



# PRIORITÉS DE **SANTÉ** DU TERRITOIRE DE DÉMOCRATIE SANITAIRE DE LA **SOMME**

DIAGNOSTIC PARTAGÉ  
DU CONSEIL TERRITORIAL DE SANTÉ



SOMME



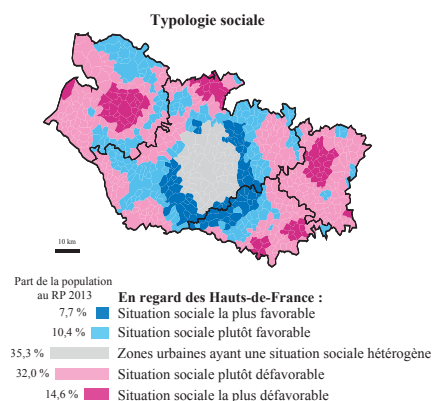
article L1434-10 du code de la santé publique prévoit l'installation, par le directeur général de l'agence régionale de santé, d'un conseil territorial de santé sur chacun des territoires de démocratie sanitaire. Le conseil territorial de santé contribue à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi 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 la Somme au diagnostic partagé du PRS Hauts-de-France. Ce diagnostic partagé comprend quatre parties :

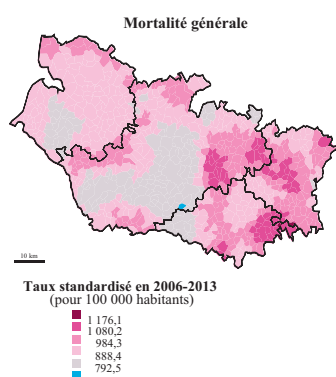
- Des données d'observations spécifiques au territoire
- Les résultats d'une concertation permettant l'expression des membres du conseil territorial de santé
- L'articulation avec les chantiers mis en place par l'agence régionale de santé des Hauts-de-France
- La proposition de cinq priorités pour le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

# LA SITUATION SOCIO-SANITAIRE

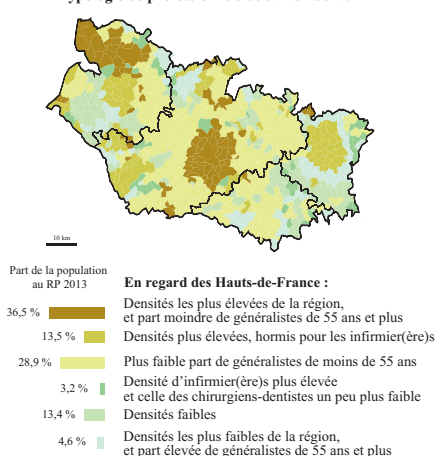
## UNE VISION PAR COMMUNE DE LA DIMENSION SOCIALE, LA MORTALITÉ ET L'OFFRE EN PROFESSIONNELS DE SANTÉ



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



### 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 la Somme en regard des territoires de démocratie sanitaire et de la France

### DES ZONES TRÈS CONTRASTÉES EN TERMES DE RÉPARTITION DE POPULATION

Au recensement de 2013, la Somme compte près de 571 700 habitants, soit une densité de 93 habitants au km<sup>2</sup>, soit la deuxième plus faible des territoires de démocratie sanitaire de la région et inférieure à celle de la France hexagonale.

La structure démographique est plus proche de celle observée au niveau national, avec toutefois un nombre important de 17-24 ans dû à la présence de nombreux élèves et étudiants sur Amiens. Concernant les 75 ans et plus, leur part est également plus proche de celle de l'ensemble du pays que de celle de la région avec près de 11 % sur Abbeville et son pourtour. Cela est retrouvé à travers l'indice de vieillissement<sup>1</sup> qui est de dix points plus élevé que celui de la région.

Si la population croît encore dans le territoire de démocratie sanitaire, le taux d'accroissement se réduit néanmoins, avec les parties extrêmes est et ouest qui perdent de la population entre 2008 et 2013.

### DES INDICATEURS SOCIAUX À UN NIVEAU INTERMÉDIAIRE MASQUANT DES DIFFÉRENCES EN INFRA-TERRITOIRE

Dans la majorité des cas, la Somme détient les indicateurs de fragilité sociale qui sont plutôt à un niveau intermédiaire en regard de la région mais décrivent une situation sociale plus dégradée qu'au niveau national. De plus, cette réalité globale masque de fortes différences, opposant le territoire de proximité d'Amiens aux autres. Le niveau de diplôme des jeunes de 25-34 ans illustre bien ces différences : la part de jeunes ayant un Bac+2 ou plus

est de 40,8 % sur le territoire de proximité d'Amiens (deuxième plus élevée des territoires de proximité de la région) et de 26,2 % pour celui de Haute Somme (deuxième plus faible des territoires de proximité).

### AUGMENTATION DE L'ÉCART DE LA MORTALITÉ GÉNÉRALE AVEC LA FRANCE

À l'instar de tous les autres territoires de démocratie sanitaire des Hauts-de-France, une surmortalité est relevée en regard du niveau national pour celui de la Somme. De plus, le surplus de mortalité avec la France est passé de +11 %/+12 % dans les années quatre-vingt-dix à +17 %/+18 % depuis 2005-2007.

Une surmortalité avec la France est observée pour la quasi-totalité des causes de décès, hormis pour le cancer de la trachée, des bronches et du poumon chez les femmes. De façon plus générale pour les pathologies liées à une consommation de tabac, une sous-mortalité chez les femmes de moins de 65 ans est également retrouvée.

### UNE DENSITÉ DE CHIRURGIENS-DENTISTES PARTICULIÈREMENT FAIBLE

Pour les médecins généralistes libéraux, la Somme présente une densité supérieure à la moyenne nationale, la deuxième densité après le territoire de démocratie sanitaire de Métropole-Flandres. Par contre, que ce soit pour les infirmier(ère)s, les masseurs-kinésithérapeutes, les sages-femmes et surtout les chirurgiens-dentistes, les densités sont inférieures à celles équivalentes du niveau national, moitié moindre pour ce dernier professionnel de santé.

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

## Situation au sein du territoire de démocratie sanitaire de la Somme

### PRÈS DE LA MOITIÉ DE LA POPULATION SAMARIENNE RÉSIDE DANS UNE COMMUNE PRÉSENTANT UNE SITUATION SOCIALE DÉFAVORABLE

Les cartes de la page ci-contre montrent une situation différente entre le pourtour amiénois et le reste de la région. C'est en effet dans ce secteur que se trouve la population présentant les indicateurs sociaux les plus favorables. Toutefois, cela représente en final une part de population très faible pour l'ensemble du territoire de démocratie sanitaire de la Somme : moins de 8 %.

Ainsi, concernant cette dimension sociale, près de la moitié de la population samarienne réside dans une commune appartenant à une des deux classes présentant les situations sociales les plus défavorables, soit un peu mieux que la moyenne régionale. Toutefois, cela est à relativiser car plus de 35 % de la population est domiciliée dans une commune aux caractéristiques sociales très hétérogènes (26 % pour l'ensemble de la région) ; zone correspondant à Amiens<sup>1</sup> et sa périphérie. En outre, la Somme se divise en deux zones distinctes. La première regroupe Amiens, son pourtour proche (dans une situation sociale plus contrastée) et sa périphérie plus lointaine (situation plus favorables). La seconde zone est retrouvée sur le reste du

département, avec les situations les plus difficiles dans les communes les plus peuplées de cette partie du territoire.

Finalement la cartographie de la mortalité est peu différente de celle présentant le clivage social avec toutefois l'Ouest dans une moins mauvaise situation que l'Est. Il existe en effet dans cette partie nombre de zones à dépasser les 11 décès pour 1 000 habitants (contre moins de 8 au niveau national).

### FAIBLES DENSITÉS DE PROFESSIONNELS DE SANTÉ, Y COMPRIS DE MÉDECINS HORS AMIENS ET ABBEVILLE

Dans sa globalité, le territoire de démocratie sanitaire de la Somme présente une densité concernant les médecins généralistes supérieure à celle du niveau national. Toutefois, ils ne sont pas uniformément répartis sur le territoire, se situant tout particulièrement sur Amiens et Abbeville. Pour les autres professionnels de santé, la situation est moins favorable, quel que soit le professionnel de santé analysé hormis les pharmaciens. La situation est particulièrement compliquée pour les chirurgiens-dentistes avec de plus la part de ces professionnels âgés de 55 ans et plus la plus élevée des territoires. Certains secteurs en sont réellement dépourvus, notamment dans les zones rurales que ne compensent pas les villes environnantes.

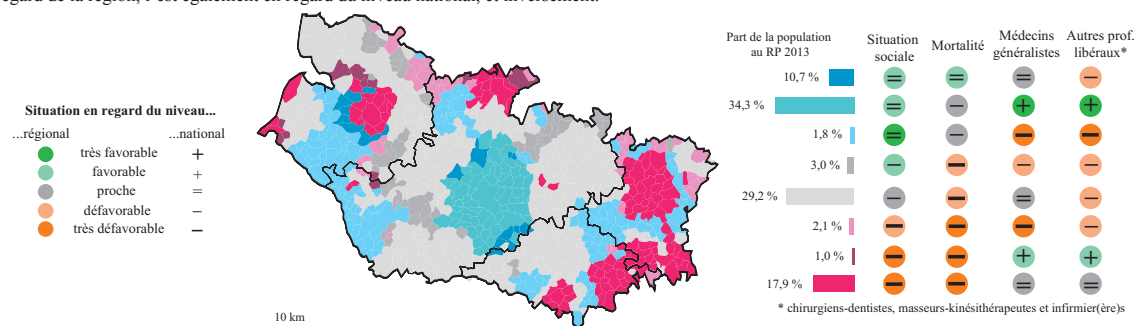
# 806

## DÉCÈS ÉVITÉS

en moyenne annuelle sur la période 2006-2013 avec la même mortalité qu'en France (437 chez les hommes et 369 chez les femmes), soit près de 15 % 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 RÉUNION PLÉNIÈRE

L'ensemble des membres du CTS de la Somme a participé à la démarche aboutissant à la rédaction des cinq priorités, expression du CTS pour son territoire. Elle s'est déroulée en plusieurs étapes.

Un premier travail de réflexion en bureau a été réalisé le 23 février 2017. Les travaux relatifs à la qualité sécurité des soins ont été confiés à la commission territoriale des usagers ; ceux concernant la thématique santé mentale ont été travaillés par la commission santé mentale.

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.

Les commissions « usagers » et « santé mentale » se sont réunies après cette première réunion pour définir chacune une priorité respective.

Une seconde réunion organisée le 5 avril ouverte aux membres du bureau du CTS, a permis d'élaborer les trois priorités restantes 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. Un tableau reprenant ces éléments a été distribué lors de cette réunion pour encadrer ce choix.

La technique de Delphes a été utilisée. Elle a consisté dans un premier temps à répartir l'assemblée en quatre groupes, mission étant donnée à chacun des groupes de définir trois priorités et de les argumenter en remplissant les rubriques du tableau.

Ensuite, les quatre groupes ont été réunis deux à deux afin de déterminer trois priorités parmi celles des deux groupes initiaux, et de reporter l'argumentaire. Enfin, le groupe plénier a choisi de manière consensuelle et argumentée les trois priorités pour le territoire.

Le CTS souhaiterait à l'avenir avoir d'autres éléments de diagnostic sur certains thèmes.

### Assurer la sécurisation du parcours de santé de l'utilisateur, notamment conformément à la *Charte du parcours de santé* portée par le ministère des Solidarités et de la Santé

Derrière cette priorité, plusieurs thèmes ont été identifiés comme devant être particulièrement investis au regard de l'importance accrue donnée à la prise en charge en ambulatoire et à la valorisation du parcours de l'utilisateur.

Ainsi, l'accompagnement des aidants et la mise en œuvre de solutions favorisant le répit est particulièrement mis en exergue, tout comme la coordination des intervenants à domicile et l'organisation du retour à domicile des patients après leur hospitalisation.

L'évitement des ruptures de prise en charge, comme le week-end ou durant les vacances et la continuité des soins restent les mots clés de cette priorité.

Le suivi de certaines pathologies, notamment avec le rôle important que doit prendre le médecin traitant, fait aussi partie de la sécurisation du parcours de santé. Enfin, les consultations dédiées sont autant de leviers pour faciliter ce parcours.

*La charte du parcours de santé est destinée aussi bien aux usagers qu'aux professionnels de santé. Elle s'applique à l'ensemble des étapes du parcours de santé (prévention, soins, rééducation-réadaptation, accompagnement ; à domicile, en ville ou en établissement ; dans les champs sanitaire, médico-social et social).*

*Elle repose sur trois principes.*

- 1. Usagers et professionnels sont dans une relation partenariale*
- 2. Tout usager prend, avec le professionnel de santé, les décisions concernant sa santé*
- 3. Usagers et professionnels partagent des responsabilités collectives vis-à-vis de notre système de santé et de solidarité.*



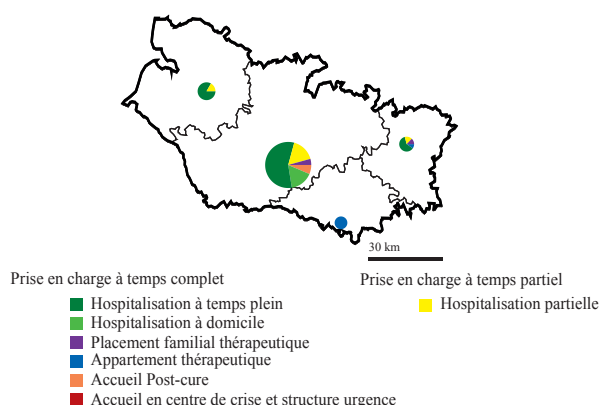
## Améliorer la coordination et la prise en charge visant à limiter le recours à l'urgence des personnes concernées par des problèmes de santé mentale (tout faire pour éviter de devoir faire face à l'urgence)

Cette priorité s'attache à améliorer la réponse pour les personnes ayant des troubles dépressifs et des troubles de l'adaptation, les suicidants comme les suicidaires, dans le cadre de filières avec les professionnels de santé, ainsi qu'à prendre également en compte de manière graduée les besoins des personnes.

Elle s'appuie sur un renforcement des relations entre les filières et de leur articulation. Elle préconise le déploiement d'un accompagnement pour les enfants de moins de 12 ans.

Enfin, l'amélioration des modalités organisationnelles permettrait de réaliser l'ensemble des bilans (sanitaires médico-sociaux et sociaux) nécessaires afin que chaque étape soit connue, repérée, respectée et lisible par tous et pour tous.

### RÉPARTITION DES CAPACITÉS D'ACCUEIL EN PSYCHIATRIE GÉNÉRALE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DE RATTACHEMENT AU 31 DÉCEMBRE 2015



Source : SAE données administratives 2015 - ministère des Affaires sociales et de la santé, Drees; exploitation OR2S

## Fluidifier les parcours et faciliter l'intégration et l'inclusion des personnes en situation de handicap

À partir du diagnostic, le CTS a pointé un manque de places pour les enfants comme pour les adultes, avec la constitution de listes d'attente importantes dans des structures. Ceci s'observe dans les instituts médico-éducatifs (IME) et les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (Sessad), et ce, malgré des taux d'équipements supérieurs aux moyennes régionales, voire nationales pour le champ de l'enfance.

La diversification de l'offre médico-sociale en s'appuyant sur les établissements et services existant est une nécessité pour le CTS, tout comme celle de favoriser l'accompagnement et les solutions de répit des aidants.



Cette priorité met aussi l'accent sur la socialisation et la scolarisation des enfants, notamment de manière à favoriser des inclusions socio-éducatives et socio-professionnelles adaptées tout en favorisant le lien familial et la proximité géographique de l'accompagnement.

Enfin, pour ce qui a trait à la santé, il conviendrait de prendre en charge les personnes en maladie professionnelle afin d'éviter leur marginalisation, ce qui implique de renforcer le lien avec la médecine du travail. Une attention particulière doit aussi être portée à l'accès aux soins des personnes en situation de handicap, en lien avec le programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins.

## Promouvoir et développer la prévention, le repérage précoce et des actions coordonnées dans le domaine des addictions avec ou sans substance

Les conduites addictives sont une préoccupation majeure en santé publique et l'intervention en prévention le plus précocement possible un enjeu essentiel.

L'enquête *Jesais* menée en Picardie en milieu scolaire montre que les élèves de seconde ont une consommation de substances addictives (alcool, tabac, cannabis) déjà bien ancrée. L'analyse territoriale révèle que le bassin d'éducation et de formation d'Amiens est très concerné puisqu'on y retrouve les parts d'élèves consommant de la drogue, du tabac et ayant déjà été ivres les plus élevées de l'académie.

À cela, les membres du CTS ajoutent les données expérientielles des conséquences des conduites

addictives que sont les accidents de la route, les violences conjugales, la précocité de l'acquisition d'un comportement addictif, avec ou sans produit.

Si des actions sont à promouvoir dans tous les milieux, le milieu scolaire et le milieu professionnel sont fortement à privilégier. Au-delà, le CTS préconise de prioriser les interventions pour le public jeune en général ainsi que pour les personnes éloignées du système de santé. La formation des professionnels à l'accompagnement est le préalable obligatoire dans l'objectif de faire baisser la victimologie et la mortalité et pour améliorer la qualité de vie et l'épanouissement de chacun.

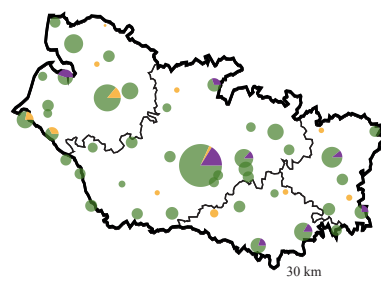


## Améliorer le repérage des personnes âgées, personnes en situation de précarité, personnes isolées et/ou à risques et promouvoir un parcours coordonné à domicile et en établissement

Le niveau d'équipement en hébergement complet des établissements pour personnes âgées est supérieur aux taux régionaux. Les services de soins à domicile (Ssiad) sont présents sur l'ensemble du territoire mais le territoire de proximité d'Amiens en dénombre plus de la moitié. Aussi, le repérage des personnes isolées, en précarité sociale ou à risque reste un enjeu majeur pour ce territoire de démocratie sanitaire. Quatre axes d'action sont mis en avant :

- personnaliser les parcours de santé ;
- développer l'éducation pour la santé et la prévention ;
- accompagner les aidants ;
- coordonner les différents intervenants.

RÉPARTITION DU NOMBRE DE LITS EN HÉBERGEMENT COMPLET DES ÉTABLISSEMENTS POUR PERSONNES ÂGÉES EN OCTOBRE 2016\*



Type d'établissement

- Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)
- Résidence autonomie
- Unité de soins de longue durée (USLD)

\* sauf pour les USLD au 31 décembre 2015

Sources : Finess, SAE données administratives 2015 - ministère des Affaires sociales et de la santé, Drees ; exploitation OR2S

# 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, combiné à l'expertise et la connaissance terrain

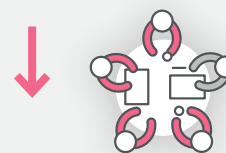


**MAI À NOVEMBRE 2017 :**  
mise en regard par l'ARS des cinq priorités définies au sein des CTS et des chantiers définis par l'ARS pour aboutir à un projet régional de santé cohérent



# LES PRIORITÉS

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



# LES CINQ PRIORITÉS

- ✓ Assurer la sécurisation du parcours de santé de l'usager, notamment conformément à la *Charte du parcours de santé* portée par le ministère des Solidarités et de la Santé

L'objectif stratégique sur le « développement des parcours » du PRS prend en compte cette priorité.

- ✓ Améliorer la coordination et la prise en charge visant à limiter le recours à l'urgence des personnes concernées par des problèmes de santé mentale (tout faire pour éviter de devoir faire face à l'urgence)

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

- ✓ Fluidifier les parcours et faciliter l'intégration et l'inclusion des personnes en situation de handicap

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

- ✓ Promouvoir et développer la prévention, le repérage précoce et des actions coordonnées dans le domaine des addictions avec ou sans substance

L'objectif général sur les « addictions » du PRS prend en compte cette priorité.

- ✓ Améliorer le repérage des personnes âgées, personnes en situation de précarité, personnes isolées et/ou à risques et promouvoir un parcours coordonné à domicile et en établissement

L'objectif stratégique sur le « développement des parcours » du PRS prend en compte cette priorité.



Ce document a été réalisé par le président du CTS de la Somme Jean-Pierre Canarelli et son bureau, par la directrice territoriale de la Somme - ARS Hauts-de-France, Cécile Gueraud, 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 EURALILLE - Tél : 0 809 402 032  
Site Internet : [www.hauts-de-france.ars.sante.fr](http://www.hauts-de-france.ars.sante.fr)