La prévention de la souffrance psychique, le repérage et la prise en charge précoce des conduites suicidaires doivent être soutenus, en lien avec l'amélioration de l'offre de pédo-psychiatrie.

Enfin, l'éducation à la vie affective et sexuelle doit être renforcée, notamment pour les jeunes en situation de handicap.

RÉPARTITION DES SERVICES POUR LA PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS EN 2016



Type d'équipement

- Consultation jeunes consommateurs (CJC)
- Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa) ambulatoire
- Antenne d'un Csapa
- Unité hospitalière d'addictologie
- ▲ Service d'appartements thérapeutiques
- ▲ Centre thérapeutique résidentiel (CTR)
- ▲ Soins de suite et de réadaptation en addictologie (SSRA)
- Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (Caarud)

Sources : Drogues Info Service - Santé publique France, ARS des Hauts-de-France ; exploitation OR2S

Éviter l'aggravation des problématiques de santé des personnes en situation de précarité (dont les retards et ruptures dans les parcours de soins)

Par cette priorité, il s'agit d'améliorer de manière générale l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des populations les plus vulnérables. Cela passe, en quartiers de la politique de la Ville, par la mise en œuvre d'adultes relais médiateurs santé, notamment dans le cadre de la dynamique santé du contrat partenarial d'intérêt national pour le renouveau du bassin minier.

Le Pas-de-Calais sera un territoire prioritaire pour les dépistages organisés des cancers du sein, du côlon-rectum et du col de l'utérus (le croisement entre indicateurs de défaveur sociale et de taux de recours permet d'identifier le territoire de l'ancien bassin minier comme prioritaire pour les cancers du sein et colorectal), mais également pour de nouvelles expérimentations sous d'autres formes de dépistages du cancer des VADS en lien avec l'addictologie.



Les messages visant à réduire les consommations quotidiennes d'alcool ou de tabac sont à adapter et la continuité des prises en charge sanitaire et médico-sociale doit être favorisée pour les personnes souffrant d'addictions.

Le renforcement de la prise en charge pluri-disciplinaire de premier recours de l'obésité, du diabète et des risques cardiovasculaires est une nécessité tout comme favoriser la participation des patients experts aux programmes d'éducation thérapeutique.

L'articulation entre la psychiatrie, les acteurs sociaux et médico-sociaux est à améliorer (équipes mobiles, réseaux, précarité santé mentale et interventions, CLSM ...)¹

Enfin, il faudrait développer le repérage et la prévention des problématiques de santé liées à l'habitat insalubre et la précarité énergétique (intoxications au monoxyde de carbone, pathologies respiratoires et saturnisme infantile...)

¹ Lors des travaux sur les enjeux, le CTS a identifié plusieurs sujets d'attention relevant du champ de la santé mentale ; ces sujets seront traités dans le cadre de la démarche relative à l'élaboration de projets territoriaux de santé mentale en application de la loi de modernisation de la santé

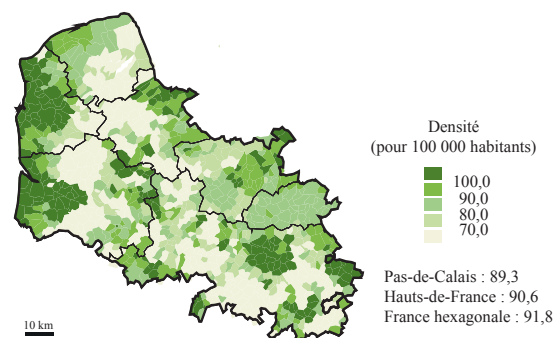
Développer l'attractivité du territoire pour les professionnels de santé

Il s'agit dans cette priorité d'accompagner les professionnels de santé tout au long de leur parcours et d'attirer des professionnels de santé dans les territoires et les disciplines les plus en tension. Quatre points spécifiques ont été identifiés sur le territoire :

- accompagner l'installation des professionnels de premier recours, soutenir les dynamiques de regroupements pluri-professionnels et de télé-médecine afin de lutter contre l'accentuation des inégalités intra-territoriales, avec une attention particulière pour les zones rurales (Montreuillois, Ternois, Sud Arrageois, Sud Audomarois) ;
- diminuer le recours aux services d'urgence en développant les maisons médicales de garde, et en communiquant sur la bonne utilisation du système de soins ;
- conforter l'offre de formation paramédicale et médicale de proximité ;
- améliorer l'attractivité du Pas-de-Calais pour les psychiatres et pédopsychiatres.

Cet enjeu sera travaillé en cohérence avec les travaux du schéma départemental d'amélioration de l'accessibilité des services au public incluant une articulation étroite avec les priorités des contrats de ville et des contrats de ruralités. Les contrats locaux de santé de deuxième génération pourront être des leviers utiles sur ce point.

DENSITÉ DE 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 parcours des personnes âgées

Le parcours des personnes âgées passe par l'amélioration de la coordination des prises en charge hospitalières et médico-sociales mais aussi par une communication renforcée sur les dispositifs de répit et l'amélioration de l'orientation vers ces dispositifs.

La qualité de la prise en charge à domicile, dont celle pour les soins palliatifs, est à améliorer. Le maintien à domicile des personnes âgées est par ailleurs un objectif fort de la conférence des financeurs.

Pour le CTS, les territoires pourraient travailler sur un renforcement de la filière gériatrique et du lien avec le secteur médico-social (Montreuillois, Audomarois, Calaisis). Une réflexion territoriale est à mener sur la psycho-gériatrie (Lensois), voire sur le parcours de soins (Lensois, Boulonnais) ou encore sur un projet de territoire (Arrageois).

Sur un plan local, les CLS de seconde génération pourraient être des leviers, notamment pour la communication et l'orientation vers l'offre aux aidants.



Favoriser le parcours des personnes en situation de handicap

Cette priorité insiste de manière générale sur une meilleure coordination des acteurs. Trois axes la structurent :

- améliorer l'accès à la prévention et aux soins, dont l'accès aux dépistages, pour les personnes en situation de handicap, notamment par une meilleure coordination des prises en charge hospitalière et médico-sociale ;
- développer davantage l'inclusion scolaire des enfants, tout en préservant l'offre d'accueil en établissements médico-sociaux ;
- éviter les ruptures de parcours, en lien avec le développement et l'adaptation de l'offre aux besoins ;
- communiquer sur les dispositifs de répit et améliorer l'orientation vers ces dispositifs.

Sur un plan local, les CLS de deuxième génération pourraient être des leviers, notamment pour la communication et l'orientation vers l'offre aux aidants et en ce qui concerne l'amélioration de l'accès à la prévention et aux soins.



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
31 JANVIER 2017 :
présentation du diagnostic lors de la réunion d'installation du CTS



23 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



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

LES CINQ PRIORITÉS

✓ Renforcer l'offre de prévention auprès des enfants et des jeunes

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

✓ Éviter l'aggravation des problématiques de santé des personnes en situation de précarité (dont les retards et ruptures dans les parcours de soins)

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

✓ Développer l'attractivité du territoire pour les professionnels de santé

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

✓ Améliorer le parcours des personnes âgées

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

✓ Favoriser le parcours des personnes en situation de handicap

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



Ce document a été réalisé par la présidente du CTS du Pas-de-Calais Brigitte Doré et son bureau, par le directeur territorial du Pas-de-Calais - ARS Hauts-de-France, Nicolas Brûlé, 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