

DES ETATS GENERAUX DE LA NAISSANCE A LA PLATE-FORME PERINATALITE

Depuis les années 1970, les plans périnatalité se sont succédé en France et ont permis de faire diminuer de manière notable la mortalité et la morbidité fœtales et maternelles. Ces dernières années en particulier, un effort important a été accompli sur les transferts *in utero* de manière à ce que les bébés prématurés ou de faible poids naissent dans les établissements dotés de tous les moyens médicaux et techniques appropriés (réanimation néonatale, néonatalogie).

Cependant, malgré d'indéniables progrès, la situation générale est loin d'être satisfaisante : les études épidémiologiques révèlent des performances très moyennes voire médiocres au regard de ce qui s'observe dans un certain nombre de pays développés. Les professionnels se sentent malmenés, peu reconnus et soumis à des contraintes de plus en plus pesantes ; les usagers ont le sentiment de n'avoir guère de prise sur ce qui leur arrive dans leur rencontre avec le monde médical et de ne pas toujours être respectés dans leurs choix.

Pour tenter de sortir de cette situation difficile, le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) a organisé en 2003 les premiers États Généraux de la Naissance. Les usagers ont été conviés à cet événement ; bien que la place qui leur était laissée dans le programme était relativement limitée, leur participation a été marquante à plus d'un titre : tout d'abord, elle a révélé aux professionnels des usagers informés, capables d'entrer dans un débat raisonné, et défendant un point de vue spécifique avec des arguments qui ne pouvaient être balayés du revers de la main. Ensuite, c'est à cette occasion que le Collectif Interassociatif Autour de la Naissance (CIANE) a été formé. Ce collectif a bénéficié d'une triple expertise qui permet de rendre compte de son développement spectaculaire : il a pu s'appuyer sur l'expérience de personnes ayant contribué à d'autres collectifs, tout particulièrement le CISS ; par ailleurs, il s'est nourri de tout le travail accompli précédemment par une myriade d'associations œuvrant dans le domaine de la périnatalité ; enfin, il a bénéficié aussi à plusieurs titres de l'expérience accumulée au sein de collectifs électroniques, constitués autour de listes de discussion : l'utilisation des technologies de l'information et de la communication a été un élément déterminant dans la constitution et la pérennisation du CIANE.

LE CIANE AUJOURD'HUI

Aujourd'hui, le CIANE compte 137 associations (qui représentent plus de 150 000 adhérents). Il contribue activement à la transformation de la périnatalité, notamment au travers de la participation de ses représentants aux principales instances de réflexion et de décision en la matière : en trois années de participation, le CIANE a fait la preuve du sérieux et des compétences de ses représentants et démontré sa réelle volonté d'entrer dans un dialogue constructif avec les autres acteurs de la périnatalité ; tout ceci lui vaut d'être sollicité sur la quasi-totalité des dossiers qui concernent la périnatalité.

Tandis que les associations affiliées au CIANE s'efforcent d'améliorer les conditions de la périnatalité à l'échelle locale (information/soutien aux futurs parents, participation aux Commissions régionales de la naissance ou aux réseaux de périnatalité), nationale

(interpellation des médias, participation aux commissions nationales) ou internationale¹, les membres des groupes de travail du CIANE se sont fortement investis en tant que représentants des usagers dans les commissions ministérielles qui traitent entre autres choses de la mise en place de nouvelles formes d'organisations des soins, et du renouvellement des outils d'information et de communication (carnet de naissance, dossier médical partagé etc.). Ils sont aussi très présents dans les commissions de la Haute autorité de santé (HAS) qui travaillent à l'élaboration de recommandations de bonnes pratiques en obstétrique et en pédiatrie. Parmi les Recommandations de pratique clinique en cours de rédaction, citons :

- Évaluation des stratégies de dépistage des trisomies (demandes de la DGS, CNAMTS, du CNGOF et du CIANE) ;
- Suivi de la grossesse et orientation des femmes enceintes en fonction de l'identification des situations à risque (demande du CNGOF) ;
- Évaluation des risques et codification des pratiques du déclenchement artificiel de l'accouchement (demande du CIANE) ;
- Évaluation des risques et codification de la pratique de l'expression abdominale (demande du CIANE).

Le travail dans des structures au départ exclusivement professionnelles, mais ouvertes maintenant aux représentants des usagers, n'est pas toujours simple. Il faut pour cela saisir les mécanismes de fonctionnement de ces instances, la rationalité des professionnels engagés dans ces lieux de réflexion, et les buts et objectifs poursuivis. Il faut aussi trouver et affirmer son rôle de représentants des usagers, considérés de prime abord comme des profanes dans le sanctuaire professionnel. Cela nécessite une bonne capacité d'adaptation (et de diplomatie !) et un investissement en temps non négligeable sur des dossiers parfois très techniques, de façon à avoir une compréhension approfondie et globale tout en demeurant ferme sur les axes prioritaires du CIANE. Les réseaux de périnatalité, les Commissions régionales de la naissance (CRN), ou les groupes de travail de la HAS, sont des lieux stratégiques car s'y élaborent bon nombre des décisions sur la périnatalité au niveau local et national. C'est donc un cadre satisfaisant dans la mesure où l'on peut toucher du doigt les progrès concrets auxquels des représentants des usagers ont participé.

Encore trop peu de ces instances suivent la réglementation qui leur demande d'intégrer des usagers. Peut-être aussi les membres des associations se sentent-ils démunis pour aborder ces nouveaux lieux de travail. Toutefois, les expériences auxquelles les CIANE a déjà été associé sont réellement porteuses d'espoir quant à une vraie évolution de la collaboration professionnels/usagers. La mise en présence de points de vue et d'angles d'analyse différents, lorsqu'elle est le fait de personnes de bonne volonté, déterminées à trouver des points d'ancrage communs dans la complémentarité, permet d'amorcer une réflexion approfondie sur les pratiques et leurs évolutions.

Bien que les progrès dans la prise en compte du point de vue des patients soient réels, la participation du CIANE à ces différentes instances s'accompagne aussi d'un sentiment de frustration : sur certains dossiers, l'écart entre les positions défendues par les usagers et celles des professionnels est tel qu'aucun compromis satisfaisant ne semble possible à court terme. Seules des décisions politiques paraissent susceptibles de lever les blocages

¹ En Europe, *Active Citizenship Network* (ACN), et à l'échelle mondiale *International MotherBaby Childbirth Organization* (IMBCO).

existants, ce qui suppose de la part du CIANE un travail d'élaboration de propositions argumentées qui puissent faire avancer ces dossiers.

L'organisation, par le CIANE, des Etats Généraux de la Naissance en septembre 2006 a été l'occasion de documenter et de discuter un certain nombre de thèmes d'intérêt majeur dans le domaine de la périnatalité. C'est à partir de ce matériau qu'a été rédigée la plate-forme dont le contenu sera détaillé dans la suite.

LES ETATS GENERAUX 2006

Les Etats Généraux de la Naissance ont rassemblé plus de 400 personnes, dont la moitié de professionnels de la périnatalité. Cette manifestation présentait un certain nombre de caractéristiques originales par rapport à l'édition 2003 des EGN, et plus généralement par rapport aux événements de ce type organisés jusqu'à présent. Il s'est agi de traduire les impératifs de la démocratie sanitaire en actes et d'ouvrir l'espace des débats le plus largement possible. Pour cela, les organisateurs avaient mis en place sur le site Internet des dispositifs interactifs permettant à tous de réagir et d'influer sur l'organisation : résumé du thème, listes ouvertes d'intervenants, documents et liens en « ressources », forum ouvert à tout public, adresse de contact, etc.

Les ateliers thématiques ont eux-mêmes été conçus dans cette dynamique interactive : autrement dit, la liste des problèmes à discuter et la manière dont ils allaient être discutés n'ont pas été fixées et figées une fois pour toutes par un comité restreint mais ont intégré les propositions d'une plus large communauté de personnes concernées. Ces ateliers comprenaient une première partie d'interventions courtes, synthétisant les documents mis à disposition, et une seconde partie de discussion générale qui devait déboucher sur des propositions concrètes.

En parallèle, une série de forums ouverts (*Open Space*) ont permis de faire émerger des problématiques nouvelles dans un contexte de libre expression. Parmi celles-ci, la prise de conscience d'une demande croissante d'accompagnement des accouchements à domicile, et la création d'un groupe de soutien informel entre parents ayant fait ce choix.

Le dispositif interactif est resté en place sur le site des EGN 2006 qui s'est transformé en archive ouverte² mettant à la disposition du public les enregistrements et transcriptions des 20 ateliers thématiques. Les débats se sont poursuivis en toute transparence sur une liste de discussion à archive publique³, tandis qu'une équipe du CIANE, en relation avec des associations et des représentants d'organismes professionnels, rédigeait une première liste de propositions présentée officiellement le 9 décembre 2006⁴.

LA PLATE-FORME PERINATALITE 2007

(Voir le texte intégral : <http://www.ciane.info/article-4823254.html>)

² <http://quellenaissancedemain.info>

³ <http://fr.groups.yahoo.com/group/egn2006/>

⁴ Dans le cadre de la 2^e Journée information-prévention à l'Hôpital Tenon à Paris, voir <http://www.ciane.info/article-4670455.html>

La **Plate-forme Périnatalité 2007** du CIANE a été soumise début 2007 aux principaux candidats à l'élection présidentielle. Les militants associatifs s'efforcent à présent de la faire remonter dans l'agenda politique des candidats. En février 2007, elle bénéficiait déjà du soutien de plusieurs organismes professionnels :

- Conseil national des sages-femmes (CNSF)
- Association nationale des sages-femmes libérales (ANSFL)
- Collectif associatif et syndical des sages-femmes (CASSF)
- Fédération Nationale des ASSociations d'INformation et formation COntinue des PRaticiennes de l'OBstétrique (ASINCOPROB)

Texte de la plate-forme

Plate-forme de propositions

1) La diversification de l'offre de soins par la création de *filières physiologiques* comme elles existent chez nos voisins :

- par la création d'une filière sous la gouvernance des sages-femmes, sur le principe : « **une femme/une sage-femme** », incluant les **maisons de naissance** et l'**accouchement à domicile** ;
- par l'augmentation du **numerus clausus** des sages-femmes, une meilleure rétribution et l'amélioration de leurs **conditions de travail** ;
- par une véritable reconnaissance de la **filière sage-femme** dans le **cursus universitaire**, avec un accès aux **métiers de la recherche** et une formation en sciences humaines ;
- par la mise en place de programmes de **préparation à la naissance** et d'**accompagnement à l'allaitement maternel** adaptés aux demandes d'accompagnement physiologique ;
- par une approche de la naissance plus respectueuse de son caractère naturel et **physiologique** ;
- par une meilleure prise en compte (tant sociétale que médicale) de la **dimension psychique** de cet événement.

2) *L'institution de pratiques* davantage respectueuses des parents, des nouveau-nés et plus généralement de la famille :

- par la mise en place effective d'un **référentiel national** fondé sur les données probantes de la **médecine factuelle**, des recommandations de **pratique clinique** et des recommandations internationales ;
- par l'inclusion de clauses reconnaissant les **compétences**, les **droits** des parents ;
- par une systématisation de l'approche **responsabilisante** et concertée des **projets de naissance** ;
- par la prise en compte dans la politique de financement de dimensions telles que **l'accompagnement à la parentalité** et le **suivi post-partum** du couple mère-enfant par des professionnels de santé, ce qui implique une mise à plat du système de tarification existant.

3) L'accès à une *information transparente* sur les établissements, pratiques et réseaux de soins :

- par la création des **indicateurs d'activité** et de **résultats** par services et établissements correspondant aux attentes des usagers ;
- par la mise en place d'un **label de qualité**, basé sur ces indicateurs, privilégiant **l'offre de soins** ;⁵
- par la structuration du **système d'information de santé** au travers d'un **portail national** et prenant en compte les spécificités de la périnatalité.⁶

Cette plate-forme s'articule autour de trois grands thèmes : la diversification de l'offre, l'institution de pratiques respectueuses, et la question de l'information.

POURQUOI EST-IL URGENT DE DIVERSIFIER L'OFFRE ?

Les organisateurs des EGN sont partis d'un constat très largement partagé, à savoir le développement fulgurant, ces vingt ou trente dernières années, d'une certaine forme de médicalisation, particulièrement envahissante. Cette médicalisation s'étend à tout le processus de la maternité : multiplication des examens en routine durant la grossesse, travail « dirigé » à l'aide d'hormones de synthèse, monitoring du rythme cardiaque fœtal en continu durant l'accouchement, gestes invasifs pratiqués dès la naissance, augmentation continue du pourcentage de césariennes qui avoisine les 20%, persistance de l'épisiotomie (plus de 70% pour un premier bébé en 1998).

Ces pratiques médicales – dont l'efficacité n'est pas toujours établie par la littérature internationale, bien au contraire – peuvent induire des effets iatrogènes graves, trop souvent ignorés. Elles ont aussi des effets sur les femmes, les enfants⁷ et les familles : trop de femmes sortent physiquement et psychologiquement meurtries de leur accouchement – l'épisiotomie est le prototype du geste encore largement utilisé alors que les experts internationaux et français ont reconnu son inefficacité et sa nocivité en utilisation systématique⁸, et qui a des conséquences importantes, parfois dramatiques, sur le bien-être de la mère pendant des semaines voire des mois après la naissance⁹.

Un certain nombre d'ateliers thématiques des EGN, par exemple sur le déclenchement¹⁰, sur la prise en charge de la périnatalité¹¹, ont permis d'aller plus loin dans la description et

⁵ Voir notamment le projet de label « *Naissance Respectée* » proposé par le CIANE comme variante du label international *Mother-Baby Friendly*, <http://www.ciane.info/categorie-482994.html>

⁶ Voir le rapport du groupe de travail « *Systèmes d'information de santé* », <http://www.ciane.info/article-5114264.html>

⁷ Mis en évidence par des études épidémiologiques référencées dans la « *Banque de données en santé primale* », voir <http://www.birthworks.org/primalhealth/>

⁸ Recommandations pour la pratique clinique (CNGOF) « *Épisiotomie* », voir http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/rpc_episio2005.pdf

⁹ Voir le site <http://episiotomie.info>

¹⁰ transcription de ce débat : <http://www.quellenaisancedemain.info/images/stories/transcriptions/11-declenchement.pdf>

l'analyse de ces pratiques et leurs conséquences. On a pu voir aussi dans d'autres ateliers qu'il y avait une sorte d'engrenage fatal inscrit dans les protocoles alors même qu'il n'existe pas de justification scientifique à ces protocoles : on continue par exemple à préconiser de façon massive la césarienne après un premier accouchement par césarienne ou en cas de présentation par le siège¹², alors que des études montrent clairement qu'avec un suivi attentif, il serait possible dans un nombre important de cas, de rester dans le cadre de l'accouchement par voie basse. Le fait que « la césarienne appelle la césarienne » conduit à une inflation constante des pratiques interventionniste.

Cette évolution est renforcée du fait qu'il existe un couplage très difficile à démonter entre organisation des soins et pratiques. Depuis quinze ans on va vers une concentration des naissances dans un nombre restreint d'établissements, ce qui implique une organisation de plus en plus rigide et « industrielle » des soins : alors que, pour en revenir à l'exemple précédent, la prévention de la césarienne supposerait une disponibilité accrue des sages-femmes ou des médecins, la gestion de gros établissements tend à l'inverse à segmenter encore davantage le travail des intervenants qui doivent partager leur temps entre de nombreuses parturientes. Ce mouvement de concentration est massif : on est passé de 815 maternités en 1997 à 653 en 2002 et 611 en 2004, et le mouvement n'est pas arrivé son terme dans l'esprit des administrateurs de la santé. Les maternités ont été fermées au motif que leur petite taille ne permettait pas d'assurer la sécurité des naissances. Aujourd'hui ce mouvement, qui rend difficile de garantir proximité et continuité des soins pour des personnes en milieu rural, se poursuit pour des raisons ouvertement économiques. Partie prenante des dispositifs censés permettre la maîtrise des dépenses de santé, la tarification à l'acte – à laquelle était consacrée un atelier¹³ – est de l'avis même des professionnels un système pervers qui permet de voir très précisément comment s'articulent pratiques et organisations des soins : pour assurer leur rentabilité et donc échapper à la fermeture, les maternités de niveau I, qui reçoivent les naissances sans complication, ont intérêt à « faire des gestes », donc à médicaliser des accouchements parfaitement normaux, et en conséquence à prendre le risque d'une iatrogénicité accrue, sans même parler de la déontologie médicale ni des effets sur les familles.

Dernier constat : le choix pour les parents qui, dans les autres pays européens, s'est ouvert vers les maisons de naissance, l'accouchement à domicile, est cadencé par les modes de rémunération des professionnels et des établissements... alors même que cette diversité de pratiques pourrait être un élément contribuant à la réduction des dépenses de santé.

Devant l'accumulation de ces blocages qui, de l'intérieur du système, contribuent à promouvoir une obstétrique toujours plus interventionniste, les Etats Généraux de la Naissance ont permis de dégager une stratégie claire pour le changement : celui-ci ne pourra pas se faire, à court ni à moyen terme, en partant de ce qui existe aujourd'hui, et qui est toujours plus homogène ; il faut urgemment œuvrer pour le développement de nouvelles filières de soin qui soient d'emblée assises sur une conception physiologique de la naissance. Pour le CIANE, il est incompréhensible et inacceptable que ce qui avait été mis

¹¹ transcription de ce débat et des propositions auxquelles il a donné lieu : http://www.quellenaissancedemain.info/archives/enregistrements/atelier_10.html

¹² voir ateliers sur ces thèmes : http://www.quellenaissancedemain.info/archives/enregistrements/atelier_12.html

¹³ voir : http://www.quellenaissancedemain.info/archives/enregistrements/atelier_1.html

en route il y a bientôt dix ans sur le chapitre des Maisons de Naissance soit toujours à l'état d'éventuel futur projet, alors même que les exemples internationaux abondent pour valider l'intérêt médical et économique de cette approche et souligner la satisfaction qu'elle procure aux parents.

Les revendications qui sont exprimées dans cette première partie de la plate-forme sont très directement issues du travail mené lors de deux ateliers tenus aux EGN, le premier consacré aux Maisons de Naissance¹⁴ et le second aux Stratégies efficaces pour le changement en périnatalité¹⁵. Comme on peut le voir, elles s'articulent autour de deux grands thèmes qui manifestent bien l'interrelation entre organisation des soins et pratiques : d'une part, il est fondamental de réaffirmer les principes qui doivent guider l'élaboration de ces filières nouvelles – respect de la physiologie, respect des parents, prise en compte de la dimension globale de l'événement naissance – ; d'autre part, ces principes pour être mis en œuvre doivent s'inscrire dans une organisation qui repose sur le couplage « une femme / une sage-femme », ce qui suppose de rendre aux sages-femmes la plénitude de l'exercice à laquelle elles peuvent prétendre et de leur confier la responsabilité intégrale de ces filières, d'augmenter rapidement le nombre de sages-femmes, et de valoriser à la fois sur le plan intellectuel et sur le plan financier leur profession.

QU'EST-CE QUE D'AVOIR DES PRATIQUES PLUS RESPECTUEUSES DES PARENTS ET DES NOUVEAUX-NÉS ?

Les ateliers des EGN ont clairement montré deux choses importantes.

Tout d'abord, dans la pratique quotidienne, du fait de l'organisation des soins, les parents et les nouveaux-nés sont constamment soumis à des gestes, des paroles qui sont une négation du respect auquel ils ont légitimement droit¹⁶. Or, on le sait et d'autres ateliers¹⁷ ont amplement documenté ce point, ce manque de respect est destructeur car il soumet les uns et les autres à un stress, voire des souffrances, parfaitement inutiles, il nuit à la relation entre parents et enfants. Là encore l'engrenage est fatal car la place sans cesse accrue de la médecine dans ces processus a d'autres effets pervers : les parents se sentent peu sûrs d'eux, voire incompetents ; ils sont conduits à s'en remettre aux professionnels et perdent confiance dans leur capacité de mettre au monde leur enfant. L'établissement de la relation parents/enfants, déjà potentiellement perturbée par les séparations précoces en salle de naissance, en est handicapé.

¹⁴ voir http://www.quellenaissancedemain.info/archives/enregistrements/atelier_4.html

¹⁵ voir <http://www.quellenaissancedemain.info/images/stories/transcriptions/07-strategieefficaces.pdf>

¹⁶ voir par exemple, l'atelier sur les prises en charge de la périnatalité : http://www.quellenaissancedemain.info/archives/enregistrements/atelier_10.html

¹⁷ voir par exemple l'atelier « Influences à long terme des conditions de la naissance et de la vie in utero » : http://www.quellenaissancedemain.info/archives/enregistrements/atelier_14.html, l'atelier « Le regard du naissant, la première rencontre », http://www.quellenaissancedemain.info/ateliers/presentation_des_ateliers/le_regard.html, ainsi que l'atelier « Maternité, devenir parent et troubles psychiques », http://www.quellenaissancedemain.info/archives/enregistrements/atelier_13_-_maternite_devenir_parent....html

En second lieu, cette situation d'hyperprésence professionnelle contraste avec l'abandon qui caractérise le retour de la mère à son domicile, et le peu d'attention qui est portée à la dépression post-partum, qui toucherait plus de 10% des femmes, à la difficulté maternelle, ou aux traumatismes fréquents qui résultent des pratiques autour de l'accouchement¹⁸. Il serait temps de s'interroger sur l'importance de ces premiers jours de vie commune dans l'établissement du lien parents/enfants et la prévention de la maltraitance.

Enfin, le positionnement des professionnels du côté de l'omniscience et de l'omnipotence, qui se présente souvent comme une justification des atteintes au respect des parents et des enfants, a aussi pour effet que les parents tolèrent de moins en moins les échecs, et ce, d'autant que leurs demandes d'explication sont souvent accueillies par le silence, voire le mépris. En conséquence, la judiciarisation des relations soignants/soignés se développe et a des effets délétères tant sur le plan humain que sur le plan économique : le mouvement de protestation des obstétriciens de l'été 2006 en est un exemple flagrant.

L'institution de pratiques plus respectueuses des parents, des nouveaux-nés et des familles est donc une priorité pour le CIANE. Cela suppose, comme le décline la plate-forme, d'œuvrer sur plusieurs plans : donner des repères qui guident les pratiques – un référentiel ou un label peuvent permettre d'aller dans ce sens –, favoriser le développement d'outils comme le projet de naissance qui peut renforcer le dialogue entre parents et soignants et favoriser une responsabilisation et une reprise en main des parents sur ce qui leur arrive, repenser le système de tarification existant pour permettre que l'accompagnement à la périnatalité puisse se faire dans de meilleures conditions.

POURQUOI DEVELOPPER UN SYSTEME D'INFORMATION PLUS TRANSPARENT ?

La responsabilisation des parents passe aussi par la possibilité effective de faire un choix entre des établissements dont les pratiques sont clairement identifiées. Or, l'opacité est plutôt la règle en la matière, ce qui laisse la porte ouverte à des approches journalistiques qui ont leurs mérites mais aussi leurs limites en la matière.

En particulier, comme l'atelier sur la « satisfaction des usagers » l'a montré¹⁹, la réflexion sur les critères et les indicateurs qui permettent de rendre compte du point de vue des usagers reste encore largement à mener. Très souvent encore, ce point de vue est en fait construit par les professionnels ou les gestionnaires de la santé qui se considèrent en position de le définir à la place des usagers.

Par ailleurs, d'autres ateliers déjà mentionnés sur le déclenchement, sur l'accouchement après césarienne, ou la présentation par le siège, montrent bien que les pratiques ne sont pas toujours en accord avec les données de la science : agir de concert avec les professionnels pour une amélioration de ces pratiques supposent d'avoir accès à des descripteurs de ces pratiques et d'un certain nombre d'éléments qui permettent d'en comprendre les raisons, et du coup de mettre au point des stratégies de changement.

D'où l'importance pour les usagers que soit mis en place un système d'information à l'élaboration duquel ils puissent participer. Système d'information qui permettra aussi de

¹⁸ là encore, l'atelier sur les prises en charge de la périnatalité en fournit une analyse précise et argumentée.

¹⁹ Voir : <http://www.quellenaissancedemain.info/images/stories/transcriptions/05-satisfaction.pdf>

développer de façon fiable une labellisation des établissements qui rende compte d'une cohérence de la prise en charge dans les directions souhaitées par les usagers.

CONCLUSION

Le CIANE a la conviction qu'on ne pourra sortir de ces impasses qu'à la condition que le dialogue entre professionnels, décideurs et usagers se développe et permette d'élaborer des solutions acceptées par tous. La plate-forme qui vient d'être présentée doit être considérée comme un outil autour duquel ce dialogue doit se nouer : elle représente le complément indispensable aux interventions que les usagers sont amenés à faire dans les instances de concertation auxquelles ils participent, interventions qui ont souvent un aspect focalisé et localisé. Cette plate-forme a l'ambition d'être, pour les années à venir, un document cohérent et synthétique qui fixe les principaux caps à atteindre, une « feuille de route » en somme.