

Note d'analyse des avis des Conférences régionales de la santé et de l'autonomie sur les projets régionaux de santé

Précautions méthodologiques

Le présent travail d'analyse a été effectué à partir **des avis produits par les CRSA sur les Projets régionaux de santé (PRS)**. Ce travail d'analyse transversale repose uniquement sur les écrits et non sur une enquête qualitative auprès des acteurs. Il ne vise pas l'exhaustivité des thématiques traitées par les PRS et au sein des avis. Il ne s'agit pas d'une analyse comparative des PRS, à l'exception de quelques observations sur la structuration des schémas régionaux de santé (SRS) sur les thèmes suivants : place de la prévention promotion de la santé et prise en compte du secteur médico-social, la référence à l'article 51 créant un nouveau cadre d'expérimentation. Un travail complémentaire et plus approfondi d'analyse et de comparaison des PRS pourra être mené ultérieurement.

La présente analyse repose sur les avis des CRSA des régions Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA), Centre Val-de-Loire (CVL), Pays de la Loire (PDL), Hauts-de-France (HDF), Normandie, Bretagne, Bourgogne Franche-Comté (BFC), Ile-de-France (IDF), Occitanie, Auvergne-Rhône-Alpes (ARA) et Grand Est. L'analyse n'a pu intégrer à ce stade, les avis des CRSA de Nouvelle Aquitaine et des territoires d'Outre-mer.

Les principaux points d'analyse :

1. Structuration des avis des CRSA
2. Les points transversaux communs à la des avis
3. La place des usagers
4. La prévention-promotion de la santé (PPS)
5. La prise en compte du secteur médico-social
6. Les inégalités sociales et territoriales de santé
7. Nouvelles technologies et innovations
8. L'offre de soins

1. Structuration des avis des CRSA

Les formats des avis des CRSA sont hétérogènes en taille et contenus. Certains se contentent de pointer les manquements, de faire des ajouts, ou de souligner l'importance de certains points du PRS. **Ils se présentent davantage comme des compléments aux concertations qui ont précédé la consultation officielle et réglementaire que comme des analyses critiques et globales des PRS**, ce qui complexifie une analyse transversale. Ainsi la plupart des avis apportent des ajouts sur des thèmes très précis. Les thèmes développés au sein des avis de chaque CRSA ne se recoupent pas toujours. Ainsi sur certains thèmes, il a été difficile d'en tirer des éléments d'analyse communs.

À titre d'exemple, tel avis évoque les maladies rares, tel autre les aidants familiaux vieillissants, etc.

L'annexion des avis des commissions spécialisées des CRSA (prévention, offre de soins, médico-sociale et usagers) permet d'approfondir certains positionnements, par rapport aux avis rendus par les commissions permanentes ou assemblées plénières des CRSA. Toutefois, nous n'avons pu disposer des avis des commissions spécialisées que pour 5 régions.

La place accordée aux avis des Commissions diffère selon les régions : certains avis des CRSA sont une synthèse des avis des commissions spécialisées et des avis conseils territoriaux de santé, quand d'autres avis des assemblées plénières ou commission permanente, très succincts, ont annexé les avis des autres instances.

Des travaux ont pu être produits par les CRSA en amont de la consultation réglementaire : par exemple, la CRSA Bretagne avait produit en début d'année 2017, une contribution conséquente d'une soixantaine de pages au PRS, la CRSA Auvergne Rhône-Alpes (ARA) avait produit un premier avis sur le cadre d'orientation stratégique en mars 2017.

La plupart des avis mentionne une implication des commissions spécialisées des CRSA et des conseils territoriaux de santé. Il n'est toutefois pas ou peu fait mention au sein des avis de l'implication des Conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA). À l'exception des annexes de l'avis de la CRSA ARA qui font mention d'un avis favorable d'un CDCA. Les avis des CRSA ne permettent pas de juger de la mobilisation des CDCA autour du PRS, impliqués dans plusieurs régions (cf. diagnostic loi Santé du réseau Uniopss-Uniopss, janv. 2018).

Quelques particularités : la CRSA Grand Est a mené une consultation citoyenne sur les parcours ; le PRS de Bourgogne Franche-Comté détaille les priorités établies par chaque conseil territorial de santé sur son territoire.

L'ensemble des CRSA émettent un avis favorable sur les Projets régionaux de santé sous réserve de la prise en compte des éléments précisés dans l'avis. Si les orientations et objectifs sont largement partagés par les membres des CRSA, des points d'alerte, des craintes et interrogations sont émis sur les modalités de mise en œuvre (cf. ci-après).

Nous ont été signalées, des consignes de vote pas toujours très claires : une confusion a pu exister entre le vote sur le PRS lui-même ou le vote sur l'avis de la CRSA sur le PRS.

Une région nous a fait part d'avis défavorables de la quasi-totalité des conseils départementaux sur le PRS. Nous ne disposons pas de l'information pour les autres régions. **Cela interroge sur les conditions de réalisation et de mise en œuvre, notamment des objectifs relatifs à l'offre médico-sociale dont la compétence et les financements sont partagés.**

Plusieurs CRSA s'interrogent sur l'articulation du PRS avec d'autres plans : Plans régionaux santé-environnement, plans et programmes nationaux, schémas départementaux etc.

2. Les points transversaux communs à la majorité des avis

La question des moyens pour atteindre les objectifs est soulignée dans l'ensemble des avis : « absence de chiffrage financier », « des moyens pas à la hauteur des objectifs et enjeux », « la question des moyens est centrale dans la transformation de l'offre », « une transformation qui ne peut se faire par le seul redéploiement de l'existant ».

Processus de consultation menés par les ARS. À noter, la quasi-totalité des avis se félicitent de la concertation menée par les ARS avec les CRSA, les commissions spécialisées et l'implication des conseils territoriaux de santé dans l'élaboration des PRS.

Les indicateurs de suivi et d'évaluation retenus dans les PRS sont interrogés par les CRSA, voire vivement critiqués, et dans certains cas, l'absence d'indicateurs est pointée. La lecture des avis des CRSA nous apprend qu'il existe une hétérogénéité des indicateurs retenus dans les différents PRS. Un travail plus approfondi de comparaison des PRS serait nécessaire.

L'exemple le plus frappant est celui des indicateurs sur l'offre médico-sociale pour les personnes en situation de handicap. Ces derniers ont fait l'objet d'une instruction nationale du 22 février 2018 de la Secrétaire d'État chargée des personnes handicapées, introduisant des indicateurs et taux cibles précis dans les PRS (sans concertation au préalable des acteurs) :

1. *La réduction de 20 % par an du nombre d'adultes maintenus en ESMS pour enfant, sur la durée du PRS ;*

2. *Le taux de scolarisation à l'école des enfants accompagnés en établissements spécialisés devra être porté à 50 % d'ici à 2020 et à 80 % au terme du PRS ;*
3. *La part dans l'offre médico-sociale des services proposant un accompagnement en milieu ordinaire devra atteindre au moins 50 % des places en services au terme du plan.*

Or les taux cibles sont repris ou non dans les PRS. Ainsi d'après l'avis de la CRSA, le PRS Grand Est, reprend l'indicateur n° 3, n'affiche pas de taux cible sur l'indicateur n° 2 et concernant l'indicateur n° 1, il affiche un taux cible de réduction de 30 % des amendements Creton sur 5 ans contre 20 % par an dans l'instruction. **Plusieurs avis pointent des interrogations sur les moyens alloués à cette transformation significative de l'offre et sur l'atteinte des taux cibles, sans toutefois remettre en cause les objectifs.**

De façon plus globale, les indicateurs d'évaluation du PRS ne semblent pas satisfaisants pour les CRSA qui appellent à un travail de co-construction avec les ARS.

L'ensemble des avis souligne l'importance d'une procédure de suivi et d'évaluation des PRS, avec des instances ad hoc, incluant des représentants des instances de démocratie en santé et des usagers.

3. La place des usagers

Le thème de la place des usagers revient dans la quasi-totalité des avis. Il est mentionné l'importance de développer la participation des usagers. Sont par exemple mentionnés, la mise en exergue des dispositifs de représentations des usagers dans le médico-social ou encore les patients experts.

Les avis mettent plus ou moins l'accent sur les droits individuels des usagers ou sur la place des associations représentatives des usagers, ou encore sur les instances de démocratie en santé (CTS, CRSA).

Plusieurs avis citent le service public d'information en santé (SPIS) pour améliorer l'information des usagers et la démocratie en santé.

L'implication des usagers dans le processus de suivi et d'évaluation du SRS est également une demande inscrite dans la plupart des avis.

Par ailleurs, plusieurs avis soulignent la nécessité d'une synthèse ou d'un document facilitant l'appropriation du PRS par les usagers et les acteurs.

La fusion du schéma régional de prévention (SRP), du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) et du schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS) au sein d'un schéma unique – le schéma régional de santé (SRS) - a-t-elle fait disparaître la prévention, promotion de la santé et le secteur médico-social au profit du secteur sanitaire ? Ou a-t-elle participé d'une approche décloisonnée et transversale du système de santé et des parcours des personnes ?

Pour mémoire, les PRS 2 sont composés d'un cadre d'orientation stratégique, d'un schéma régional de santé (SRS) et d'un programme pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS).

Une **approche en termes de parcours par type de public ou par pathologie** a largement été adoptée dans l'ensemble des SRS, chacun accordant toutefois une place plus ou moins centrale à cette approche. Certains SRS conservent des parties dédiées à l'offre de soins et d'autres à l'offre médico-sociale en sus de l'approche par parcours (cf. ci-après).

4. La prévention-promotion de la santé (PPS)

Les schémas régionaux de santé (SRS) ont été construits de différentes façons et la PPS y est pas abordée de différentes manières. Différentes structurations sont observées avec :

- ▶ Soit un chapitre dédié à la PPS (ex : Centre-Val-de-Loire, Hauts-de-France, Grand Est) ;
- ▶ Soit un sous-chapitre relié à la question des inégalités de santé (ex : Pays de la Loire) ;
- ▶ Soit une thématique diffuse, très peu développée (si ce n'est en introduction comme un invariant des parcours comme c'est le cas dans le PRS PACA).

L'avis de la CRSA PACA fait d'ailleurs état de l'absence de chapitre prévention, promotion de la santé dans le SRS. Trois autres avis soulignent que la PPS aurait pu être davantage développée (Ile-de-France, Bretagne et Centre-Val de Loire) ; avec parmi les aspects manquants : la petite enfance/la périnatalité, ou au contraire une thématique PPS centrée sur les jeunes et ne prenant pas en compte tous les publics.

Des ajouts sont proposés aux SRS : selon une CRSA, le SRS n'évoque pas le « parcours éducatif en santé », selon une autre, le SRS détaille de façon insuffisante les facteurs socio-économiques et environnementaux, une autre souhaite qu'il soit fait mention du développement des compétences psychosociales.

Trois avis font référence au service sanitaire pour demander, pour l'un, son élargissement aux établissements et services sociaux et médico-sociaux, pour l'autre, appeler à la vigilance et ne pas le substituer aux professionnels de la PPS, et le troisième pour que le PRS y fasse tout simplement référence. A minima trois avis (Ile-de-France, Occitanie, Pays de la Loire) soulignent plus particulièrement l'importance d'une prévention « ciblée » ou « proportionnée » avec l'objectif de réduction des inégalités de santé.

5. La prise en compte du secteur médico-social

La place accordée au médico-social dans les Schémas Régionaux de Santé varie selon les Régions, et les approches sont diversifiées. On peut noter deux angles :

- ▶ via **des parcours par type de publics ou de pathologies** (enfant, jeunes, PH, PA, maladies neurodégénératives, santé mentale, addictions) ;
- ▶ via **l'offre médico-sociale dans son ensemble** ;
- ▶ ou bien les deux angles se retrouvent dans le SRS (cas le plus fréquent).

À titre d'exemples :

- le SRS Hauts-de-France, dédié au sein d'un chapitre sur les parcours, plusieurs sous-chapitres consacrés aux parcours de santé des femmes, aux parcours de santé des enfants, puis des personnes âgées et des personnes en situation de handicap ;
- le SRS Centre Val de Loire dédié un chapitre à l'évolution de l'offre médico-sociale, avec ensuite un focus sur des parcours spécifiques personnes âgées et personnes en situation de handicap ; idem pour le SRS Grand Est qui dissocie l'offre PA, et l'offre PH dans son chapitre sur l'offre médico-sociale.
- le SRS PACA consacre 4 pages à l'évolution de l'offre médico-sociale à la toute fin du SRS, toutefois une approche par parcours (PA, PH, santé mentale, santé et addictions) est développée ;
- la commission médico-sociale de la CRSA Ile-de-France pointe l'insuffisante place accordée au médico-social : quelques pages dans un chapitre intitulé « autres focus techniques ». L'avis rappelle « la place incontournable du secteur médico-social

dans le parcours du patient faisant le lien Ville- Hôpital ». A noter toutefois, des priorités thématiques au sein du SRS sur « santé et autonomie des PH » et « santé et autonomie PA ».

La nouveauté de **l'approche populationnelle** est soulignée par la CRSA Auvergne Rhône-Alpes.

Les avis pointent les principales remarques suivantes sur le secteur médico-social :

- Plusieurs avis des CRSA sur les PRS mettent en avant la nécessité d'impliquer tous les acteurs, notamment autour des projets médicaux partagés des GHT (Bretagne, HDF, PACA, Grand Est), et mettent en garde contre un système organisé autour des seuls GHT
- La transformation de l'offre médico-sociale ne peut pas se faire sur le seul redéploiement de l'existant (Occitanie, Grand Est)
- L'instruction du 22 février 2018 sur le secteur PH est mentionnée dans 3 avis (CVL, PDL et Grand Est (cf. § sur les indicateurs ci-dessus)
- Une offre médico-sociale vue seulement sous le prisme PA/PH mais peu de développement sur les addictions et autres offres (LHSS, LAM, appartement thérapeutique etc...) d'après l'avis de la CRSA Centre Val de Loire

L'approche hospitalo-centrée, généralement autour des GHT, et la nécessité d'impliquer l'ensemble des acteurs à la définition des filières de soins et à la notion de gradation des soins, est fréquemment soulignée dans les avis des CRSA sur les PRS.

6. Les inégalités sociales et territoriales de santé

Les problématiques de **démographie médicale** sont pointées dans tous les avis des CRSA avec, pour la plupart **la mise en exergue de cette problématique comme une priorité**, voire comme un « risque majeur » pour la mise en œuvre du PRS.

Les avis contiennent des remarques diverses sur ce thème :

- sur le zonage des médecins ;
- sur les aides à l'installation ;
- la télé-médecine – rôle et limites dans l'accès aux soins ;
- le développement des structures d'exercice coordonné ;
- l'attractivité, l'aménagement du territoire.

Si l'enjeu de **la répartition de l'offre** est évoqué, la grande majorité des avis ne mentionne pas de mesures de type contraignantes sur l'installation des professionnels de santé. Les constats de pénurie, de rupture de parcours, sont davantage mis en avant que des propositions. La formation des professionnels de santé est en revanche évoquée dans plusieurs avis. A noter, toutefois que la CRSA Bourgogne-Franche-Comté interpelle l'ARS et le Ministère de la Santé pour « faire évoluer la réglementation relative à la formation ou à l'installation des médecins » et évoque l'idée d'un « conventionnement zoné des médecins ».

L'enjeu de réduction des **inégalités sociales de santé** (ISS) est mis en avant dans de nombreux avis surtout en lien avec la prévention-promotion de la santé, comme levier de réduction des ISS.

À noter, les quelques commentaires sur les PRAPS dans les avis des CRSA, à titre d'exemple :

- Grand Est : un manque d'association des Conseils départementaux sur le volet accès aux droits du PRAPS ;
- Bretagne : une substitution des Plateformes territoriales d'appui aux référents santé-précarité qui interroge les membres de la CRSA ;
- Hauts-de-France : la CRSA pointe la nécessité d'un ciblage populationnel et de davantage de précisions en termes d'action et de modalités de mise en œuvre ;
- Auvergne Rhône-Alpes : un groupe de travail « expression directe des usagers en situation de précarité » a mis en avant la thématique prioritaire ruralité et précarité ; le groupe de travail propose entre autres de mettre un accent particulier sur le relais des messages de prévention via les pairs ; le groupe recommande un état des lieux et évaluation des dispositifs de pair-aidance ;
- La CRSA PACA fait part d'une vision négative des personnes en situation de précarité véhiculée par une formulation au sein du PRAPS.

7. Nouvelles technologies et innovations

Les avis des CRSA soulignent globalement les apports des nouvelles technologies : levier important pour faire face aux problématiques de démographie médicale, une opportunité pour développer la prévention (« e-prévention », et échanges de bonnes pratiques), outils de coopération et de partage d'informations entre professionnels au service d'une meilleure coordination.

Plusieurs avis des CRSA émettent des regrets sur l'insuffisant développement de certaines dimensions dans les PRS : soit « recherche », soit « innovation », soit « système d'information », en fonction des régions.

Toutefois, les avis émettent de nombreux points d'alerte sur le développement des nouvelles technologies :

- ▶ La fracture numérique et le risque d'accroître le non recours aux droits et l'isolement social pour une partie des populations ;
- ▶ La nécessité d'évaluer les dispositifs de « e-santé » ;
- ▶ La nécessité de définir un cadre éthique de déploiement de la télé-médecine et des innovations numériques en santé.

Certains avis émettent les propositions suivantes :

- définir une stratégie régionale numérique
- Définir une charte régionale de déploiement de la télé-médecine,
- soutenir la mise en place du carnet de vaccination électronique.

Un avis fait référence aux travaux de la Conférence nationale de santé et à son avis sur les applications et objets connectés en santé.

L'article 51 de la LFSS pour 2018 créé un nouveau cadre d'expérimentation pour l'innovation dans le système de santé. Les schémas régionaux de santé font-ils référence à l'article 51 ? Des priorités sont-elles définies au sein des SRS ?

Le nouveau cadre d'expérimentation instauré par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 est traité très différemment selon les SRS, qui développent tous des parties relatives à l'innovation.

- Ainsi, trois SRS ne font pas référence à l'article 51 en dépit de développements sur l'innovation,
- Cinq SRS citent l'article 51 avec toutefois peu de développement : il est inscrit comme levier pour favoriser l'innovation, un SRS se contente de décrire ce qui est prévu par la LFSS pour 2018, un autre le mentionne au sein des indicateurs de suivi, et un autre évoque la prochaine mise en place d'une « plateforme régionale pour l'innovation ».
- Deux SRS contiennent des développements plus importants sur l'article 51 :
 - Le SRS Ile-de-France mentionne des thématiques prioritaires et détaille une liste d'exemples d'expérimentations envisageables,
 - Le SRS Pays de La Loire fixe deux priorités : la santé mentale et l'insuffisance cardiaque.

8. L'offre de soins

À la lecture des avis CRSA et des avis des Commissions spécialisées pour l'organisation des soins (CSOS) des CRSA, lorsque les documents étaient disponibles, plusieurs thématiques ressortent :

Le virage ambulatoire

Au moins 5 avis insistent sur les enjeux du virage ambulatoire et font part de plusieurs craintes :

- Les sorties d'hospitalisation rapides avec un risque de ré-hospitalisations précoces (ce dernier indicateur est d'ailleurs demandé dans un avis).
- La nécessité d'organiser l'aval et le retour à domicile en lien avec l'HAD, les professionnels de santé de ville et les services et établissements médico-sociaux.
- L'avis de la CRSA Bretagne pointe la nécessité de développer les hôtels hospitaliers pour les personnes dont le domicile est éloigné du lieu de soin – notamment dans le cadre du développement de la chirurgie ambulatoire. L'éligibilité au projet RAAC des personnes doit également être bien étudiée.
- La CSOS ARA souhaité que soit mentionné dans le SRS le soutien au développement des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). La gouvernance territoriale de proximité est soulignée comme un élément déterminant du virage ambulatoire.
- Le soutien à l'HAD et au développement des structures SSR est mentionné dans plusieurs avis.

La permanence des soins ambulatoire et en établissements de santé (PDSA et PDSES)

- La CRSA Centre Val de Loire évoque des expériences à mener pour renforcer la PDSA et la PDSES notamment dans le cadre de l'article 51 de la LFSS et mentionne les CPTS comme éventuel outil de structuration de la PDSA.
- Selon la CSOS Auvergne Rhône-Alpes (ARA), le développement des consultations non programmées, les urgences et soins non programmés est un axe fort du SRS ARA. Elle évoque la PDSA, réaffirme l'importance de la régulation des appels pour augmenter la pertinence de l'usage des urgences, elle rappelle aussi la nécessaire implication des acteurs libéraux.
- La CSOS Ile-de-France a débattu du financement de la PDSES et souhaite poursuivre la réflexion au-delà du cadre du PRS.
- Les membres d'une CSOS ont souhaité rappeler leur volonté que la permanence soit organisée sur la base du volontariat.

Plusieurs CRSA insistent sur **l'importance d'une offre de proximité** à concilier avec l'objectif de pertinence des soins, ou encore s'interrogent sur **le maillage territorial efficient** pour répondre aux besoins des personnes.

En conclusion, il ressort de cette mobilisation des CRSA autour des PRS, **un bon degré de concertation des ARS avec les instances de démocratie en santé**. Il ne s'agit là que d'une **première étape** et la démocratie en santé nécessite d'être renforcée dans les étapes de mise en œuvre des PRS. **Toutes les CRSA ont fait part de leurs fortes attentes sur leur association aux processus de mise en œuvre, suivi, évaluation, construction des indicateurs**, dont les modalités ne semblent pas ou peu avoir été définies au sein des PRS.

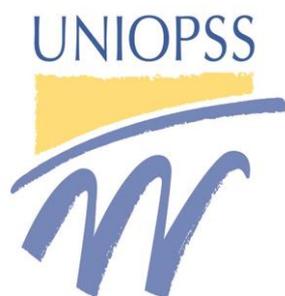
Glossaire

ARS	Agence régionale de santé
ARA	Auvergne-Rhône-Alpes
COS	Cadre d'orientation stratégique
CPTS	Communauté professionnelles territoriales de santé
CRSA	Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
CSOS	Commission spécialisée pour l'organisation des soins
CTS	Conseil territorial de santé
CVL	Centre Val-de-Loire
ESMS	Établissements et services sociaux et médico-sociaux
GHT	Groupement hospitalier de territoire
HAD	Hospitalisation à domicile
HDF	Hauts-de-France
IDF	Ile-de-France
ISS	Inégalités sociales de santé
LAM	Lits d'accueil médicalisés
LFSS	Loi de Financement de la Sécurité Sociale
LHSS	Lits halte soins-santé
PA	Personnes âgées
PACA	Provence Alpes-Côte d'Azur
PDL	Pays de la Loire
PDSA	Permanence des soins ambulatoires
PDSES	Permanence des soins en établissement de santé
PH	Personnes en situation de handicap
PMP	Projet médical partagé
PRAPS	Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis
PPS	Prévention-promotion de la santé
PRS	Projet régional de santé
PRSE	Plan régional santé environnement
RAAC	Programme de récupération améliorée après chirurgie
SPIS	Service public d'information en santé
SROS	Schéma régionale d'organisation sanitaire
SROMS	Schéma régionale de l'organisation médico-social
SRS	Schéma régional de santé
SSR	Soins de suite et de réadaptation

L'Uniopss

Unir les associations pour développer les solidarités

Créée en 1947, l'Uniopss (Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux) est une association reconnue d'utilité publique. Elle a pour vocation de rassembler, défendre et valoriser les acteurs privés non lucratifs qui œuvrent en faveur des personnes vulnérables et fragilisées (personnes âgées, personnes en situation de handicap, malades, enfants, jeunes, familles, personnes en situation de pauvreté et d'exclusion...). Ancrée dans un réseau de 17 unions régionales et d'une centaine de fédérations, unions et associations adhérentes nationales, l'Uniopss représente 75 % des intervenants non lucratifs du champ sanitaire, social et médico-social.



Les valeurs qui nous rassemblent

- ▶ Primauté de la personne
- ▶ Non lucrativité
- ▶ Solidarité
- ▶ Égalité dans l'accès aux droits
- ▶ Participation de tous à la vie de la société

Contacts :

Jérôme Voiturier, Directeur général de l'Uniopss

☎ : 01 53 36 35 30 ✉ : jvoiturier@uniopss.asso.fr

Laurie Fradin, Conseillère technique santé / ESSMS à l'Uniopss

☎ : 01 53 36 35 21 ✉ : lfradin@uniopss.asso.fr

www.uniopss.asso.fr - [@uniopss](https://twitter.com/uniopss)

Uniopss • 15 rue Albert - CS 21306 - 75214 Paris cedex 13 •

Tél. 01 53 36 35 00 • contact@uniopss.asso.fr •