

50/51° NORD

IRM : LA TROP LONGUE ATTENTE



Avec 37,7 jours en moyenne de délai pour obtenir un rendez-vous d'IRM et un taux d'équipement dans la moyenne basse européenne, la France est mal placée pour combler son retard et répondre aux objectifs du plan cancer. Celui-ci préconise pourtant un maximum de 20 jours d'attente. Tel est le constat de l'étude Cemka-Eval réalisée en 2014 pour l'association Imagerie Santé Avenir, qui représente les industriels de l'imagerie médicale. Après des années d'amélioration, les délais d'attente sont repartis à la hausse en 2013, pour gagner plus de 7 jours en un an en moyenne en France. La région Nord – Pas-de-Calais a le mérite de tenir la deuxième place hexagonale, avec un taux de 26,3 jours en 2014, fruit d'un volontarisme des professionnels de santé et du Conseil régional, ayant investi massivement en la matière. Pourtant, la région n'échappe pas à la tendance et voit ses délais d'attente se rallonger. Pourquoi ? Car les besoins augmentent bien plus rapidement que le taux d'installation de machines. Or, en plus des pertes de chances pour les patients, l'attente génère des coûts évitables lourds. Les radiologues et industriels plaident pour un effort soutenu en matière d'équipement et pour l'ouverture d'un débat sur les conditions de financement et d'installation des équipements.

DÉFINITIONS ET CONSTAT : DES DÉLAIS QUI REPARTENT À LA HAUSSE

L'IRM EN BREF

Qu'est ce que l'IRM ?

L'IRM ou Imagerie par Résonnance Magnétique est l'un des outils d'imagerie médicale les plus récents. Cette technique de diagnostic permet de visualiser avec une grande précision les organes et tissus mous. Il est ainsi possible de déterminer la position exacte de lésions autrement invisibles. Réalisé sous la direction d'un médecin radiologue, cet examen ne provoque aucune irradiation, à la différence du scanner. En effet, l'IRM ne fait appel qu'aux propriétés des champs magnétiques.

Quand pratique-t-on cet examen ?

Dans la mesure où l'IRM permet une analyse très fine de la structure

des tissus, ses champs d'application sont larges. Cet examen permet des diagnostics très précis. Il est ainsi de plus en plus indiqué, dans l'exploration des pathologies cérébrales, osseuses, articulaires, digestives, gynécologiques, vasculaires ou encore cardiaques. Le patient est placé le plus souvent en position allongée dans une sorte de tunnel, pour une vingtaine de minutes environ.

Installation d'IRM, qui décide ?

Comme les scanners, TEP scan¹ et autres équipements d'imagerie médicale, les IRM sont soumis à autorisation des ARS², suivant des objectifs d'offre de soins établis par le Ministère de la Santé.



« En 2013, les délais se sont allongés en moyenne de 7,2 jours en France, jamais en 11 ans une telle aggravation n'avait été constatée »,

François Vorms, Président d'Imagerie Santé Avenir.

Pourriez-vous dresser un bilan de l'évolution des délais d'attente en France depuis une dizaine d'années ?

Comme chaque année, nous avons réalisé en 2014 notre étude³ avec Cemka-Eval sur les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous d'examen IRM. Jusqu'en 2012, nous avons observé une légère amélioration de la situation chaque année, mais en 2013, les délais se sont allongés en moyenne de 7,2 jours en France, ce qui est considérable vu le retard que connaît déjà la France. Jamais en 11 ans une telle aggravation n'avait été constatée.

Pourquoi, la France est très en retard par rapport à l'Europe ?

La France possède en moyenne 10 IRM par million d'habitants, quand l'Europe est en moyenne à 19,5 IRM / M hbt. Soit la moitié ! Voyez quelques exemples : l'Allemagne est à 30, l'Italie à 17, l'Espagne à 16, la Suisse à 40 IRM / M hbt. La Slovaquie et la Croatie ont dépassé le taux d'équipement français. Le retard s'explique à la fois par un retard historique, difficile à rattraper, et un système de remboursement et de financement qui freine l'équipement en France.

La région Nord – Pas-de-Calais est plutôt bien placée par rapport au reste de la France, comment expliquer les disparités françaises et comment y remédier ?

Pour ce qui est des disparités, le volontarisme joue énormément. Dans des régions comme le Nord – Pas-de-Calais, les institutions et les personnes se battent pour démontrer la nécessité de renforcer les équipements. À l'inverse, dans d'autres régions, c'est aussi le cas mais la sensibilité est peut-être moindre, et de ce fait, les choses avancent moins vite. Au-delà des disparités, gardons à l'esprit que le problème est national, toutes les régions sont « mal loties ».

Pourquoi est-ce important de réduire les délais d'attente, au-delà du confort du patient ?

Réduire les délais d'attente est fondamental pour deux raisons qui se complètent. Premièrement, cela permet de limiter la perte

de chance des patients. Un cancer peut évoluer très vite, or perdre deux mois pour un malade peut s'avérer dramatique. Les IRM sont essentiels pour évaluer l'efficacité d'un traitement, adapter une stratégie thérapeutique, et doivent donc être réalisés au cours du traitement. On connaît par ailleurs les effets aggravateurs du stress sur la pathologie, donc attendre plusieurs semaines peut vraiment faire empirer des situations. Deuxièmement, réaliser des examens en temps voulu permet de réduire considérablement les coûts liés à l'attente de rendez-vous. Par exemple, le cas du patient bloqué du dos qui va être mis en arrêt maladie pendant les semaines où il attend son examen. À cet égard, nous manquons cruellement d'étude médico-économique permettant de mesurer l'impact de l'imagerie dans l'ensemble de la médecine.

Quels moyens faudrait-il mettre en œuvre ?

Ce sont les ARS qui donnent les autorisations d'installation des nouveaux équipements, et le financement est porté en partie, indirectement, par l'Assurance Maladie. Bien sûr, cela a un coût pour la société, et en ces temps de crise économique et de contrainte budgétaire, des arbitrages sont et doivent être faits. Il faut également du personnel qualifié pour réaliser les examens, les manipulateurs qui sortent d'école sont formés et des emplois pourraient donc ainsi être créés. Enfin, si l'on a « un creux » dans la démographie médicale des radiologues, on sait que des mesures ont été prises et la courbe de ces spécialistes va s'inverser très prochainement. Outre les moyens, il appartient aux autorités de décider, de faire en sorte que la France rattrape son retard.

Comment voyez-vous les choses évoluer ? Autrement dit, êtes-vous optimiste ?

Je dois dire que je ne suis pas tellement optimiste. Quand je vois les efforts déployés depuis des années pour tenter de convaincre, la situation ne s'améliore pas vraiment, même si l'on comprend que le rattrapage ne puisse se faire aussi vite que nous le souhaiterions.

¹ - TEP Scan : La Tomoscintigraphie par Émission de Positons (TEP) est une méthode d'imagerie médicale qui permet de mesurer en trois dimensions une activité métabolique ou moléculaire d'un organe grâce aux émissions produites par les positons (positrons en anglais) issus d'un produit radioactif injecté au préalable. Il permet d'observer l'activité de nos cellules avec une grande précision. Dans le cerveau, il peut localiser les maladies d'Alzheimer ou de Parkinson et, dans d'autres tissus, il détecte très précocement la formation d'une tumeur.

² - ARS : Agence Régionale de Santé.

³ - Étude réalisée par Cemka-Eval, à la demande d'Imagerie Santé Avenir depuis 2003, sur les délais d'attente pour un rendez-vous d'IRM en France, pour un patient disposant d'une ordonnance dans un contexte urgent relevant d'un cancer. Detournay B, Courouve L, Cousin M. Les insuffisances en matière d'équipements d'imagerie médicale en France : étude sur les délais d'attente pour un rendez-vous IRM 2014. Bourg La Reine : CEMKA-EVAL, 2014 ; 25 p.

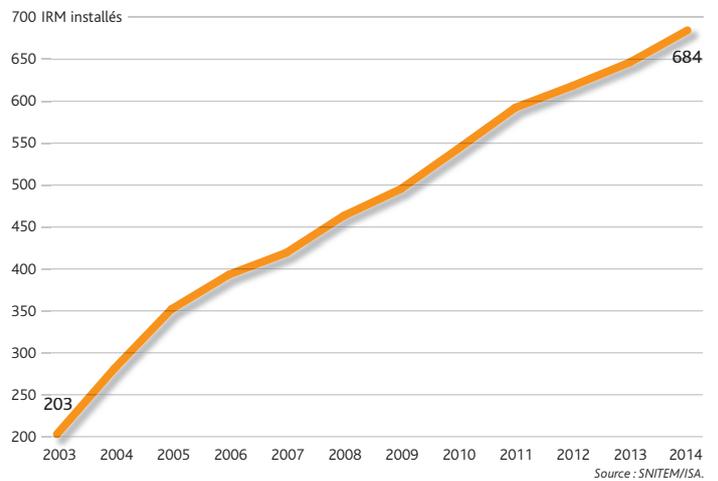
RADIOGRAPHIE DE L'ÉQUIPEMENT EN IRM N

TAUX D'ÉQUIPEMENT : UNE FRANCE COUPÉE EN DEUX ET TRÈS EN RETARD

Le taux d'équipement national en IRM est en 2014 de 10,7 par million d'habitants. Un score qui place la France dans les dernières places du classement de l'Europe de l'Ouest, qui affiche en moyenne 19 IRM par million d'habitants, soit près du double. Comme le montre l'histogramme ci-dessous, la France se situe ainsi loin derrière la Suisse, l'Allemagne et les pays nordiques, mais également loin derrière la Grèce, le Portugal ou la Slovaquie. Si la France continue d'installer des machines chaque année (684 en 2014 contre 230 en 2003), elle est loin de combler son retard. De plus, le faible niveau annuel d'installations d'IRM comparé à celui d'autres pays européens entraîne un creusement de cet écart.

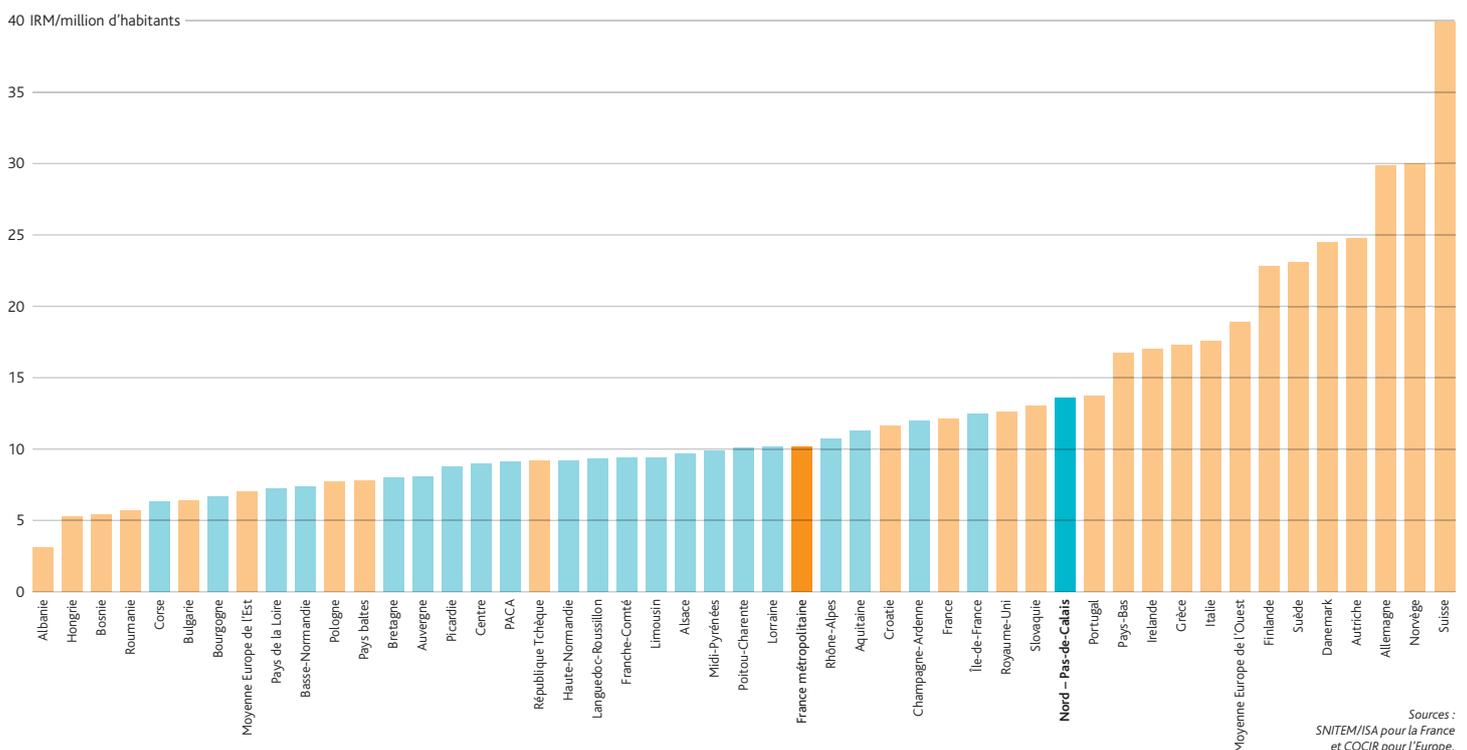
À l'échelle nationale, les inégalités sont flagrantes. Le taux d'équipement allant du simple au double. En 2014, le Nord – Pas-de-Calais présente le meilleur taux d'équipement national, 14,3, quand la Corse, la Bourgogne ou encore les Pays de la Loire affichent des taux quasi de moitié, autour de 7 IRM par million d'habitants. Certaines régions, engagées dans des dynamiques volontaristes, poursuivent une politique d'installation soutenue. 8 nouvelles structures ont vu le jour depuis 2013 en Aquitaine, 7 en Languedoc-Roussillon, 4 en Île-de-France et 3 dans le Nord – Pas-de-Calais, des régions déjà bien dotées. À l'inverse, la Bourgogne, la Champagne-Ardenne, la Corse, la Lorraine, les Pays de la Loire n'ont pas installé de machine depuis 2013.

NOMBRE D'IRM INSTALLÉES EN FRANCE³



L'année 2013 a été marquée par l'installation de 38 nouvelles IRM en France métropolitaine, soit une hausse de 5,9% du nombre total d'IRM sur un an, *versus* 4,5 en 2012. Avec ce taux de 10,7 IRM / M hbt, la France a finalement atteint l'objectif de 10 IRM / M hbt qui figurait dans le plan cancer 2009 – 2013, avec trois ans de retard. Le nouveau plan cancer ne donne pas d'objectifs en matière d'équipement, mais seulement en termes de délai.

TAUX D'ÉQUIPEMENT EN IRM PAR MILLION D'HABITANTS, EN EUROPE ET DANS LES RÉGIONS FRANÇAISES



NATIONAL ET EUROPÉEN ET DÉLAIS D'ATTENTE

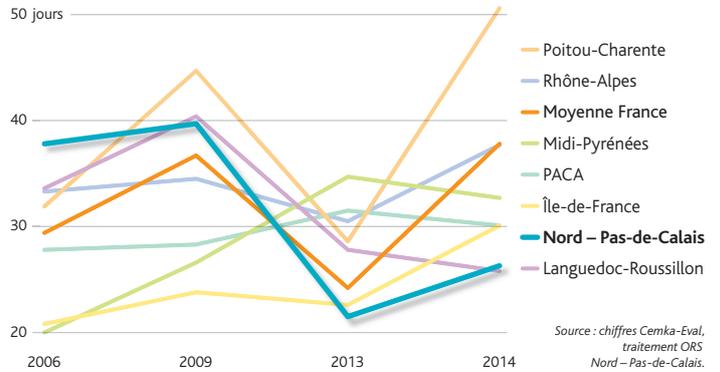
DÉLAIS D'ATTENTE : RETOUR À LA HAUSSE QUASI-GÉNÉRALISÉ

Logique, les délais d'attente pour obtenir une IRM sont relativement corrélés au taux d'équipement. Selon l'enquête ISA précédemment citée, le délai d'attente moyen en France pour obtenir un rendez-vous d'IRM avec une indication validée en cancérologie est de 37,7 jours en 2014. Il était de 29,3 jours en 2003, de 34,3 en 2007, de 29,1 en 2012 et de 30,5 en 2013. Soit une hausse de près de 7 jours en un an. Et ce, alors que le Plan cancer 2014-2019 recommande un maximum de 20 jours, et le précédent (2003-2007) disait 15 jours.

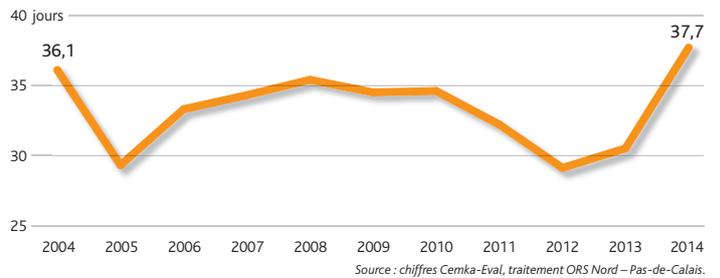
Au niveau des territoires, les inégalités constatées en termes d'équipement en machines se retrouvent. Le Nord – Pas-de-Calais est en deuxième position, avec 26,3 jours en 2014 derrière le Languedoc – Roussillon, avec 25,8 jours, l'Île-de-France et PACA sont à 30,1, viennent ensuite l'Aquitaine, avec 31,3 et Midi-Pyrénées, à 32,7. Loin devant la Bretagne, les Pays de la Loire, l'Auvergne ou encore l'Alsace.

Mais au-delà du simple classement, ce sont les évolutions qui sont pertinentes et en partie alarmantes, car après avoir suivi une courbe descendante pendant plusieurs années, de nombreuses régions voient leurs délais d'attente repartir à la hausse : + 22,3 % dans le Nord – Pas-de-Calais, + 56,2 % en Rhône-Alpes, + 34,3 % en Auvergne, + 33,2 % en Île-de-France. Et même les régions les plus dynamiques sont touchées. Comment expliquer le phénomène ? Par une conjonction de facteurs : le vieillissement de la population, la hausse continue des indications d'IRM, le ralentissement des programmes d'installation et l'évolution du nombre de radiologues.

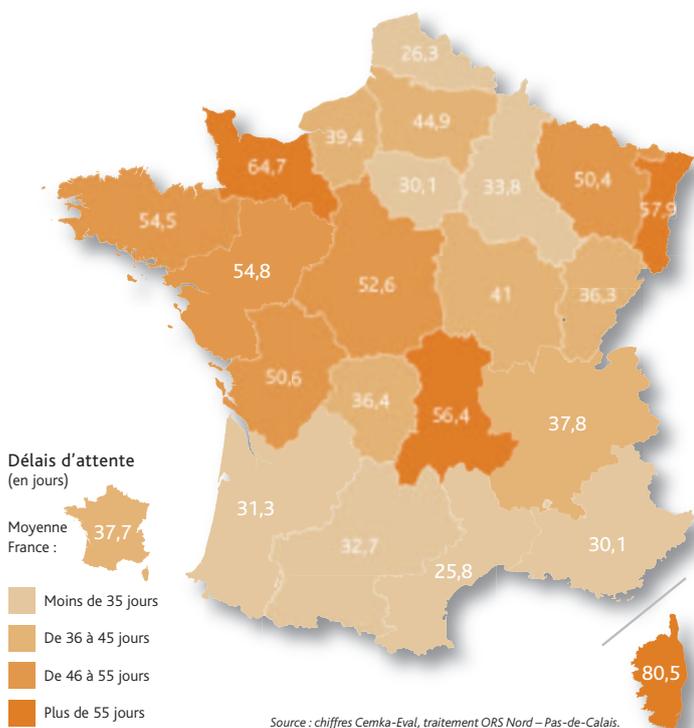
COURBES COMPARÉES DES ÉVOLUTIONS DES DÉLAIS D'ATTENTE DANS QUELQUES RÉGIONS DE FRANCE



COURBE DE L'ÉVOLUTION DES DÉLAIS D'ATTENTE EN FRANCE



LES DÉLAIS D'ATTENTE EN 2014 RÉGION PAR RÉGION



Délais d'attente (en jours)

Moyenne France : 37,7

- Moins de 35 jours
- De 36 à 45 jours
- De 46 à 55 jours
- Plus de 55 jours

Source : chiffres Cemka-Eval, traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

CONSÉQUENCES ET PERSPECTIVES

Les problèmes posés par ces délais d'attente importants se conjuguent et s'aggravent mutuellement. Le report des examens ralentit le diagnostic et peut ainsi entraîner des pertes de chances pour le patient. En attendant, d'autres examens, moins utiles sont pratiqués, entraînant des dépenses de santé. Le patient hospitalisé ou en arrêt de travail « coûte » également cher à la société. Au-delà du niveau d'équipement en IRM, l'organisation et la tarification des actes seraient aussi à la source de la situation. Certains radiologues évoquent la nécessité d'ouvrir le débat sur la libéralisation de l'implantation des IRM. Autrement dit, laisser la possibilité aux hôpitaux par exemple, d'installer un appareil IRM. La Cour des Comptes, quand à elle, regrettait déjà en 2010 dans un rapport⁴, que « le régime des autorisations pour les équipements lourds d'imagerie médicale ne garantit pas une accessibilité suffisante de la population aux examens ». Elle signalait par ailleurs un système de tarification pervers, favorable au secteur privé, qui « génère des rentes injustifiées ». Système de tarification qui entraînerait même, à l'inverse des intentions, une restriction des autorisations d'IRM pour freiner les dépenses de santé. Les projets régionaux de santé (2013-2018) prévoient une augmentation d'environ 250 IRM sur cinq ans, soit un rythme de hausse de moins de 10 % par an. Ce qui constitue pour les industriels de l'imagerie médicale une croissance insuffisante pour atteindre l'objectif du taux d'équipement moyen européen.

4 - Cour des comptes. La sécurité sociale 2010. Paris : Cour des comptes, 2010.



« Il faut au moins que l'on atteigne la moyenne européenne, c'est un bon objectif. On s'en rapproche dans la région mais nous devons encore progresser ».

Jean-Pierre Pruvo, Chef de Service de neuroradiologie de l'Hôpital Roger Salengro et Secrétaire général de la Société française de radiologie.

Pourquoi vous battez-vous depuis des années pour le développement de l'IRM ? Quels sont ses avantages ?

Elle en a de nombreux, en particulier la précision des données qu'elle apporte. Ces informations permettent d'adopter immédiatement la conduite thérapeutique la mieux adaptée à la situation. On constate d'ailleurs que ses indications sont de plus en plus nombreuses. Elles figurent dans le guide du bon usage des examens d'imagerie. Créé en 2005 et mis à jour en 2012, ce guide, élaboré par la Société Française de Radiologie et la Société Française de Médecine Nucléaire est mis à la disposition de tout demandeur d'examen, qu'il soit médecin généraliste ou spécialiste. Il détaille l'ensemble des indications de telle ou telle modalité d'imagerie médicale. On y voit que les indications de l'IRM sont de plus en plus nombreuses et pour des pathologies de plus en plus diverses. En cancérologie, en neurologie mais aussi en cardiologie, par exemple, l'IRM est souvent citée comme l'examen à réaliser en priorité. Mais son accès étant encore difficile, faute de machines en nombre suffisant, on réalise d'autres examens qui ne sont pas aussi pertinents, voire parfois inutiles. Et qui font perdre du temps et de l'argent à la collectivité, et parfois des chances aux patients. Outre la précision de l'IRM, il convient aussi de souligner son intérêt en termes de radioprotection puisqu'elle n'expose pas les patients aux rayons X.

Auriez-vous un exemple concret de recours indispensable à l'IRM ?

Oui, celui des accidents vasculaires cérébraux (AVC). Qu'il s'agisse des AVC ischémiques (ou infarctus cérébraux), qui représentent 80% des AVC, ou des AVC hémorragiques, la prise en charge en urgence suppose, avant tout, d'accéder rapidement à l'examen d'imagerie qui permettra d'identifier la nature de l'AVC et d'administrer le traitement approprié dans les meilleurs délais. Le scanner sans injection de produit de contraste permet facilement de porter le diagnostic d'accident hémorragique. En revanche, cet examen est peu sensible pour la détection de l'infarctus cérébral (80% des AVC). L'IRM cérébrale est l'examen de référence permettant non seulement d'éliminer un accident hémorragique mais aussi de détecter la zone d'infarctus dès la première heure suivant le début des signes cliniques. L'IRM est aussi beaucoup plus précise que le scanner pour détecter des infarctus multiples, ou de petite taille, et pour évaluer l'étendue de la zone cérébrale nécrosée (infarctus). Ces éléments sont importants, à la fois pour le pronostic et pour la décision thérapeutique.

La région est bien positionnée, comment expliquer cette performance ?

L'Agence Régionale de Santé (ARS) et le Conseil régional ont eu un rôle déterminant. L'ARS a en effet décidé d'autoriser 18 IRM supplémentaires ces 3 dernières années, ainsi la région Nord-Pas-de-Calais est devenue une des régions les mieux équipées de France avec un total de 72 IRM. Le conseil régional a facilité l'acquisition des IRM dans les hôpitaux en apportant un soutien financier. Dans le cadre de la lutte contre le cancer, il a en effet fait de l'accès à l'imagerie en coupes et de l'IRM en particulier une de ses priorités. Il a investi plus de 100 millions d'euros pour permettre aux hôpitaux de mieux s'équiper en IRM, scanners, et Tep scanners. À titre d'exemple, l'IRM des urgences du CHU de Lille a été financée à 80% par le Conseil régional, ce qui a permis aux patients d'y avoir accès dès 2009. Cependant, les délais d'attente pour obtenir une IRM restent encore trop longs dans notre région. Et même si nous disposons d'un bon taux d'équipement en IRM, nous restons encore en dessous de la moyenne européenne.

Et pourtant le plan cancer fixe un délai idéal maximal de 15 à 20 jours pour l'obtention d'un rendez-vous ?

Le plan cancer fixe des délais dit acceptables, qui restent encore trop longs. Nous avons beau le répéter depuis de nombreuses années, le taux d'équipement français de 10,7 IRM/million d'habitants reste très bas par rapport à la moyenne européenne, qui est autour de 20 IRM/million d'habitants, et de 27 en Allemagne ou au Danemark. C'est incompréhensible et choquant. Nous avons des objectifs quantifiés d'offre de soins qui sont en deçà de ce qu'ils devraient être. Il faut au moins que l'on atteigne la moyenne européenne, c'est un bon objectif. On s'en rapproche dans la région mais nous devons encore progresser.

Vous plaidez pour un appareil IRM par service d'urgences dans la région, pourquoi ?

Depuis 2008 au CHU, nous disposons d'une IRM dédiée aux urgences. Ceci permet aux patients qui doivent bénéficier de cet examen d'y accéder dans les meilleurs délais. Auparavant, l'IRM était pratiquée dans les jours, voire dans les semaines qui suivaient. Le malade restait hospitalisé pendant cette attente, avec les coûts que l'on connaît. Depuis que nos patients passent directement en IRM d'urgence c'est un gain en termes de qualité des soins, et d'économies pour les hôpitaux et la collectivité. Les centres d'urgence qui assurent plus de 40 000 passages et accueillent un grand nombre de patients justifiant d'un examen IRM, devraient disposer d'une IRM dédiée.



« On peut se glorifier ici d'avoir le meilleur taux d'équipement national, mais on est encore très en retard »,
Isabelle Lambert, radiologue et Présidente du Conseil Régional de l'Ordre des Médecins.

En quoi est-ce un problème d'être encore sous-équipé en IRM, même si la région est bien placée ?

Effectivement, notre région est aujourd'hui, sur le papier, bien équipée en IRM. En sachant qu'il y a des équipements qui ont été autorisés mais pas encore installés. Il faut augmenter encore le nombre d'IRM parce que c'est une technique d'avenir. Mais avant de l'augmenter, il faut mettre des hommes derrière les machines. Il n'y a pas de bonne adéquation aujourd'hui entre le nombre de machines et le nombre de radiologues, dans la région, comme dans le reste de la France. Si vous installez des machines mais qu'il n'y a personne pour analyser les résultats, cela ne sert à rien. Il n'y a pas de souci concernant les manipulateurs, les écoles en forment suffisamment. Le problème porte sur le nombre de radiologues. On n'y est pas ! Si on regarde la pyramide des âges, on voit que le gros de nos praticiens a entre 55 et 65 ans et va partir à la retraite. Or pour former un spécialiste, il faut 10 à 12 ans. Il y a eu un manque d'anticipation des autorités de santé, bien que le Conseil National de l'Ordre ait tiré la sonnette d'alarme de multiples fois et continue de la tirer. »

Quels sont les chiffres de la démographie des radiologues ?

En France, en 2014, le nombre d'étudiants formés est nettement inférieur au nombre de départ en retraite. Et pour la région, en 2014, il existe d'après mes estimations possiblement 25 départs à la retraite pour 14 nouveaux médecins radiologues formés. On est presque à la moitié des effectifs quand il faudrait les augmenter ! Cette spécialité se développe, et les technologies avancent vite ! En vingt cinq ans de carrière, j'ai par exemple vu apparaître l'échographie bidimensionnelle puis 3D, le scanner corps entier, l'IRM, et maintenant le TEP scan ! Ce métier évolue très vite, il faut anticiper.

Le TEP scan (spécialité de médecine nucléaire) est très utile en cancérologie. Les cellules cancéreuses « consomment » beaucoup de sucres. L'injection du « glucose marqué » qui va aller se fixer aux endroits où il y a des tumeurs, et permet de détecter beaucoup de localisations tumorales cancéreuses. C'est une technique majeure sur laquelle la France est encore en retard. Donc on peut se glorifier ici d'avoir le meilleur taux d'équipement national en IRM, mais on est encore très en retard. »

Quelles sont vos armes ?

Alerter encore et encore les autorités. Après avoir présenté les chiffres de la démographie, nous sommes passés de 14 à 17 radiologues formés par an au CHU de Lille, en internat, donc opérationnels dans cinq ans. Mais je pense qu'il faudrait encore augmenter et passer à 20 par an. Le problème est que le nombre d'internes formés en France chaque année est fixe. Ce qui signifie que si l'on forme plus de radiologues, on forme moins d'autres spécialistes. Il y a un vrai problème. La preuve, ce déficit attire de nombreux praticiens étrangers. Certains sont très bons, d'autres ont une formation qui peut être insuffisante. »

Pourquoi est-on en retard ?

On fait une erreur en France qui consiste à penser que si on forme des médecins et on installe des machines on va augmenter les dépenses de santé. Ce qui augmente les dépenses de santé, c'est la maladie. Si vous soignez tôt une maladie, elle ne coûte pas très cher à la société. Si vous la prenez tard, non seulement elle coûte beaucoup en soins, en arrêt de maladie, mais en plus, on n'arrive pas toujours à guérir le patient. Donc on a dépensé beaucoup pour aller à l'enterrement ! À une époque d'ailleurs, certains avaient préconisé de libérer l'installation des machines. Aujourd'hui, elles sont soumises à autorisation, selon cette logique : si vous installez des machines, les gens vont consommer. Ce n'est pas vrai ! Surtout s'ils ont une idée du coût de la santé. Il est fondamental que les citoyens connaissent le coût des soins. Et si nous voulons garder un bon niveau de soins dans notre pays, il faut avoir de l'argent pour des nouveaux médicaments qui coûtent parfois très cher. Et aujourd'hui, cela apparaît de plus en plus difficile. En tant que médecin, je veux que mon patient bénéficie de ce qu'il y a de mieux en termes de soins, d'innovations thérapeutiques : c'était le cas, et je crains que rapidement, ce ne le soit plus. Nous avons un très bon système de soins, il faut essayer de le préserver, et donc arrêter de penser que ce sont les médecins qui font les dépenses de santé, c'est la maladie qui fait la dépense de santé. »

Et pourtant dans la région, il y a une vraie volonté ?

Tout à fait. Au niveau régional, nos politiques ont misé sur les équipements pour que les médecins aient au moins les moyens de réaliser les diagnostics. Le problème du recours tardif aux soins n'est cependant pas résolu. Il faut réussir à accentuer le dépistage. »



RÉGION
Nord-Pas de Calais



OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ

235, avenue de la Recherche - 59120 LOOS
Téléphone +33 (0)3 20 15 49 20 • Fax +33 (0)3 20 15 10 46
www.orsnpdc.org