



HAL
open science

Le handicap psychique : Cloisonnement pour qui ? Partenariat pour qui?

F. Chapiro

► **To cite this version:**

F. Chapiro. Le handicap psychique : Cloisonnement pour qui ? Partenariat pour qui?. Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique, 2010, 168 (10), pp.764. 10.1016/j.amp.2010.09.008 . hal-00698865

HAL Id: hal-00698865

<https://hal.science/hal-00698865>

Submitted on 18 May 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Accepted Manuscript

Title: Le handicap psychique : Cloisonnement pour qui ?
Partenariat pour qui?

Author: F. Chapireau

PII: S0003-4487(10)00320-3
DOI: doi:10.1016/j.amp.2010.09.008
Reference: AMEPSY 1252

To appear in: *Annales Médico-Psychologiques*



Please cite this article as: Chapireau F, Le handicap psychique : Cloisonnement pour qui? Partenariat pour qui?, *Annales medio-psychologiques* (2010), doi:10.1016/j.amp.2010.09.008

This is a PDF file of an unedited manuscript that has been accepted for publication. As a service to our customers we are providing this early version of the manuscript. The manuscript will undergo copyediting, typesetting, and review of the resulting proof before it is published in its final form. Please note that during the production process errors may be discovered which could affect the content, and all legal disclaimers that apply to the journal pertain.

*Communication***Le handicap psychique : Cloisonnement pour qui ? Partenariat pour qui ?
Psychological handicap in France: A result of two contradictory approaches****F. Chapireau***EPS Érasme, 143, Avenue Armand Guillebaud, 92160 Antony, France*

Auteur correspondant : François Chapireau, EPS Érasme, 143, Avenue Armand Guillebaud, 92160 Antony, France

Tél. : 01 46 74 30 78

Adresse email : francois.chapireau@eps-erasme.fr

Résumé

Le handicap psychique est devenu un concept répandu après le vote en 2005 de la loi 2005-102 « pour l'égalité des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ». Une brève analyse des lois et règlements montre que depuis 1956, les politiques françaises sont basées sur la définition de populations cibles caractérisées chacune par un type particulier de déficience. La nouvelle définition formulée par la loi de 2005 repose sur les concepts fondamentaux de la Classification internationale du fonctionnement. Elle s'oppose à toute définition de groupes cibles, surtout basées sur des déficiences particulières. L'objectif de cet article est de montrer pourquoi, dans ce contexte, la notion de handicap psychique a été le meilleur moyen d'obtenir des financements officiels.

Mots clés : Classification internationale du fonctionnement ; Groupes cibles ; Handicap ; Handicap psychique

Abstract

Psychological handicap has become a widespread concept in France after the passing in 2005 of the law 2005-102 “for equal opportunity, participation and citizenship of handicapped people”. A short analysis of French laws and regulations shows that since 1956 French policy about handicap was based on the definition of different target populations, each one being characterised by a specific type of impairment. The new definition included in law 2005-102 is based upon the basic concepts of the International Classification of Functioning.

It precludes any definition of target population, much less if based upon specific impairments. The purpose of this paper is to show why in this context, the notion of psychological handicap was the best way to obtain official monies.

Keywords: Handicap; International Classification of Functioning; Psychological handicap; Target populations

C'est un honneur pour moi de prendre la parole après Martine Barrès. Elle ne fait pas partie des hauts responsables qui signent des rapports qu'ils n'ont pas écrits et qui ouvrent des réunions auxquelles, ensuite, ils n'ont pas le temps de participer. C'est grâce au travail obstiné et méthodique de Martine Barrès que d'importantes conquêtes sociales ont amélioré la vie quotidienne de nombreuses personnes gravement défavorisées dans notre pays.

En 1988, les *Annales Médico-Psychologiques* ont publié un article dans lequel j'expliquais que le handicap à la française a été un domaine administratif avant d'être une notion théorique et pratique [1]. Aujourd'hui, mon propos est analogue, cette fois au sujet du handicap psychique. La politique est l'art du possible ; en l'occurrence, le possible n'est pas simple.

1. Un renversement complet de la définition officielle du handicap

Voici la thèse que je vais développer devant vous : en un demi-siècle, il y a eu un renversement complet de la définition officielle du handicap, alors que les dispositifs d'aides et de soins sont restés organisés sur la base de la définition ancienne. Dans cette situation paradoxale, la notion de handicap psychique a été d'abord et avant tout un outil au service d'une conquête sociale. C'est pourquoi sa mise en œuvre pratique n'est pas simple.

Le domaine du handicap en France a d'abord été organisé sur la base d'une classification publiée par décret en 1956. L'objectif était alors l'adéquation entre une déficience stable d'organe ou de fonction et l'ouverture des droits à une prestation ou à un service. Il en est résulté des filières d'aides et de soins, et donc des dispositifs cloisonnés selon une logique de groupes cibles, collaborant à la marge pour quelques cas complexes. Les missions, les formations, et les financements des diverses équipes ont tout autant été cloisonnés. Une personne pouvait, et peut encore, être reconnue handicapée dans un dispositif et pas dans un autre (sécurité sociale, accident du travail, éducation nationale...).

Avec la loi de 2005, le handicap n'est plus centré sur la déficience d'organe ou de fonction, mais sur la personne et sur ses difficultés dans la vie ordinaire. Selon la définition légale du handicap, chaque personne souffre d'un ensemble de difficultés situées sur des plans distincts. C'est pourquoi le nouvel objectif est la mise en œuvre d'un plan d'aide personnalisé. Cette fois, la collaboration entre dispositifs d'aides et de soins ne concerne plus quelques cas hors des filières spécifiques, mais s'applique dans tous les cas. Par conséquent, les dispositifs d'aides et de soins ne devraient plus fonctionner en filières. Toutefois, il n'a pas été mis fin aux nombreux cloisonnements antérieurs. Si pour les décideurs cette situation exprime une volonté de compromis et de progrès à venir, elle n'en cause pas moins de réelles difficultés pour les professionnels et pour les usagers.

2. La classification de 1956 est toujours en vigueur

Dans le décret 56-284 du 9 mars 1956 fixant les conditions d'autorisation des établissements privés de cure et de prévention, et toujours en vigueur, le chapitre XXIV regroupe les annexes concernant les enfants appelés plus tard handicapés. Dans la version originale, l'article premier est surmonté de la mention : « Titre I : classification », qui a ensuite disparu. Pour autant, cet article continue à énoncer les déficiences d'organes ou de fonctions caractéristiques des personnes que l'établissement concerné doit recevoir. Il en résulte un fonctionnement en groupes cibles, et donc en filières. Ce principe est mis en œuvre au-delà des établissements privés pour enfants, mais les annexes XXIV ont ici un intérêt particulier car le cloisonnement y est très explicite.

Ces annexes ont été en partie modifiées, à la suite de deux critiques opposées. Selon la première, la classification regroupait à tort des déficiences qui devaient être distinguées les unes des autres. En conséquence, de nouvelles annexes ont été créées en 1988 des catégories supplémentaires. La seconde critique a reproché à la classification de 1956 de caractériser les personnes en fonction de leur quotient intellectuel. En réponse, le décret 89-798 du 27 octobre 1989 a remplacé les annexes XXIV, XXIV bis et XXIV ter. Selon la circulaire d'application du 30 octobre 1989, « La déficience mentale, ou son niveau, ne peut plus être considérée de manière univoque comme un état définitif, fixé, sur lequel un simple apprentissage limité et adapté suffirait ». À l'intérieur de ces nouvelles annexes, la logique a changé du tout au tout, mais par rapport à l'ensemble du dispositif, le cloisonnement est resté intact. Bien plus, c'est ce cloisonnement même qui a permis la coexistence de deux réformes

contradictoires, l'une créant de nouveaux groupes cibles définis par des déficiences plus spécifiques, et l'autre retirant sa valeur de référence à l'une des déficiences.

3. En 1975, le cloisonnement est entré dans la loi

Après une étape préparatoire lors d'une loi de 1971, les populations cibles sont entrées solennellement dans l'architecture législative du domaine médico-social avec les lois du 30 juin 1975 (loi 75-534, d'orientation en faveur des personnes handicapées, et loi 75-535 sur les institutions sociales et médico-sociales), qui ont consacré deux ordres de classification et de cloisonnement.

D'une part, ces lois ont installé une frontière entre le domaine sanitaire, consacré aux maladies, et le domaine médico-social, qui était et reste notamment celui du handicap. Or, l'une des nombreuses différences entre ces deux domaines est la définition de l'ouverture des droits. Dans le domaine sanitaire, il s'agit d'une logique d'assurance universelle, alors que dans le médico-social, c'est une logique d'aide sociale. Ainsi, par exemple, il paraîtrait aberrant de refuser le remboursement des consultations et des examens complémentaires lorsque leur résultat prouve l'absence de maladie. À l'inverse, il est hors de question d'apporter les aides prévues par les lois de 1975 s'il n'y a pas de handicap. D'où les questions : qu'est-ce qu'un handicap ? Et quel est le seuil ouvrant droit aux aides prévues par la loi ?

D'autre part, l'article premier de la loi d'orientation (plusieurs fois modifié par la suite) a réparti les personnes en catégories, selon que leur handicap était qualifié de physique, sensoriel, ou mental. Les commissions (CDES et Cotorep) avaient pour tâche de faire correspondre à chaque personne les droits qui lui revenaient, en termes de prestation, d'établissement, ou de service. Chaque personne était caractérisée par un handicap défini par une ou plusieurs déficiences stables d'organe ou de fonction, s'exprimant par un taux, et correspondant à une décision d'ouverture de droits. Le rôle des CDES et des Cotorep n'était pas de prévoir, et encore moins de coordonner, plusieurs actions se situant sur les divers plans où la personne souffrait de difficultés.

Les cloisonnements consacrés par les lois de 1975 sont complexes. Ils portent sur les statuts des établissements, les financements, les formations, les métiers, etc. Ces cloisonnements produisent des difficultés importantes pour les professionnels et pour les usagers. D'une équipe à l'autre, les différences de fonctionnement et de « culture professionnelle » (comme on dit dans le jargon actuel) sont autant d'obstacles au partenariat.

4. La Classification Internationale du Fonctionnement (CIF) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

Comme la Classification Internationale des Handicaps (CIH) qui l'a précédée, la Classification Internationale du Fonctionnement, de la santé et du handicap (CIF), publiée en 2001 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), ne crée aucun cloisonnement [2,3]. En revanche, elle ne sépare pas les adultes des personnes âgées, et situe les difficultés des personnes sur plusieurs plans distincts, en interaction les uns avec les autres. De ce fait, la CIF s'oppose à la définition du handicap par un seul caractère, à plus forte raison s'il s'agit du diagnostic ou d'une déficience d'organe ou de fonction. La CIF porte une attention particulière aux activités de la vie ordinaire et de la vie sociale. Une de ses références importantes est l'égalisation des chances. Une autre vise à faire basculer vers l'environnement l'attention portée jusque-là à la personne. C'est ce que les auteurs appellent le « modèle social du handicap ». Pour que cet environnement s'adapte mieux à la personne, la CIF comporte une importante liste de facteurs environnementaux.

Au-delà des principes généraux, les définitions sont loin d'être claires dans la CIF. Alors que le cadre théorique comporte trois niveaux (organes et fonctions, activités, participation), la classification à proprement parler n'en comporte que deux. Le second est censé servir à la fois à décrire l'activité et la participation. Le manuel cite quatre manières différentes de procéder, mais laisse la décision à la discrétion des utilisateurs.

5. Une nouvelle logique dans la loi du 11 février 2005

L'exposé des motifs de la loi 2005-102 « pour l'égalité des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » cite la CIF, dont la loi elle-même reprend quelques principes, sans se perdre dans ses méandres. L'article 2 de la loi insère dans le code de l'action sociale et des familles un article L. 114 qui définit le handicap : « Constitue un handicap au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. » Ainsi, le handicap n'est plus défini par la déficience, mais à l'inverse, il en est nettement distingué. L'importance de l'environnement est soulignée. De plus, la loi fait obstacle à la

définition de populations cibles caractérisées par un même type de difficulté, puisque chaque personne présente à la fois plusieurs limitations sur des plans distincts, entraînant un besoin d'aides et de soins coordonnés. Bref, la loi n'énonce plus une logique d'adéquation entre une personne (caractérisée par une déficience stable d'organe ou de fonction) et un service ou une prestation, mais organise un « projet personnalisé de compensation du handicap » en vue de réduire ses diverses difficultés dans la vie ordinaire grâce au partenariat entre professionnels d'horizons différents. L'exposé des motifs l'annonce clairement : il s'agit désormais de « placer la personne handicapée au centre des dispositifs qui la concernent en substituant une logique de service à une logique administrative ». Ce n'est plus la personne qui doit s'adapter aux ressources, mais l'inverse. Par rapport au demi-siècle précédent, le changement de perspective est complet.

6. Le handicap psychique au carrefour d'approches contradictoires

Pour améliorer le sort des personnes souffrant des conséquences de troubles psychiques, il était illusoire d'espérer de nouveaux financements dans le domaine sanitaire, mais l'espoir était raisonnable dans le domaine médico-social. Pour y parvenir, une nouvelle population cible a été reconnue. Le handicap psychique a été créé par séparation d'avec le handicap mental. En 2001, l'Unafam, la FNAP-Psy, la Conférence des présidents de CME de CHS, la Fédération Française de Psychiatrie et quatre autres associations ont défendu ensemble le *Livre blanc des partenaires de Santé mentale France*. Le premier objectif annoncé dans ce Livre blanc était de « faire exister la population des personnes souffrant de troubles psychiques vivant dans la cité ». En mars 2002, le député Charzat a remis à la ministre déléguée à la Famille, à l'enfance et aux personnes handicapées un rapport précisant notamment : « L'usage en France réserve le terme de "handicap mental" aux handicaps résultant de la déficience intellectuelle. Pour désigner les handicaps résultant de déficiences des fonctions psychiques, les associations de patients en psychiatrie et de familles de malades proposent le terme de "handicap psychique". » La stratégie a atteint son but, un nouveau groupe cible a été créé. De là vient la croyance selon laquelle la notion de handicap psychique figurerait dans la loi de 2005.

Si la stratégie de l'Unafam et de la FNAP-Psy a été efficace, c'est que la logique des groupes cibles était intacte. Comme lors des réformes du décret de 1956, c'est le cloisonnement des dispositifs qui a permis en 2005 de faire coexister aisément des logiques contraires. De même qu'en 1975 le handicap à la française a été un domaine administratif

avant d'être une notion théorique et pratique, en 2005, le handicap psychique a d'abord été un outil au service d'une conquête sociale [4]. Le fait que cet outil ait rempli son rôle efficacement ne signifie pas qu'il soit ensuite facile de lui donner un contenu théorique et pratique, c'est évident.

7. Une proposition pour conclure

Selon les déclarations des décideurs, la situation créée par la loi de 2005 est un compromis, une première étape en vue d'autres avancées. Une affirmation analogue figurait dans la discussion au parlement de la loi d'orientation de 1975 : certes, il allait persister plusieurs régimes de protection des personnes handicapées (sécurité sociale, accidents du travail, invalides de guerre, etc.) à tel point qu'une personne pourrait continuer à être reconnue handicapée dans l'un et pas dans l'autre, mais (disaient les ministres) la nouvelle loi représentait une phase provisoire, prélude à l'unification de l'ensemble. Il faut donc souhaiter à la loi de 2005 une meilleure évolution que celle de 1975, puisque l'unification alors annoncée n'est pas même esquissée trente-cinq ans plus tard.

Les incitations au partenariat entre professionnels de terrain se développent. Des livres, des articles, des colloques s'y emploient. Bien entendu, lorsque les professionnels s'organisent ensemble autour de personnes en difficulté, leur travail est encore plus utile et intéressant. Pour autant, les efforts doivent-ils porter uniquement sur les professionnels de terrain, au risque d'exercer une pression injuste sur eux, comme si tous les obstacles étaient de leur côté ? Cinq ans après la loi, les pouvoirs publics ne témoignent pas de la même détermination à se coordonner, à l'intérieur du ministère de la Santé et des Affaires Sociales ou entre ministères. Sans doute, les agences régionales de santé apporteront-elles une certaine harmonisation de la planification entre les dispositifs sanitaires et médico-sociaux, mais rien n'est envisagé à propos du statut des établissements, de leur financement, des formations, des métiers, etc.

Pour avancer enfin sur ces questions, il faut un développement coordonné et persévérant d'un partenariat entre hauts responsables. Ce qui est excellent pour les professionnels de base ne peut pas être tout à fait mauvais pour les hauts responsables. Par exemple, ils peuvent se rencontrer (sans se défausser sur la CNSA !), afin d'organiser et de suivre des appels à projets conjoints de manière à construire une connaissance partagée des questions concrètes, puis à préparer des réformes pour réduire les cloisonnements entre statuts des établissements et des services, entre financements, entre formations, entre métiers, etc. Il

n'est évidemment pas question de supprimer purement et simplement les cloisonnements. Tout le monde ne peut pas tout faire. Réduire les cloisonnements, ce sera améliorer le sort des personnes en difficulté. La logique d'adéquation et de filières aura alors moins de poids, et la logique de collaboration et d'itinéraires personnels sera plus aisée à mettre en œuvre, conformément à la loi.

Conflits d'intérêts : aucun

Références

- [1] Chapireau F. Le handicap impossible. Analyse de la notion de handicap dans la loi du 30 juin 1975. Ann Méd Psychol 1988;146:609-31 et 1988;146:691-706.
- [2] Chapireau F. La nouvelle classification de l'OMS : « Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé ». Ann Méd Psychol 2002;160:242-5.
- [3] Chapireau F. The Environment in the International Classification of Functioning, Disability and Health. Journ Appl Res Intel Disab 2005;18:305-11.
- [4] Chapireau F. Handicap psychique : confirmation ou mutation du handicap à la française ? EMC (Paris: Elsevier SAS) Psychiatrie 37-910-A-10; 2006.

Discussion

Pr J.F. Allilaire – Pourriez-vous préciser les avantages et les défauts comparés des deux logiques que vous avez différenciées ; logique d'aide sociale/logique assurantielle ?

Dr R. Lécuyer – Comment situer dans cette évolution de l'accompagnement des handicaps, par exemple les CAT (Centre d'aide par le travail) (en cours de devenir des ESAT [Etablissement et services d'aide par le travail]). Votre approche critique de façon extrêmement parlante la « sélectivité des tris » en santé ! Mais certains CAT avaient réussi à faire cohabiter la population (devenue) classique, avec d'une part des « très handicapés » et d'autre part ce que l'on qualifie maintenant de « personnes en situation de handicap psychique », qui étaient souvent valorisés par un rôle d'aide aux plus atteints. Les CAT deviennent rares, le souci de l'efficacité ayant plutôt accentué la « sélectivité ». Quel complément d'éclairage pouvez-vous nous donner ?

Mme B. Sériziat – Pour un patient ou un usager en coopération thérapeutique et à l'origine de la définition de son projet de vie, pourquoi ne pas construire la coordination logique assurantielle et logique d'aide sociale à partir de sa demande ?

M. Filliol (Président d'Espérance Hauts-de-Seine – EHS) – Le Dr Chapiro a parlé du partenariat souhaitable entre « hauts responsables ». De qui s'agit-il ? Estime-t-il qu'il s'agit notamment des directeurs de ministères et de politiciens. Il faut penser aux responsables des départements.

Dr J.-J. Bonamour – Il existe un réel problème de réparabilité des structures appartenant au champ médico-social : comment imaginer y remédier ?

Dr J. Garrabé – Je voudrais remercier les deux premiers intervenants qui m'ont fait mieux comprendre cette question complexe de la « situation de handicap résultant d'une altération de la fonction psychique ». Est-ce que le traitement de la situation relèverait du médico-social et celui des altérations psychiques du sanitaire ? Pour siéger dans des conseils d'administration de deux associations reconnues d'utilité publique, l'une « L'Élan retrouvé », gérant des établissements relevant des deux, l'autre, « L'Œuvre Falret » qui jusqu'à il y a peu n'intervenait que dans le médicosocial mais qui s'occupe de plus en plus de personnes handicapées psychiques. Je sais qu'il est difficile pour le personnel soignant éducatif ou social d'harmoniser ou de coordonner leurs pratiques.

Pr B. Lafont – Si l'on considère que le projet médicosocial est indissociable du projet thérapeutique (la prise en charge du handicap physique en fournit des exemples), peut-on envisager un « guichet d'entrée unique » pour ce type de travail qui orchestre les moyens à mettre en œuvre au sujet du patient ? Et, dans ce cas, avec qui ou quelle instance ?

Mme D. Moreau – Votre intervention souligne avec acuité comment les deux logiques du soin et du handicap se sont développées de manière séparée administrativement et institutionnellement, ce qui rend compte des difficultés d'articulation et de coopération entre les deux champs.

Par ailleurs, vous mettez en évidence, comme Martine Barrès, le fait que la loi du 11 février 2005 n'utilise pas le terme de « handicap psychique » proprement dit, mais en incluant le terme « psychique » parmi les facteurs de handicap participe à « faire exister socialement »,

comme vous le dites, le handicap psychique. En ce sens, l'usage de ce terme a effectivement un effet de reconnaissance symbolique du handicap psychique dont se sont emparées les associations d'usagers, mais pas seulement. Et cette reconnaissance n'est pas symbolique au sens où elle serait vide, mais elle ouvre potentiellement sur des mesures spécifiques et ciblées. En ce sens, elle a véritablement valeur d'opérateur politique et social.

Réponses du rapporteur – Au Pr Allilaire – L'aide sociale s'adresse à une population définie, alors que l'assurance maladie vise la couverture universelle. Dans le premier cas, il est nécessaire de définir de manière restrictive les destinataires de l'action, et dans le second, il s'agit de la population générale dans son ensemble. Les conséquences sont importantes en termes d'ouverture des droits et d'organisation.

Au Dr Lécuyer – En effet, selon leur projet d'établissement, les ESAT ne reçoivent pas tous des personnes souffrant de handicap psychique. L'équipement diffère d'une région à l'autre, et il est parfois difficile de savoir quoi proposer aux personnes concernées. L'un des objectifs de l'Unafam et de la FNA-Psy en demandant la reconnaissance du handicap psychique a été de mieux connaître les disparités de l'offre, afin de les réduire.

À Mme Sériziat – Il est en effet tout à fait souhaitable de construire un projet personnel aussi complet et cohérent que possible. C'est exactement l'objectif défini par la loi de 2005. Toutefois, le maintien de cloisonnements considérables entre statuts d'établissements, entre métiers et entre formations ne facilite pas la collaboration entre les diverses équipes concernées.

À M. Filliol – Quand j'ai parlé des hauts responsables, j'ai pensé d'abord aux directeurs d'administration centrale, dont c'est le rôle de préparer les réformes législatives.

Au Dr Bonamour – Les professionnels du champ médico-social évoquent le même problème à propos de la psychiatrie. Il est vrai que la connaissance des projets d'établissement ne suffit pas. La fréquentation personnelle au long cours est la meilleure méthode à chaque fois qu'elle est possible.

Au Dr Garrabé – Comme le Dr Garrabé a eu l'occasion de l'écrire, la réadaptation c'est la stratégie thérapeutique même. La personne en difficultés souffre au même moment de problèmes médicaux et sociaux, qui ne peuvent pas aisément être dissociés. C'est pourquoi la collaboration entre les professionnels est si importante, ce qui suppose que chacun connaisse et respecte la place de l'autre. À l'heure actuelle, les formations professionnelles étanches ne facilitent pas cette collaboration, qui est toujours à construire sur le terrain.

Au Pr Lafont – Au-delà du guichet d'entrée, confié à la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH), c'est la question de la mise en œuvre du projet par un « case manager » ou par un référent du suivi que vous posez et qui va se poser de plus en plus, surtout lorsque les intervenants sont nombreux et divers, ce qui n'est pas rare. Pour le moment, la réponse est entièrement à l'initiative des professionnels concernés.

Et enfin, je remercie Mme Moreau de son intervention qui résume plusieurs points essentiels du débat que nous venons d'avoir.

Accepted Manuscript