

MANIFESTE SUR LES ENJEUX DE LA RÉHABILITATION RESPIRATOIRE



TABLE RONDE DU 12 DÉCEMBRE 2018
MAISON DU POUMON, PARIS

LES MEMBRES DU COLLECTIF ACTION SOUFFLE



FFAAIR

Fédération Française des Associations et Amicales des malades, Insuffisants ou handicapés Respiratoires
Marie-Agnès Wis-Laurent, présidente



Association BPCO

Frédéric Le Guillou, président



Asthme & Allergies

Marc Sapène, président
Christine Rolland, directrice générale



Fondation du Souffle

Bruno Housset, président
Jean-Baptiste Mollet, directeur général



SPLF

Société de Pneumologie de Langue Française
Nicolas Roche, président



FFP

Fédération Française de Pneumologie
Dominique Valeyre, président
Yves Grillet, vice président

Avec le soutien institutionnel de



O Nous, patients souffrant de maladies respiratoires chroniques avec les professionnels de santé, les pneumologues, nous lançons un cri d'alarme avec Action Souffle.

I Ce cri d'alarme, nous le lançons, car plus de 80 % d'entre nous ne bénéficient pas de la réhabilitation respiratoire. C'est pourtant l'un des éléments fondamentaux du traitement de ces maladies, notamment de la BPCO (bronchopneumopathie chronique obstructive), de l'asthme, de la fibrose pulmonaire idiopathique, de l'hypertension artérielle pulmonaire et de toutes les autres causes de handicap et d'insuffisance respiratoire.

D Action Souffle est un collectif qui porte la voix des patients pour que chacun d'entre nous puisse avoir accès à la réhabilitation respiratoire. Pour récupérer notre capacité à respirer : pour être plus autonome, pour aller mieux, pour reprendre goût à l'exercice... Et donc à la vie.

E La réhabilitation respiratoire est une démarche thérapeutique qui fait partie intégrante de la prise en charge des maladies respiratoires chroniques, notamment de la BPCO.

Elle se base sur le réentraînement à l'effort grâce à des exercices appropriés, une kinésithérapie respiratoire, une éducation thérapeutique pour nous aider dans nos comportements au quotidien et enfin un soutien psycho-social et nutritionnel, avec un accompagnement au sevrage tabagique pour ceux d'entre nous qui n'ont pas encore réussi à arrêter de fumer.

La réhabilitation respiratoire commence par un stage initial de quelques semaines, mais ne saurait se réduire à ce stage. Elle est bien plus que cela. Elle doit nous permettre de maintenir nos acquis (les bénéfiques tirés du stage initial) sur le long terme en nous aidant à changer de comportement au quotidien. Certains d'entre nous trouvent la force de faire leurs exercices une fois de retour à domicile mais d'autres ont besoin du soutien d'un professionnel ou d'autres malades.

L'isolement, le repli sur soi, sont souvent d'autres maux tous aussi invalidants que la maladie elle-même. Le regard des autres face à l'appareillage (oxygène, déambulateur) n'est pas facile à affronter au quotidien. Il en est de même quand nous nous trouvons en difficulté pour monter un escalier, une pente aussi douce soit-elle. Là aussi le manque de souffle, le handicap et la souffrance respiratoires ne sont pas faciles à percevoir par ceux qui ne sont pas malades.

Dans ce combat, Action Souffle s'organise sous l'égide de la FFAAIR (Fédération Française des Associations & Amicales de malades, Insuffisants ou handicapés Respiratoires) avec la participation d'autres associations ouvertes aux patients (Asthme et Allergies, l'Association BPCO) et avec le soutien des instances de la pneumologie (Fédération Française de Pneumologie, Société de Pneumologie de Langue Française, Fondation du souffle).

Faute d'information auprès des médecins, des patients et de leurs proches, faute d'une nomenclature spécifique de l'Assurance Maladie, la réhabilitation respiratoire est trop insuffisamment prescrite. Pourtant elle est recommandée par la Haute Autorité de Santé. Ses bénéfices sont prouvés scientifiquement dans l'amélioration du bien-être du patient.

En rédigeant ce manifeste avec des propositions et des pistes de réflexion, Action Souffle a la volonté de faire enfin reconnaître la réhabilitation respiratoire. Pour que chaque patient puisse être clairement informé... et mieux soigné.

Le collectif Action Souffle

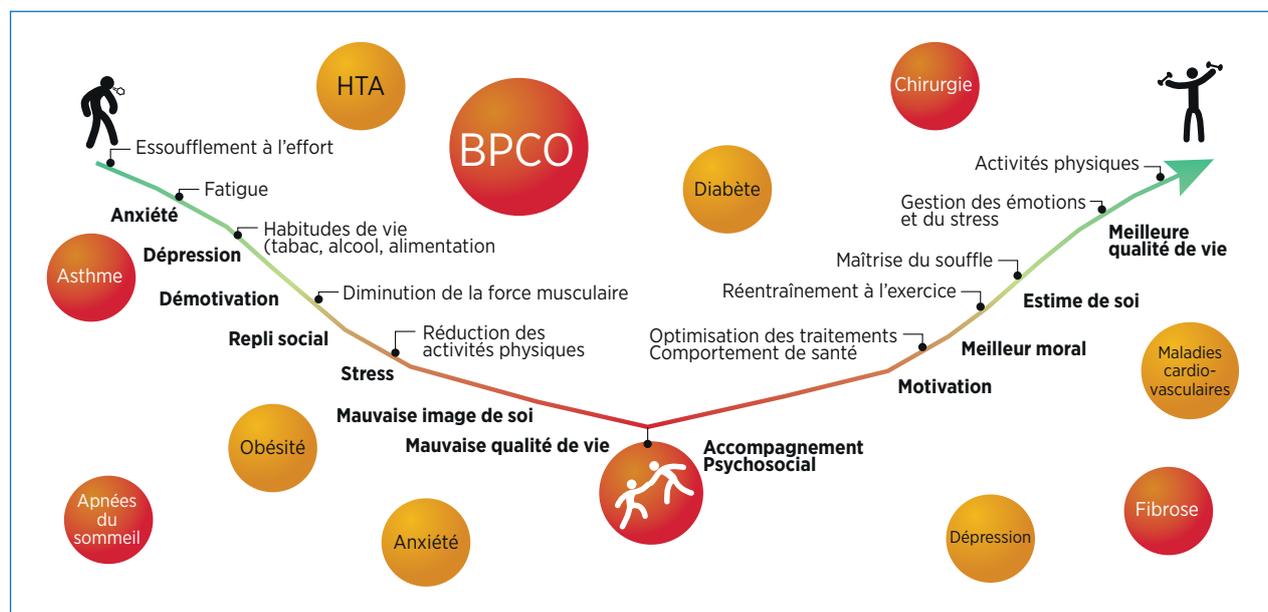


LA RÉHABILITATION RESPIRATOIRE : OÙ EN SOMMES-NOUS EN 2018 ? État des lieux de la situation en France

Dans ses recommandations, la Société de Pneumologie de Langue Française (SPLF) définit la réhabilitation respiratoire (RR) comme étant « une intervention globale et individualisée, reposant sur une évaluation approfondie du patient, incluant, sans y être limitée, le ré entraînement à l'effort, l'éducation, les changements de comportement visant à améliorer la santé globale, physique et psychologique des personnes atteintes de maladie respiratoire chronique et à promouvoir leur adhésion à long terme à des comportements adaptés à leur état de santé. La réhabilitation respiratoire doit répondre à l'objectif général de réinsertion, objectif qui est celui des services de soins de suite et de réadaptation, à savoir : Donner au patient les moyens d'améliorer sa qualité de vie, d'accroître son autonomie et de réintégrer une vie sociale acceptable pour lui. »

RÉHABILITATION RESPIRATOIRE : DE QUOI PARLE-T-ON ?

Après un temps d'évolution plus ou moins long, les pathologies pulmonaires chroniques entraînent des difficultés respiratoires, en particulier à l'effort. La mobilité des patients diminue, entravant leur autonomie et altérant leur qualité de vie. Il se constitue ainsi un cercle vicieux où l'évitement de l'inconfort respiratoire provoqué par les activités physiques entretient la sédentarité, qui aggrave elle-même la dégradation des capacités musculaires.¹ **L'objectif de la réhabilitation respiratoire est de lutter contre ce cercle vicieux.**



INTÉRÊT DE LA RÉHABILITATION RESPIRATOIRE

(d'après la plaquette du groupe Alvéole, SPLF)

Pour quels patients ?

En amont, les patients susceptibles de bénéficier de la réhabilitation respiratoire sont repérés par leur médecin (généraliste, pneumologue). Au cours d'un entretien, il leur expose les avantages attendus de la méthode, en tenant compte de leurs besoins et de leurs attentes, ainsi que ses modalités pratiques. Il identifie leurs réticences éventuelles : manque de motivation, historique de faible activité physique, défaut de confiance dans leurs capacités à adopter de nouveaux comportements. Il tient compte des possibles difficultés à trouver une structure adéquate pour débiter la RR qui peut avoir lieu dans :

- un établissement de santé en hospitalisation complète (SSR – soins de suite et de réadaptation), en hôpital de jour ou en consultations externes (ambulatoires) ;
- une structure de proximité (cabinet médical et/ou de kinésithérapie ou une structure de réhabilitation coordonnée par un réseau) ;
- le domicile du patient.

Son efficacité n'est pas dépendante du lieu de sa réalisation. Cependant, le choix de celui-ci dépend du résultat de l'évaluation initiale du patient.

La RR peut être prescrite dans toute pathologie respiratoire chronique, telle la BPCO mais aussi l'asthme sévère ou la fibrose pulmonaire idiopathique ou l'hypertension pulmonaire, dans laquelle le patient a une dyspnée, une intolérance à l'exercice, une limitation de son activité ou une restriction de sa participation aux activités sociales due à sa pathologie.

Le programme de réhabilitation respiratoire

La RR commence par un bilan réalisé par un pneumologue ou un médecin de médecine physique et de réadaptation (MPR), ainsi que par les professionnels concernés : masseur kinésithérapeute, diététicien(e), tabacologue, psychologue, etc. Ce bilan préalable permet d'analyser l'atteinte respiratoire primitive, son retentissement en terme d'intolérance à l'effort et le désavantage psychosocial généré et d'éliminer les quelques contre-indications absolues (notamment les maladies cardiovasculaires instables) et relatives en prenant en compte les comorbidités. Ainsi à partir de ce bilan, le pneumologue ou MPR peuvent mettre en place un programme adapté et sécurisé pour le patient. Celui-ci comporte au moins 12 séances, habituellement 20, réparties sur 3 à 12 semaines. **Il est structuré autour de trois composantes indissociables :**

- 1. Le réentraînement personnalisé à l'effort des muscles périphériques grâce à des exercices appropriés :** il est réalisé le plus souvent sur ergocycle, à une intensité correspondant à 50-80 % de la capacité maximale du patient. Elle est régulièrement augmentée en fonction de ses progrès. A cela peut s'ajouter un entraînement des muscles respiratoires et des techniques de kinésithérapie respiratoire.
- 2. L'éducation thérapeutique :** elle vise à aider le patient à adopter des comportements adaptés à l'amélioration de sa maladie (maintien d'une activité physique, gestion du souffle, des traitements, des appareillages respiratoires, des épisodes d'aggravation etc) ;
- 3. Le soutien psycho-social et nutritionnel :** il a pour but d'aider le patient à modifier son mode de vie (par exemple, régime alimentaire pour perdre ou gagner du poids, sevrage tabagique) et à lutter contre une éventuelle anxiété/dépression.

Ce programme se conclut par un bilan dont les modalités sont identiques à celles du bilan d'entrée. Ses résultats sont transmis à tous les professionnels de santé concernés, notamment le médecin généraliste.

Le maintien des acquis

Le bénéfice de la RR initiale s'atténue avec le temps, en général après 6 à 18 mois. Il est donc essentiel de prévoir un programme de maintien des acquis, débutant dès la fin de la phase initiale. Pour cela, le patient doit :

- réaliser une activité physique personnalisée 3 à 5 fois par semaine, pendant 30 à 45 minutes et à une intensité suffisante, soit de façon autonome, soit en club ou association, voire parfois chez le masseur kinésithérapeute ; elle doit être intégrée dans sa vie quotidienne (vélo, marche, jardinage, ménage, etc) ;
- poursuivre l'éducation thérapeutique ;
- éventuellement bénéficier d'un accompagnement psycho-social, d'une prise en charge diététique et d'une kinésithérapie respiratoire.

Ce suivi est coordonné par le médecin généraliste ou le pneumologue, avec au moins une fois par an la réalisation d'une évaluation de la tolérance à l'effort. Le rôle des associations de patients, des associations sport-santé ou des clubs sportifs est essentiel.

En conclusion, la RR s'inscrit dans la problématique moderne du parcours de soins, associant démarche globale et individualisation de la prise en charge au long cours.

RÉHABILITATION RESPIRATOIRE : UNE EFFICACITÉ INCONTESTÉE...

L'efficacité de la RR est aujourd'hui incontestée. Elle a été établie en particulier dans la BPCO, qui touche plus de 2,5 millions de personnes en France². Dans cette pathologie, une méta-analyse du groupe Cochrane a montré qu'elle améliore la dyspnée, la tolérance à l'effort et la qualité de vie³. Elle diminue de 33 % le risque de ré-hospitalisation après une exacerbation de BPCO si elle est mise en place dans les 4 semaines suivantes.⁴ À la suite d'une évaluation préalable correcte, les effets indésirables sont rarissimes. Pour ces raisons, le groupe Cochrane a d'ailleurs décidé de clore ses travaux sur le sujet, considérant que les preuves en faveur de son efficacité étaient suffisantes.⁵ Il s'agit d'une décision peu fréquente.

... POUR UN COÛT SENSIBLEMENT ÉQUIVALENT À LA PRISE EN CHARGE CLASSIQUE

Dès 2001, une étude économique britannique adossée à un essai clinique comparant RR et soins standards sur une période d'un an⁶ avait montré que les seuls coûts dus aux soins étaient équivalents entre les deux approches : si la RR imposait un investissement initial supérieur, elle permettait une réduction sensible des interventions de santé, notamment des hospitalisations. En revanche, le gain pour les patients était net en termes d'autonomie et de qualité de vie.

Ce résultat a été retrouvé dans plusieurs travaux conduits dans d'autres pays que la France^{6,7}. Une étude française a montré une réduction de plus de 60 % des coûts liés aux hospitalisations après une RR à domicile et un suivi des patients par un réseau de soins, chez des malades dont le pronostic vital n'était pas engagé à court terme (dans le cas contraire, les coûts sont équivalents avec ou sans RR).⁷ Mais jusqu'à présent, que ce soit en France ou dans d'autres pays, **aucune étude n'a établi un rapport clair entre les coûts engendrés par la RR et les bénéfices économiques globaux éventuels** (en termes de soins et d'externalités : journées de travail, prise en charge assurantielle, etc).⁸

On peut toutefois considérer que plus le dispositif de RR est complet, plus les bénéfices pour les patients comme pour la collectivité sont importants^{6,7}.

MOINS DE 10 % DE PATIENTS BÉNÉFICIENT EN PRATIQUE DE LA RÉHABILITATION RESPIRATOIRE : POURQUOI SI PEU ?

Bien que ses bénéfices soient incontestables, on estime à 9% le nombre de patient bénéficiant de la réhabilitation respiratoire^{1, 2, 9}. Cette situation est retrouvée dans l'ensemble des pays développés. En effet, l'American Thoracic Society et l'European Respiratory Society avaient déjà dressé ce constat dans leur déclaration commune : « la RR demeure largement sous-utilisée dans le monde entier. »¹⁰. La plupart des raisons qu'elles donnent sont également pertinentes pour la France :

- Tout d'abord, **les structures sont inégalement réparties sur le territoire français et en nombre insuffisant.**¹¹ Ainsi, en Normandie, il n'existe qu'un seul centre hospitalier réalisant la phase initiale de la RR en hospitalisation complète et seulement deux en ambulatoire. A l'inverse, la région Centre compte dix centres hospitaliers pour l'hospitalisation complète et huit en ambulatoire.
- **Ensuite, la prise en charge de la RR par l'Assurance maladie est très incomplète.** Par exemple, le ré-entraînement à l'exercice sur machine est une des pièces maîtresse de la RR d'un patient atteint d'une affection respiratoire chronique, or cet acte médical (qui comporte notamment la mesure de la VO₂), s'il est inscrit à la nomenclature des actes, n'est malheureusement pas tarifé malgré un avis très favorable de la HAS en 2007. La prise en charge de la RR ne couvre pas les différentes modalités de la phase initiale. En effet le remboursement n'est possible que si la phase initiale a lieu au sein d'une structure SSR (soins de suite et de réadaptation) en hospitalisation complète ou en hôpital de jour ou dans un réseau (soins à domicile ou au cabinet de kinésithérapie).¹² En sont donc exclues les initiations de RR réalisées en ambulatoire dans d'autres établissements de santé que les SSR ainsi que les prises en charge réalisées hors réseau labellisé. D'autre part, le remboursement des activités physiques adaptées (APA) dans le suivi de la RR n'est prévu que pour les patients pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie pour une affection de longue durée (ici, les insuffisances respiratoires chroniques graves), depuis peu (décret du 1er mars 2017) et sur prescription médicale. Cependant la mise en place des APA dépend essentiellement des initiatives municipales (elles ne sont disponibles que dans une quinzaine de villes françaises, comme Strasbourg ou Biarritz), régionales (Bourgogne Franche-Comté) ou mutualistes. Par ailleurs, depuis juillet 2018, il existe un nouvel acte appelé « réentraînement à l'effort et éducation à la santé ». La création de cet acte de kinésithérapie devrait permettre de diversifier les initiatives organisationnelles de réhabilitation. Cependant il est assorti d'un cahier des charges non négligeable pour un kinésithérapeute (formation, matériel, bilan, etc...) ce qui pourrait s'avérer être un frein.
- Une troisième raison est la méconnaissance de la réhabilitation respiratoire par les professionnels de santé, les patients et les autorités de santé. Une conséquence de cette méconnaissance est un scepticisme accru des patients vis-à-vis de l'intérêt de cette démarche ainsi que d'un découragement. A cela, il faut ajouter le nombre insuffisant de personnels formés.
- Enfin, les soins primaires sont souvent peu organisés et les relations ville/hôpital souvent mal articulées.¹³

LES INITIATIVES LOCALES ENCOURAGEANTES ET EN DÉVELOPPEMENT

Plusieurs structures peuvent organiser la formation des personnels requis et l'accessibilité des programmes proposés : mouvements sportifs locaux, réseaux sport santé bien-être, associations de patients, réseaux de santé, organismes des professions de santé.

Plusieurs partenaires locaux peuvent être mobilisés pour en assurer le financement, avec l'aide des ARS (agences régionales de santé) et des DRDJSCS (Directions régionales et départementales de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale).

Plus d'une soixantaine de projets ont déjà été lancés. Dès 2012, la ville de Strasbourg mettait en place un dispositif dont le médecin traitant est le point d'entrée. Le patient est ensuite évalué par les professionnels de sport de l'équipe municipale, qui lui propose deux séances hebdomadaires d'activité physique et l'emprunt de vélos. Les prestations sont gratuites la première année puis calculées en fonction du quotient familial. À Boulogne-sur-Mer, le dispositif est très proche, la gratuité de la première année étant assurée par une subvention municipale (et dans une moindre mesure, une mutuelle). La Bourgogne Franche-Comté a mis en place un PASS (Parcours d'accompagnement sportif pour la santé) qui propose des activités variées sur prescription médicale. Là aussi, les bénéficiaires bénéficient de la gratuité pendant un an.

Comme l'explique le Dr Alexandre Feltz, adjoint au Maire en charge de la santé à la ville de Strasbourg¹⁴, le succès du dispositif repose sur plusieurs piliers : l'engagement des médecins traitants, grâce à « un modèle organisé, lisible et opérationnel », un système « organisé et régulé » par une structure professionnelle (municipale, associative ou autre) et un financement, qui n'assure pas obligatoirement la gratuité pour les patients au-delà de leur première année d'engagement.

RÉFÉRENCES

1. Sandrine Stellanides. Réhabilitation respiratoire. La Revue du Praticien Médecine Générale, juin 2017. 31 ; n°984, 516-7.
2. Raheison C, Ouaalaya E, Bernady A, Casteigt J, Nocent-Eijnani C, Falque L, Le Guillou F, Nguyen L, Ozier A and Moli-
mard M, Comorbidities and COPD severity in a clinic-based cohort, BMC Pulmonary Medicine, 2018
3. Comprendre la BPCO. Ameli.fr pour les assurés. 8 juin 2017. <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/bpco/comprendre-bpco>
4. McCarthy B, Casey D, Devane D, Murphy K, Murphy E, Lacasse Y. Pulmonary rehabili-
tation for chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database Syst Rev 2015; (2):CD003793.
5. Spruit MA, Singh SJ, Garvey C, et al; ATS/ERS Task Force on Pulmonary Rehabilitation. An official American Thoracic
Society/European Respiratory Society statement: key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. Am J
Respir Crit Care Med 2013;188:e13-64.
6. HCAAM. Contribution à la transformation du système de santé. Rapport. Avril 2018
7. TL Griffiths et al. Cost effectiveness of an outpatient multidisciplinary pulmonary rehabilitation programme. Thorax
2001;56:779-784
8. D. Romain et al. Coût des hospitalisations dues à une exacerbation de patients BPCO réhabilités à domicile. Revue des
Maladies Respiratoires (2011) 28, 864—872
9. HAS. Comment mettre en œuvre la réhabilitation respiratoire pour les patients ayant une bronchopneumopathie chro-
nique obstructive ? Points clés & Solutions. Organisation des parcours. Mai 2014.
10. Vogiatzis I, Rochester CL, Spruit MA, Trooster ST, Clini EM; American Thoracic Society/Euro-
pean Respiratory Society Task Force on Policy in Pulmonary Rehabilitation. Increasing implementation and delivery of pulmonary reha-
bilitation: key messages from the new ATS/ERS policy statement. Eur Respir J 2016;47:1336-41
11. Carolyn Rochester et al. An Official American Thoracic Society/European Respiratory Society Policy Statement:
Enhancing Implementation, Use, and Delivery of Pulmonary Rehabilitation. Am J Respir Crit Care Med Vol 192, Iss 11,
pp 1373-1386, Dec 1, 2015
12. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/synthese_reentrainement_a_lexercice_sur_machine.pdf
13. HAS. Réentraînement à l'exercice sur machine d'un patient atteint d'une pathologie respiratoire chronique. Service
évaluation des actes professionnels. Avril 2007.
14. Jacques Bigot, Benjamin Larras, Corinne Praznocy. Sport santé sur ordonnance. Contexte et exemples de mise en
œuvre. ONAPS - Strasbourg.EU - Sport santé. Octobre 2017.

LA RÉHABILITATION RESPIRATOIRE : COMMENT PENSER L'AVENIR ?

OBJECTIFS & PROPOSITIONS : NOS PISTES DE REFLEXION

Le fil rouge de chaque objectif est de sortir le patient souffrant de maladie respiratoire chronique de l'isolement et de la solitude.

OBJECTIF : ENCOURAGER LA PRESCRIPTION DE LA RR PAR LES MEDECINS GENERALISTES ET LES PNEUMOLOGUES

- **Proposition 1** : Améliorer et mieux diffuser l'information sur la réhabilitation respiratoire grâce à une cartographie des centres RR auprès du personnel de santé et des patients

OBJECTIF : PERMETTRE L'EGAL ACCES A TOUS DE LA RR SUR LE TERRITOIRE

- **Proposition 2** : Améliorer l'organisation et augmenter le nombre des centres de réadaptation de proximité et leur capacité d'accueil
- **Proposition 3** : Permettre des procédures plus flexibles du parcours de soins, type télé-réhabilitation avec accès à des outils connectés (carnet du patient avec podomètre, oxymètre de pouls,...)
- **Proposition 4** : Apporter des solutions concrètes pour faciliter le programme de RR du patient sur son territoire de santé au quotidien : prise en charge financière du transport ou covoiturage

OBJECTIF : FAVORISER LE MAINTIEN DES ACQUIS POST RR

- **Proposition 5** : Mettre en place une formation diplômante adaptée au coaching efforts physiques pour le maintien des acquis post-RR
- **Proposition 6** : Aider les associations de patients à développer des initiatives d'activités physiques de proximité

TABLE RONDE ORGANISÉE AVEC LE SOUTIEN INSTITUTIONNEL DE BOEHRINGER INGELHEIM

Charte de collaboration entre les partenaires et Boehringer Ingelheim

Le partenariat avec Boehringer Ingelheim autour du projet de table ronde répond à plusieurs principes et engagements du laboratoire présentés ci-dessous :

- **Complète indépendance des partenaires** dans la définition du sujet, de l'agenda, du contenu et des propositions de la table ronde
- **Partir des besoins des patients et professionnels de santé** : Boehringer Ingelheim se fonde sur les objectifs et priorités des représentants des patients et professionnels de santé pour soutenir des projets qui répondent avant tout aux besoins des patients, de leurs familles et aidants et à l'intérêt commun, partagé par une pluralité d'acteurs de santé.
- **Travailler avec les patients sur les problématiques rencontrées face à leur pathologie et dans le système de soins** : Boehringer Ingelheim accompagne les associations et professionnels de santé dans leurs missions de santé publique et soutient des projets qui, en étroite coopération avec les représentants des patients et professionnels de santé, répondent aux priorités de recherche, de santé, et aux défis que rencontrent les patients dans le système de santé, en particulier l'amélioration du parcours de soins et de vie.
- **Transparence** : Dans le cadre d'un partenariat, les partenaires et Boehringer Ingelheim s'engagent mutuellement à rendre publics leurs soutiens sur les documents et sites internet relatifs aux projets co-développés, ainsi que sur les sites publics des autorités (Base Transparence santé du Ministère de la Santé). Le nom du soutien institutionnel devra être mentionné dans le document de propositions et lors de la tenue de la table ronde.

Rôle des différents acteurs

Le laboratoire n'a qu'un rôle de catalyseur et de soutien financier institutionnel. Il a assuré les ressources nécessaires à la préparation et réalisation de la table ronde. Il n'a pas participé au comité de pilotage, n'est pas intervenu dans le contenu de la table ronde, l'élaboration des propositions et la rédaction du Manifeste.

Les partenaires membres du comité de pilotage ont fixé l'agenda, les intervenants et le contenu de la table ronde, et défini les propositions, sans lien avec les positions du laboratoire.

Aucune contrepartie n'a été demandée aux partenaires.

Modalités de réalisation et contenu du livrable

Plusieurs réunions de travail ont rassemblé dans un comité de pilotage les partenaires à l'exception du laboratoire. Sur la base des principes de collaboration ci-dessus, le choix de la thématique de la table ronde a été entièrement défini et validé par les partenaires membres du comité de pilotage.

Les membres du comité de pilotage ont délibéré en toute indépendance et validé le contenu de la table ronde et du Manifeste. Ce document issu de la table ronde est un projet indépendant des partenaires, libre de droits.

