

***Argumentaire et propositions de la
Fédération française des masseurs-
kinésithérapeutes rééducateurs
(FFMKR) dans le cadre du projet de
loi portant réforme de l'hôpital et
relatif aux patients, à la santé et aux
territoires (n°290)***



Sommaire

Pour chaque article, vous trouverez les **propositions de la FFMKR** directement intégrées dans le corps du texte ET une proposition rédactionnelle afin de faciliter votre travail et celui de vos collaborateurs.

Article 14 : Principes d'organisation de l'offre de soins en niveaux de recours et définition de la médecine générale de premier recours.

1^{ère} proposition : Article 14 actuel intégrant les propositions de la FFMKR p3
Proposition rédactionnelle d'amendement p4

2^{nde} proposition : Article 14 actuel intégrant les propositions de la FFMKR p5
Proposition rédactionnelle d'amendement p6

Article 17 : Principe général de coopération entre professionnels de santé.

Article 17 actuel intégrant les propositions de la FFMKR p7
Proposition rédactionnelle d'amendement p8

Article 19 : Gestions des fonds du développement professionnel continu des professionnels de santé.

Article 19 actuel intégrant les propositions de la FFMKR p9
Proposition rédactionnelle d'amendement p10

Article 19 quater : Suppression des Conseils départementaux de l'ordre.

Article 19 quater actuel intégrant les propositions de la FFMKR p11
Proposition rédactionnelle d'amendement p12

Après l'article 19 sexies : Formation initiale et mode de recrutement des masseurs-kinésithérapeutes

Proposition rédactionnelle d'amendement à l'article additionnel après l'article 19 sexies p13

Après l'article 21 nonies : Adaptabilité des référentiels de bonnes pratiques

Proposition rédactionnelle d'amendement à l'article additionnel après l'article 21 nonies p14

Article 22 : Éducation thérapeutique et actions d'accompagnement du patient

Article 22 actuel intégrant les propositions de la FFMKR p15
Propositions rédactionnelles d'amendements (**2 propositions**) p16

Article 26 : Contractualisation avec les offreurs de services en santé

Article 26 actuel intégrant les propositions de la FFMKR p17
Propositions rédactionnelles d'amendements (**2 propositions**) p18

Article 27 : Représentation des professions de santé libérales

Article 27 actuel intégrant les propositions de la FFMKR p19
Propositions rédactionnelles d'amendements p20



Article 14 actuel intégrant les propositions de la FFMKR

TITRE II ACCÈS DE TOUS À DES SOINS DE QUALITÉ Article 14

I. - *Supprimé*.....

II. - Les articles L. 1411-11 à L. 1411-18 du code de la santé publique sont remplacés par les dispositions suivantes :

« CHAPITRE I^{ER} BIS « Organisation des soins

« Art. L. 1411-11. - L'accès à des soins de premier recours, ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, de qualité et de sécurité. Ils sont organisés par l'agence régionale de santé au niveau territorial défini à l'article L. 1434-14 et conformément au schéma régional d'organisation des soins prévu à l'article L. 1434-6. Ces soins comprennent :

« 1° La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;

« 2° La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;

« 3° L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;

« 4° L'éducation pour la santé.

« Les professionnels de santé, dont les médecins traitants cités à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, ainsi que les centres de santé concourent à l'offre de soins de premier recours, en collaboration et, le cas échéant, dans le cadre de coopérations organisées avec les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux.

« Art. L. 1411-12. - Les soins spécialisés de second recours, non couverts par l'offre de premier recours, sont organisés dans les mêmes conditions que celles prévues au premier alinéa de l'article L. 1411-11. »

III. - À l'article L. 1411-19 du même code, la référence : « du présent chapitre » est remplacée par les références : « des chapitres I^{er} et du présent chapitre ».

IV. - Au début du titre III du livre I^{er} de la quatrième partie du même code, il est inséré un chapitre préliminaire ainsi rédigé :

« CHAPITRE PRÉLIMINAIRE « Médecin généraliste de premier recours

« Art. L. 4130-1. - Les missions du médecin généraliste de premier recours sont notamment les suivantes :

« 1° Contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients, la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé. Cette mission peut s'exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux ;

« 2° Orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social ;

« 3° S'assurer que la coordination des soins nécessaire à ses patients est effective ;

« 4° Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient ;

« 5° Assurer la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ;

« 6° Contribuer aux actions de prévention et de dépistage ;

« 7° Participer à la permanence des soins dans des conditions fixées à l'article L. 6314-1 ;

« 8° (*nouveau*) Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d'études médicales. »

V – Après l'article L. 4321-21 du code de la santé publique, il est inséré un nouvel article L. 4321-22 ainsi rédigé :

Art. L. 4321-22. - Les missions du masseur-kinésithérapeute acteur de première intention dans la prévention sont notamment les suivantes :

« 1° Contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients, la prévention, le dépistage, le traitement et le suivi des pathologies relevant de sa compétence. Cette mission peut s'exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux ;

« 2° Synthétiser les informations qu'il transmet aux professionnels de santé dont le médecin traitant cité à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale ;

« 3° Participer aux actions d'éducation en santé.



Proposition rédactionnelle d'amendement

Article 14

Amendement présenté par

Sénateur

Projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la sante et aux territoires (n° 290)

« Compléter l'article 14 par un nouvel alinéa ainsi rédigé :

V – Après l'article L. 4321-21 du code de la santé publique, il est inséré un nouvel article

L. 4321-22 ainsi rédigé :

Art. L 4321-22. - Les missions du masseur-kinésithérapeute acteur de première intention dans la prévention sont notamment les suivantes :

« 1° Contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients, la prévention, le dépistage, le traitement et le suivi des pathologies relevant de sa compétence. ;

« 2° Synthétiser les informations qu'il transmet aux professionnels de santé dont le médecin traitant cité à l'article L 162-5-3 du code de la sécurité sociale ;

« 3° Contribuer aux actions d'éducation en santé ».

Exposé des motifs

La prévention est du domaine même des masseurs-kinésithérapeutes. En effet, cette mission est inscrite dans la convention nationale régissant les rapports entre les masseurs-kinésithérapeutes et les caisses d'assurance maladie. Cette mission est également inscrite dans décret d'actes et de compétences des masseurs-kinésithérapeutes.

Pourquoi ne pas profiter du texte qui nous est soumis pour renforcer le rôle des masseurs-kinésithérapeutes, acteurs essentiel en matière de prévention ?

On sait à quel point la prévention et l'éducation à la santé sont importantes. Tant le président de la République que la ministre de la santé insistent sur ce point précis.

Le parcours de santé vise une amélioration des soins puisqu'il favorise une meilleure coordination entre les différents intervenants de santé. Le médecin traitant désigné fait office de pivot et juge de l'intérêt ou non pour le patient de voir un spécialiste pour une pathologie donnée. Des exceptions au parcours de santé sont toutefois admises pour un accès direct à certains spécialistes tout en conservant un remboursement à taux plein de 70 %. Il en est ainsi pour les chirurgiens dentistes, les gynécologues et les ophtalmologues. Pourquoi pas dans les domaines de la prévention, du dépistage, du traitement et du suivi des pathologies et de l'éducation à la santé relevant de sa compétence, autoriser l'accès direct au masseur-kinésithérapeute, véritable acteur de santé et de prévention.

Cet accès direct qui existe déjà, n'est cependant pas soumis à remboursement. Autorisons donc légalement cet accès direct afin que les patients puissent se faire rembourser de leurs soins de prévention et d'éducation à la santé.

Que ce soit dans le domaine de la prévention primaire ou dans le domaine de la prévention secondaire, le masseur-kinésithérapeute est l'acteur indispensable et reconnu dans ces domaines. Alors, confirmons cela en l'inscrivant acteur de première intention dans le cadre de ce texte.

Les interventions des masseurs-kinésithérapeutes préviennent notamment les rachialgies et les troubles musculo squelettiques(TMS) permettant aux entreprises d'économiser des journées de travail et aux caisses, de réduire leurs dépenses. La prévention est donc bien un acte à part entière.

Si l'on regarde les derniers chiffres, la hausse des TMS se poursuit. En 2007 : Avec 42 900 cas reconnus et 34 280 cas indemnisés, les TMS demeurent la première cause de maladies professionnelles.

Toujours en 2007, les TMS ont été responsables de la perte de 7,5 millions de journées de travail et ont engendré 736 millions d'euros de dépenses pour l'Assurance maladie. (Source Assurance maladie).

Enfin, il apparait étonnant que le projet de loi présenté ici, oublie totalement les spécialistes de premiers recours autres que la médecine générale.



Article 14 actuel intégrant les propositions de la FFMKR

TITRE II ACCÈS DE TOUS À DES SOINS DE QUALITÉ Article 14

I. - *Supprimé*.....

II. - Les articles L. 1411-11 à L. 1411-18 du code de la santé publique sont remplacés par les dispositions suivantes :

« CHAPITRE I^{ER} BIS « Organisation des soins

« Art. L. 1411-11. - L'accès à des soins de premier recours, ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, de qualité et de sécurité. Ils sont organisés par l'agence régionale de santé au niveau territorial défini à l'article L. 1434-14 et conformément au schéma régional d'organisation des soins prévu à l'article L. 1434-6. Ces soins comprennent :

« 1° La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;

« 2° La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;

« 3° L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;

« 4° L'éducation pour la santé.

« Les professionnels de santé, dont les médecins traitants cités à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, ainsi que les centres de santé concourent à l'offre de soins de premier recours, en collaboration et, le cas échéant, dans le cadre de coopérations organisées avec les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux.

« Art. L. 1411-12. - Les soins spécialisés de second recours, non couverts par l'offre de premier recours, sont organisés dans les mêmes conditions que celles prévues au premier alinéa de l'article L. 1411-11. »

III. - À l'article L. 1411-19 du même code, la référence : « du présent chapitre » est remplacée par les références : « des chapitres I^{er} et du présent chapitre ».

IV. - Au début du titre III du livre I^{er} de la quatrième partie du même code, il est inséré un chapitre préliminaire ainsi rédigé :

« CHAPITRE PRÉLIMINAIRE « Médecin généraliste de premier recours

« Art. L. 4130-1. - Les missions du médecin généraliste de premier recours sont notamment les suivantes :

« 1° Contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients, la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé. Cette mission peut s'exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux ;

« 2° Orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social ;

« 3° S'assurer que la coordination des soins nécessaire à ses patients est effective ;

« 4° Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient ;

« 5° Assurer la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ;

« 6° Contribuer aux actions de prévention et de dépistage ;

« 7° Participer à la permanence des soins dans des conditions fixées à l'article L. 6314-1 ;

« 8° (*nouveau*) Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d'études médicales. »

L'article L.4321-1 du code de la santé publique est complété par un aliéna ainsi rédigé :
Lorsqu'ils agissent en matière de prévention, du dépistage, du traitement et du suivi des pathologies et de l'éducation à la santé relevant de sa compétence, les masseurs-kinésithérapeutes pratiquent leur art en première intention.

Proposition rédactionnelle d'amendement

Article 14

Amendement présenté par

Sénateur

**Projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires
(n° 290)**

« Compléter l'article 14 par un nouvel alinéa ainsi rédigé :

L'article L.4321-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsqu'ils agissent en matière de prévention, du dépistage, du traitement et du suivi des pathologies et de l'éducation à la santé relevant de sa compétence, les masseurs-kinésithérapeutes pratiquent leur art en première intention ».

Exposé des motifs

La prévention est du domaine même des masseurs-kinésithérapeutes. En effet, cette mission est inscrite dans la convention nationale régissant les rapports entre les masseurs-kinésithérapeutes et les caisses d'assurance maladie. Cette mission est également inscrite dans décret d'actes et de compétences des masseurs-kinésithérapeutes.

Pourquoi ne pas profiter du texte qui nous est soumis pour renforcer le rôle des masseurs-kinésithérapeutes, acteurs essentiels en matière de prévention ?

On sait à quel point la prévention et l'éducation à la santé sont importantes. Tant le président de la République que la ministre de la santé insistent sur ce point précis.

Le parcours de santé vise une amélioration des soins puisqu'il favorise une meilleure coordination entre les différents intervenants de santé. Le médecin traitant désigné fait office de pivot et juge de l'intérêt ou non pour le patient de voir un spécialiste pour une pathologie donnée. Des exceptions au parcours de santé sont toutefois admises pour un accès direct à certains spécialistes tout en conservant un remboursement à taux plein de 70 %. Il en est ainsi pour les chirurgiens dentistes, les gynécologues et les ophtalmologues. Pourquoi pas dans les domaines de la prévention, du dépistage, du traitement et du suivi des pathologies et de l'éducation à la santé relevant de sa compétence, autoriser l'accès direct au masseur-kinésithérapeute, véritable acteur de santé et de prévention.

Cet accès direct qui existe déjà, n'est cependant pas soumis à remboursement. Autorisons donc légalement cet accès direct afin que les patients puissent se faire rembourser de leurs soins de prévention et d'éducation à la santé.

Que ce soit dans le domaine de la prévention primaire ou dans le domaine de la prévention secondaire, le masseur-kinésithérapeute est l'acteur indispensable et reconnu dans ces domaines. Alors, confirmons cela en l'inscrivant acteur de première intention dans le cadre de ce texte.

Les interventions des masseurs-kinésithérapeutes préviennent notamment les rachialgies et les troubles musculo squelettiques (TMS) permettant aux entreprises d'économiser des journées de travail et aux caisses, de réduire leurs dépenses. La prévention est donc bien un acte à part entière.

Si l'on regarde les derniers chiffres, la hausse des TMS se poursuit. En 2007 : Avec 42 900 cas reconnus et 34 280 cas indemnisés, les TMS demeurent la première cause de maladies professionnelles.

Toujours en 2007, les TMS ont été responsables de la perte de 7,5 millions de journées de travail et ont engendré 736 millions d'euros de dépenses pour l'Assurance maladie. (Source Assurance maladie). Enfin, il apparaît étonnant que le projet de loi présenté ici, oublie totalement les spécialistes de premiers recours autres que la médecine générale.



Article 17 actuel intégrant les propositions de la FFMKR

I. - Au début de la quatrième partie du code de la santé publique, sont insérées les dispositions suivantes :

LIVRE PRÉLIMINAIRE

« DISPOSITIONS COMMUNES

« TITRE I^{ER}

« COOPÉRATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ

« CHAPITRE ~~unique~~ premier

« Art. L. 4011-1. - Par dérogation aux articles L. 1132-1, L. 4111-1, L. 4161-1, L. 4161-3, L. 4161-5, L. 4221-1, L. 4311-1, L. 4321-1, L. 4322-1, L. 4331-1, L. 4332-1, L. 4341-1, L. 4342-1, L. 4351-1, L. 4361-1, L. 4362-1, L. 4364-1 et L. 4371-1, les professionnels de santé peuvent s'engager dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient. Ils interviennent dans les limites de leurs connaissances et de leur expérience ainsi que dans le cadre des protocoles définis aux articles L. 4011-2 et L. 4011-3.

« Art. L. 4011-2. - Les professionnels de santé, à leur initiative, soumettent à l'agence régionale de santé des protocoles de coopération. L'agence soumet à la Haute Autorité de santé les protocoles qui répondent à un besoin de santé constaté au niveau régional et qu'elle a attestés.

« Ces protocoles précisent l'objet et la nature de la coopération, notamment les disciplines ou les pathologies, le lieu et le champ d'intervention des professionnels de santé concernés.

« Le directeur de l'agence régionale de santé autorise la mise en oeuvre de ces protocoles par arrêté pris après avis conforme de la Haute Autorité de santé.

« La Haute Autorité de santé peut étendre un protocole de coopération à tout le territoire national. Dans ce cas, le directeur de l'agence régionale de santé autorise la mise en oeuvre de ces protocoles par arrêté. Il informe la Haute Autorité de santé de sa décision.

« Art. L. 4011-3. - Les professionnels de santé qui s'engagent mutuellement à appliquer ces protocoles sont tenus de faire enregistrer, sans frais, leur demande d'adhésion auprès de l'agence régionale de santé.

« L'agence vérifie, dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la santé, que le demandeur dispose d'une garantie assurantielle portant sur le champ défini par le protocole et qu'il a fourni les éléments pertinents relatifs à son expérience acquise dans le domaine considéré et à sa formation. L'enregistrement de la demande vaut autorisation.

« Les professionnels s'engagent à procéder, pendant une durée de douze mois, au suivi de la mise en oeuvre du protocole selon des modalités fixées par arrêté du ministre chargé de la santé et à transmettre les informations relatives à ce suivi à l'agence régionale de santé et à la Haute Autorité de santé.

« L'agence régionale de santé peut décider de mettre fin à l'application d'un protocole, selon des modalités définies par arrêté. Elle en informe les professionnels de santé concernés et la Haute Autorité de santé. »

II. - L'article 131 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique est abrogé.

Chapitre second

« Art. L. 4011-4. – Les professionnels de santé exerçant en ville peuvent, au sein d'une équipe de soins et dans la limite de leurs compétences, s'impliquer dans des modes d'exercice coordonnés, dans le cadre de situations de santé justifiant de leur mise en oeuvre.

« Art. L. 4011-5. – Ces modes d'exercice en coopération inter professionnelle seront articulés autour d'un professionnel de santé pivot, exerçant en ville et choisi par le patient en accord avec son médecin traitant, défini à l'article L 162-5-3 du code la sécurité sociale.

« Art. L. 4011-6. – Ces coopérations seront encadrées de protocoles qui seront portées à la connaissance du directeur de l'agence régionale de santé par les professionnels de santé. »

Proposition rédactionnelle d'amendement

Article 17

Amendement présenté par

Sénateur

Projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (n° 290)

Après le chapitre premier il est inséré un chapitre second ainsi rédigé

Chapitre second

« Art. L. 4011-4. – Les professionnels de santé exerçant en ville peuvent, au sein d'une équipe de soins et dans la limite de leurs compétences, s'impliquer dans des modes d'exercice coordonnés, dans le cadre de situations de santé justifiant de leur mise en œuvre.

« Art. L. 4011-5. – Ces modes d'exercice en coopération inter professionnelle seront articulés autour d'un professionnel de santé pivot, exerçant en ville et choisi par le patient en accord avec son médecin traitant, défini à l'article L 162-5-3 du code la sécurité sociale.

« Art. L. 4011-6. – Ces coopérations seront encadrées de protocoles qui seront portées à la connaissance du directeur de l'agence régionale de santé par les professionnels de santé. »

Exposé des motifs :

La coopération entre professionnels de santé est un des principaux éléments d'amélioration de l'organisation des soins et de la qualité des prises en charges des patients.

La coopération entre professionnels de santé ne peut être réduite à des transferts ou des partages d'actes entre différentes catégories de professionnels.

La coopération interprofessionnelle doit pouvoir prendre la forme de modes d'organisation spécifiques à certaines situations de santé (notamment dans le cadre de certains retours à domicile après une hospitalisation, du maintien à domicile, de certains patients atteints de pathologies chroniques) justifiant un renforcement des échanges au sein d'une équipe de soins pluri professionnelle et la mise en place d'un professionnel de santé repère pour le patient.

L'introduction d'un chapitre II au Titre Premier « Coopération entre professionnels de santé a pour objet de favoriser de telles coopérations, formalisées par l'existence de protocoles.

Le chapitre II ainsi introduit doit viser l'ensemble des professionnels de santé au sens de la 4^{ème} partie du code de la santé publique, sans en exclure les pharmaciens.

Article 19 actuel intégrant les propositions de la FFMKR

Article 19

I A. - Le chapitre III du titre III du livre I^{er} de la quatrième partie du code de la santé publique est intitulé :
« Développement professionnel continu ».

I. - Les articles L. 4133-1 à L. 4133-7 du même code sont remplacés par les articles L. 4133-1 à L. 4133-4 ainsi rédigés :

« Art. L. 4133-1. - Le développement professionnel continu a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Il constitue une obligation pour les médecins.

« Art. L. 4133-2. - Un décret en Conseil d'État détermine les modalités selon lesquelles :

« 1° Les médecins satisfont à leur obligation de développement professionnel continu ainsi que les critères de qualité des actions qui leur sont proposées à ce titre ;

« 2° L'organisme gestionnaire du développement professionnel continu agréé les actions ou organismes intervenant dans ce champ.

« Art. L. 4133-3. - Les instances ordinales s'assurent du respect par les médecins de leur obligation de développement professionnel continu des médecins.

« Art. L. 4133-4. - Les employeurs publics et privés sont tenus de prendre les dispositions permettant aux médecins salariés de respecter leur obligation de développement professionnel continu dans les conditions fixées par le présent code. »

~~II. — Après le titre I^{er} du livre préliminaire de la quatrième partie du même code tel qu'il résulte de l'article 17, il est inséré un titre II ainsi rédigé :~~

~~« TITRE II~~

~~« GESTION DES FONDS DU DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU DES
PROFESSIONNELS DE SANTÉ~~

~~« CHAPITRE UNIQUE~~

~~« Art. L. 4021-1. — La gestion des sommes affectées au développement professionnel continu, y compris celles prévues le cas échéant par les conventions mentionnées aux articles L. 162-14-1, L. 162-16-1 et L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale, est assurée, pour l'ensemble des professions de santé, par l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu. Cet organisme est doté de la personnalité morale. Il est administré par un conseil de gestion.~~

~~« L'organisme gestionnaire du développement professionnel continu assure la gestion financière des actions de développement professionnel continu et est notamment chargé de déterminer les conditions d'indemnisation des professionnels de santé libéraux et des centres de santé conventionnés participant aux actions de développement professionnel continu.~~

~~« L'organisme gestionnaire du développement professionnel continu peut comporter des sections spécifiques à chaque profession.~~

~~« Les modalités d'application du présent article, notamment les règles de composition du conseil de gestion de l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu, les modalités de création de sections spécifiques et les règles d'affectation des ressources à ces sections, sont fixées par voie réglementaire. »~~

~~III. — A. — L'alinéa unique des 14° de l'article L. 162-5, 3° des articles L. 162-14 et L. 162-16-1, 2° des articles L. 162-12-2 et L. 162-12-9 et 7° de l'article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :~~

~~« Le montant de la contribution annuelle des caisses nationales d'assurance maladie au développement professionnel continu ; »~~

~~B. — Après le 7° de l'article L. 162-9 du même code, il est inséré un 8° ainsi rédigé :~~

~~« 8° Le montant de la contribution annuelle des caisses nationales d'assurance maladie au développement professionnel continu ; »~~

~~IV. — L'article L. 162-5-12 du code de la sécurité sociale est abrogé.~~

[...]

Proposition rédactionnelle d'amendement

Article 19

Amendement présenté par

Sénateur

Projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (n° 290)

Après l'alinéa 8 de l'article 19, supprimer les alinéas 9 à 18.

Exposé des motifs

Le financement de la formation des masseurs-kinésithérapeutes est inscrit dans la convention depuis 1994 et maintenu dans la nouvelle convention de mai 2007.

La FFMKR ne souhaite pas la mutualisation des sommes à destination de la formation continue et provenant de la convention signée avec l'Assurance maladie. En effet, il s'agit d'un avantage conventionnel défini au titre VI de l'arrêté du 10 mai 2007 portant approbation de la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes destinée à régir les rapports entre les masseurs-kinésithérapeutes et les caisses d'assurance maladie.

Cet avantage conventionnel permet entre autre de coller au plus juste et au plus près des demandes des masseurs-kinésithérapeutes sur le terrain qui connaissent parfaitement les formations qu'ils ont envie de suivre et ce, en fonction des pathologies qu'ils rencontrent sur leurs secteurs.

Il est hors de propos que ce financement prévu par la convention tombe dans un pot commun non exclusif. Chaque profession doit garder son financement et la gestion de ce dernier.

Par ailleurs, les masseurs-kinésithérapeutes cotisent au Fonds Interprofessionnel de formation des Professionnels Libéraux (FIF-PL). Les ressources proviennent donc de la profession et, il semble indispensable que la profession continue à gérer elle-même ces ressources et qu'elle puisse les utiliser comme bon lui semble dans le cadre des formations.

A contrario, les masseurs-kinésithérapeutes sont demandeurs d'un financement pour des formations interprofessionnelles.

Article 19 quater actuel intégrant les propositions de la FFMKR

Article 19 quater

[...]

IX. – L'article L. 4321-10 du même code est ainsi modifié :

1° Le 2° est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Le représentant de l'État dans la région ainsi que le parquet du tribunal de grande instance ont un droit d'accès permanent à ce tableau et peuvent en obtenir copie. » ;

2° Après le 2°, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« L'ordre national des masseurs-kinésithérapeutes a un droit d'accès aux listes nominatives des masseurs-kinésithérapeutes employés par les structures publiques et privées et peut en obtenir copie.

« Ces listes nominatives sont notamment utilisées pour procéder à l'inscription automatique des masseurs-kinésithérapeutes au tableau tenu par l'ordre. »

~~X. – L'article L. 4321-14 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :~~

~~« Les conseils départementaux sont institués lorsque la démographie de la profession est égale ou supérieure à 100 000 sur l'ensemble du territoire français. Lorsque la démographie de la profession est inférieure à 100 000, les dispositions du présent code relatives aux attributions des conseils départementaux sont applicables aux conseils régionaux et interrégionaux. »~~

XI. – L'article L. 4321-16 du même code est ainsi modifié :

1° L'avant-dernier alinéa est ainsi rédigé :

« Il valide et contrôle la gestion des conseils départementaux. Il reçoit de ces derniers leurs documents budgétaires et comptables. Le conseil national peut demander tout autre document qui lui semble nécessaire. Les modalités de cette validation et de ce contrôle sont fixées par des règlements de trésorerie élaborés par le conseil national et applicables à l'ensemble des instances ordinales. Les conseils doivent l'informer préalablement de la création et lui rendre compte de tous les organismes dépendant de ces conseils. » ;

[...]

Proposition rédactionnelle d'amendement

Article 19 quater

Amendement présenté par

Sénateur

Projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (n° 290)

Supprimer le X de l'article 19 quater

Exposé des motifs

Lors des débats sur le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires, un amendement de monsieur Yves BUR, député du Bas-Rhin a été adopté sans débat ou presque.

L'objet de cet amendement est ni plus ni moins la suppression des Conseils départementaux de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes (CDOMK). En effet, le député BUR a proposé d'instituer un seuil démographique pour la constitution des conseils départementaux au sein des ordres des professions paramédicales.

Le seuil a été fixé à 100000 professionnels. Il y a, selon les derniers chiffres, un peu plus de 64300 masseurs-kinésithérapeutes.

L'Assemblée nationale a estimé que « *les CDOMK ne sont pas toujours nécessaires et engendrent des frais de gestion excessifs* ».

La FFMKR est très attachée au principe de séparation des missions ordre / syndicat, s'étonne cependant d'une telle initiative.

La FFMKR elle-même organisée en syndicats départementaux connaît parfaitement l'utilité d'une présence aussi proche du terrain : proximité, rapidité d'intervention et connaissance approfondie des problèmes locaux.

Le niveau départemental du Conseil de l'ordre est lui aussi, le niveau le plus proche des masseurs-kinésithérapeutes sur le terrain.

Enfin, la mission de service public rendu par les CDOMK est en parfaite adéquation avec le maillage de terrain souhaité par le Gouvernement. A ce titre, vouloir supprimer l'échelon départemental apparaît inadapté.

Proposition rédactionnelle d'amendement

Article additionnel après l'article 19 sexies

Amendement présenté par

Sénateur

Projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (n° 290)

Après l'article 19 sexies, il est inséré un nouvel article ainsi rédigé :

Après l'article L. 4321-3 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 4321-3-1 ainsi rédigé

Article L. 4321-3-1 Le mode de recrutement uniforme des masseurs-kinésithérapeutes est basé exclusivement sur PCEM1 (L1 santé) et sera discuté avec l'ensemble des parties dès septembre 2009 pour une mise en place effective à la rentrée 2010-2011.

La formation initiale des masseurs-kinésithérapeutes est organisée exclusivement au sein des universités de médecine.

Un décret pris en conseil d'Etat fixera les modalités d'application.

Exposé des motifs

La formation actuelle des masseurs-kinésithérapeutes est spécifique. En effet, le mode de sélection majoritaire est expérimental depuis 20 ans. Ce fonctionnement dérogatoire fait suite aux Etats Généraux de la Santé de 1987 et est autorisé depuis 1989, par arrêtés individuels pour certains instituts de formation (IFMK).

L'année PCEM 1 (L1 santé) permet aux étudiants d'acquérir des savoirs fondamentaux scientifiques et d'y intégrer une partie de l'enseignement de première année. PCEM 1 concerne 21 IFMK sur les 34.

L'autre méthode de sélection est une sélection par concours d'entrée qui ne représente pas une sélection qualitative des étudiants et encore moins une sélection par orientation volontaire et ciblée. Ce mode de sélection concerne 13 IFMK.

Le coût pour un étudiant s'élève à 1745,57 € par PCEM1 (L1 santé) et 4 916,00 € par concours. Le système de formation actuel n'est donc pas très satisfaisant au regard du principe républicain d'égalité et, il devient crucial de rendre égalitaire les possibilités d'accès à la profession de masseurs-kinésithérapeutes.

Les masseurs-kinésithérapeutes, vu leurs spécificités, souhaitent que leur mode de sélection puisse suivre le schéma LMD conformément au processus de Bologne.

La réforme de la formation initiale des masseurs-kinésithérapeutes est une urgence et, l'intégration progressive dans le L1 santé doit figurer au sein de ce projet de loi.

Pourquoi pas dès aujourd'hui inscrire précisément dans la loi une date à savoir septembre 2009 ? Les groupes de travail et notamment celui de la réingénierie du diplôme devront rendre leur conclusions à cette époque, le calendrier sera donc parfaitement en phase.

Le projet de réforme de la formation initiale à savoir : égalité, harmonisation, lutte contre le gâchis étudiantins et passerelles devient urgent.

Enfin, Michelle Bressand a rendu, début avril, un rapport intitulé « Réflexion autour des partages de compétences entre professionnels de santé » dans lequel il est précisé « que tous les professionnels paramédicaux puissent avoir accès au niveau master » et donc, « une reconnaissance de leur diplôme initial au niveau licence académique ».

Proposition rédactionnelle d'amendement

Article additionnel après l'article 21 nonies

Amendement présenté par

Sénateur

Projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la sante et aux territoires (n° 290)

Après l'article 21 nonies, il est inséré un nouvel article ainsi rédigé :

I. – La troisième phrase du premier alinéa de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigée

« Lorsqu'il s'agit d'actes réalisés en série, les conditions de mise œuvre des soins par le professionnel de santé peuvent être déterminés sur le fondement d'un référentiel validé par la Haute Autorité de santé sur proposition de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie après avis des partenaires conventionnels. Au-delà des conditions définies par ce référentiel, le traitement peut être poursuivi conformément aux dispositions de l'article L.315-2 du même code »

Exposé des motifs

Il existerait des écarts importants entre les traitements proposés aux patients par les professionnels de santé pour le même diagnostic.

Il est donc proposé, pour les actes en série, de mettre à la disposition des professionnels de santé des référentiels validés par la Haute Autorité de santé, sur proposition de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie après avis des partenaires conventionnels, afin d'améliorer le recours aux soins et l'efficacité du système de santé.

La situation du patient sera au cœur du référentiel que devra suivre le prescripteur, le professionnel de santé réduisant le patient, en collaboration avec le service médical de l'assurance maladie.

Cette situation sera identique à ce qui se fait déjà lors des admissions en centres de rééducation fonctionnelle. Appliquons également ici, cette méthodologie.

La prescription doit être non quantitative et, le masseur-kinésithérapeute indique le nombre de séances conformément au référentiel (ce qui élimine d'office toute prescription hors référentiel).

En cas de prise en charge supplémentaire et, conformément aux textes déjà en vigueur, le masseur-kinésithérapeute, professionnel de santé, dispose de tous les outils nécessaires, enverra une fiche de synthèse intermédiaire extraite du bilan-diagnostic kinésithérapique (BDK) au médecin traitant et à disposition du service médical. De plus au-delà de 30 séances, et conformément aux textes en vigueur, le masseur-kinésithérapeute adresse une demande d'entente préalable à la Caisse.

Ces derniers, prendront, en toute connaissance, leurs décisions.

Il appartiendra à l'UNCAM de définir les conditions d'organisation des procédures prévues à l'article L 315-2 du Code de la sécurité sociale pour prolonger la prise en charge au-delà du nombre d'actes préconisé par le référentiel validé par la Haute Autorité de santé.

Le dialogue confraternel entre le service médical et le prescripteur ou le soignant permettra de garantir l'application la plus adaptée au patient.

Les chiffres publiés par la CPAM le 22 janvier 2009 indiquent « que la croissance des dépenses de soins d'auxiliaires médicaux s'est ralentie en 2008. Elle s'élève à +3,3% pour les soins de kinésithérapie (+7,8% en CJO en 2007) ». Dans la loi de financement de la sécurité sociale 2009, le gouvernement a souhaité mettre en place des référentiels de « bonnes pratiques » dans la mesure où, selon l'UNCAM, des très fortes disparités régionales étaient constatées notamment chez les masseurs-kinésithérapeutes. Les chiffres de la CPAM démontrent pourtant le contraire. La mesure instaurée par la LFSS 2009 semble donc inappropriée.



Article 22 actuel intégrant les propositions de la FFMKR

I. - Le livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique est complété par un titre VI ainsi rédigé :

« TITRE VI
« ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE ET ACTIONS D'ACCOMPAGNEMENT DU
PATIENT

« CHAPITRE I^{ER}

« Dispositions générales

« Art. L. 1161-1. - L'éducation thérapeutique du patient fait partie de l'éducation pour la santé dont elle utilise les principes et les méthodes. Sa spécificité est qu'elle s'adresse à des patients et à leur entourage. Elle s'inscrit dans le parcours de soins du patient à travers les relations qu'il établit en particulier avec les professionnels de santé.

« Les compétences nécessaires pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient sont déterminées par décret et **exclusivement réservées aux professions de santé.**

« Art. L. 1161-2. - Les programmes d'éducation thérapeutique du patient sont conformes à un cahier des charges national dont les modalités d'élaboration et le contenu sont définis par arrêté du ministre chargé de la santé. Ces programmes sont mis en oeuvre au niveau local, dans le cadre du projet régional de santé des agences régionales de santé, après concertation avec les acteurs de l'éducation thérapeutique du patient. Par ailleurs, celle-ci n'est pas opposable au malade et ne peut conditionner le taux de remboursement de ses actes et des médicaments afférents à sa maladie.

« Art. L. 1161-3. - L'agence régionale de santé conclut des conventions avec les promoteurs des programmes d'éducation thérapeutique du patient, **dont les professionnels de santé** afin, notamment, de préciser le financement des programmes. Ces conventions définissent, le cas échéant, le délai et les modalités de la mise en conformité de ces programmes au cahier des charges national. L'agence régionale de santé évalue les programmes mis en oeuvre.

« Il est interdit pour une entreprise pharmaceutique de conduire tout contact personnalisé et toute démarche directe d'information, de formation ou d'éducation à destination du public relative à un médicament prescrit.

« Les conditions d'application de cet article sont définies par décret.

Propositions rédactionnelles d'amendements

Article 22

Amendement présenté par

Sénateur

Projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (n° 290)

Amendement n°1 :

A l'alinéa 7 de l'article 22, après les mots « *déterminés par décret* » ajouter les mots « *exclusivement réservées aux professions de santé* ».

Exposé des motifs :

Le texte présenté ici, prévoit que les compétences nécessaires pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient sont prises par décret. La profession masseur-kinésithérapeute est particulièrement inquiète de cette disposition dans la mesure où, elle ouvre la porte à des nouveaux métiers.

Dans les versions précédentes de ce projet de loi, il était inscrit, *la création d'une nouvelle profession intitulée « éducateurs de santé » dont les missions etc... seront déterminées par décret.*

Cette nouvelle profession n'existe *a priori* plus mais les masseurs-kinésithérapeutes sont très inquiets car les EGOS prévoyaient certes, la création de nouveaux métiers mais le corollaire en était la concertation avec les professionnels de santé concernés. Aujourd'hui, aucune concertation n'a eu lieu sur ce point très précis et, définir les compétences nécessaires pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient par décret s'avère dangereux si ces compétences ne sont pas du domaine exclusif des professions de santé.

De plus, les masseurs-kinésithérapeutes sont présents et ouverts afin de participer encore plus activement à l'éducation thérapeutique du patient.

Amendement n°2 :

Au 9^{ème} alinéa de l'article 22, après les mots « *programmes d'éducation thérapeutique du patient* », ajouter les mots suivants « *dont les professionnels de santé* »

Exposé des motifs :

L'agence régionale de santé conclut des conventions avec les promoteurs des programmes d'éducation thérapeutique du patient mais qui seront ces promoteurs ? Les professions de santé, au cœur du dispositif de soins et de prévention sont tout à fait habilitées à participer et à conclure des conventions avec les ARS.

Les professions de santé dont les masseurs-kinésithérapeutes attendent depuis les EGOS des concertations en matière de prévention et d'éducation thérapeutique du patient. Aussi, il apparaît logique qu'ils puissent conclure des conventions avec les ARS et que cette logique soit inscrite dans la loi.



Article 26 actuel intégrant les propositions de la FFMKR

Article 26

[...]

« Section 2

« Contractualisation avec les offreurs de services en santé

« Art. L. 1435-3. - L'agence régionale de santé conclut les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens prévus à l'article L. 6114-1. Elle peut conclure les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens prévus à l'article L. 313-11 du code de l'action sociale et des familles ainsi que, dans des conditions définies par décret, des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec les réseaux de santé, les centres de santé et les maisons de santé. Le versement d'aides financières ou de subventions à ces services de santé par les agences régionales de santé ou les collectivités territoriales est subordonné à la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

« L'agence veille au suivi et au respect des engagements définis dans ces contrats.

« Art. L. 1435-4. - L'agence régionale de santé peut proposer aux professionnels de santé conventionnés, aux centres de santé, aux établissements de santé, aux établissements d'hébergement pour personnes âgées et dépendantes, aux maisons de santé, aux services médico-sociaux, ainsi qu'aux réseaux de santé de son ressort, d'adhérer à un contrat d'amélioration des pratiques en santé.

« Ce contrat fixe les engagements des professionnels, centres, établissements, maisons, services ou réseaux concernés et la contrepartie financière qui leur est associée, qui peut être liée à l'atteinte des objectifs par le professionnel, le centre, l'établissement, la maison, le service ou le réseau concerné. Le contrat d'amélioration des pratiques en santé est conforme au contrat-type national, ~~lorsqu'il existe~~, élaboré par les parties aux conventions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale, par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ou par les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie.

~~En l'absence de contrat-type national, l'agence régionale de santé établit un contrat-type régional qui est réputé approuvé quarante-cinq jours après sa réception par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie.~~

« L'agence régionale de santé veille au suivi et au respect des engagements définis dans ces contrats.

« Art. L. 1435-5. - L'agence régionale de santé organise, dans des conditions définies par décret en Conseil d'État, la mission de service public de permanence des soins mentionnée par l'article L. 6314-1 du présent code. Ses modalités sont définies après avis du représentant de l'État territorialement compétent.

~~« L'agence détermine la rémunération spécifique des professionnels de santé pour leur participation à la permanence des soins, selon des modalités définies par décret en Conseil d'État.~~

Propositions rédactionnelles d'amendements

Article 26

Amendement présenté par

Sénateur

Projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (n° 290)

Amendement n°1 :

A la section 2 de l'article 26 intitulée « Contractualisation avec les offreurs de services en santé », après les mots « *est conforme au contrat-type national* », supprimer les mots « *lorsqu'il existe* » et supprimer la dernière phrase de cet alinéa

Exposé des motifs :

Le contrat individuel, proposé par l'ARS aux professionnels de santé, doit impérativement être conforme à un contrat type national négocié entre les partenaires conventionnels. En l'absence de contrat type national, aucun contrat individuel ne saurait être signé, sous peine de contourner le système conventionnel national.

Afin d'assouplir le système, il apparaît nécessaire qu'un contrat puisse être amélioré sur tels ou tels départements en fonction des spécificités propres de terrain

Amendement n°2 :

Supprimer le dernier alinéa la section 2 de l'article 26 intitulé « Contractualisation avec les offreurs de services en santé » et ainsi rédigé :

« L'agence détermine la rémunération spécifique des professionnels de santé pour leur participation à la permanence des soins, selon des modalités définies par décret en Conseil d'État. »

Exposé des motifs :

Dans le cadre de la permanence des soins des professionnels de santé dont les masseurs-kinésithérapeutes (qui actuellement ne sont pas encore touchés), les modalités relatives à la rémunération n'ont pas à être définies par les ARS mais par les professionnels libéraux et les caisses, dans le cadre de la convention nationale.

Article 27 actuel intégrant les propositions de la FFMKR

Article 27

I. - Après le titre II du livre préliminaire de la quatrième partie du code de la santé publique tel qu'il résulte de l'article 19, il est inséré un titre III ainsi rédigé :

« TITRE III

« REPRÉSENTATION DES PROFESSIONS DE SANTÉ LIBÉRALES

« CHAPITRE UNIQUE

« Art. L. 4031-1. - Dans chaque région et dans la collectivité territoriale de Corse, une union régionale des professionnels de santé rassemble, pour chaque profession, les représentants des professionnels de santé exerçant à titre libéral. Ces unions régionales des professionnels de santé sont regroupées en une fédération régionale des professionnels de santé libéraux.

« Les unions régionales des professionnels de santé et leurs fédérations sont des associations régies par la loi du 1^{er} juillet 1901 relative au contrat d'association. Leurs statuts sont conformes à des statuts-types fixés par décret en Conseil d'État.

« Les modalités de fonctionnement des unions régionales des professionnels de santé et de leurs fédérations sont définies par décret en Conseil d'État.

« Art. L. 4031-2. - Les membres des unions régionales des professions de santé sont élus, pour une durée fixée par décret, par les professionnels de santé en activité exerçant à titre libéral dans le régime conventionnel, au scrutin de liste proportionnel à la plus forte moyenne.

« Tous les électeurs sont éligibles. Les listes de candidats sont présentées par des organisations syndicales des professions de santé bénéficiant d'une ancienneté minimale de deux ans à compter du dépôt légal des statuts et présentes sur le territoire national dans au moins un quart des départements et un quart des régions.

« Le collège d'électeurs de chaque union régionale des professions de santé est constitué par les membres de la profession concernée exerçant dans la région.

« Les électeurs de l'union régionale rassemblant les médecins sont répartis en trois collèges qui regroupent respectivement :

« 1^o Les médecins généralistes ;

« 2^o Les chirurgiens, les anesthésistes et les obstétriciens ;

« 3^o Les autres médecins spécialistes.

« Par dérogation au premier alinéa, pour les professions dont le nombre de membres exerçant à titre libéral dans le régime conventionnel sur le territoire national ne dépasse pas un certain seuil, il peut être prévu, dans des conditions fixées par décret, que les représentants de ces professions dans les unions régionales des professionnels de santé soient désignés par les organisations syndicales reconnues représentatives au niveau national en application de l'article L. 162-33 du code de la sécurité sociale.

« Sauf disposition contraire, les modalités d'application du présent article, notamment l'organisation et le financement des élections des membres des unions régionales professionnelles, sont fixées par décret en Conseil d'État.

« Art. L. 4031-3. - Les unions régionales des professionnels de santé et leurs fédérations contribuent à l'organisation et à l'évolution de l'offre de santé au niveau régional, notamment à la préparation du projet régional de santé et à sa mise en œuvre, dans le cadre d'un contrat national déclinable au niveau régional. Les unions régionales des professionnels de santé peuvent conclure des contrats avec l'agence régionale de santé et assurer des missions particulières impliquant les professionnels de santé libéraux dans les domaines de compétence de l'agence.

« Elles assument les missions qui leur sont confiées par les conventions nationales prévues au titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale.

[...]

Propositions rédactionnelles d'amendements

Article 27

Amendement présenté par

Sénateur

Projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (n° 290)

A l'alinéa 17, après les mots « *et à sa mise en œuvre* », insérer les mots « *dans le cadre d'un contrat national déclinable au niveau régional* ».

Exposé des motifs

L'organisation et l'évolution de l'offre de santé, même au niveau régional doivent être mises en œuvre dans le cadre d'un contrat national cadre qui pourra se décliner au niveau régional en fonction des spécificités propres de chaque région.