

BASSE - NORMANDIE

RAPPORT

Conseil Economique et Social Régional

**RÉPONSES
AUX BESOINS SANITAIRES
ET MÉDICO-SOCIAUX
SUR LE TERRITOIRE
BAS-NORMAND**

**VOLUME I
de 0 à 6 ans**



"Poupon la Peste" de Binet © Fluide Glacial

*Rapporteurs : M. R. LE MOAN
M. A. CARTEL*

Septembre 1993

SOMMAIRE

PREMIÈRE PARTIE SOCIÉTÉ ET PROCRÉATION

1. Maîtriser et contrôler sa fécondité : nouvelle donne de ces vingt dernières années	<i>p 28</i>
1.1. Banalisation de l'acte médical gynécologique	<i>p 28</i>
1.1.1. Densité des gynécologues sur le territoire bas-normand : des disparités locales et sociales	<i>p 28</i>
1.1.2. Entre villes et campagnes : une densité inégale de spécialistes - des comportements médico-sociaux différenciés	<i>p 30</i>
1.1.3. Attraction des villes : facteur d'implantation des cabinets gynécologiques	<i>p 31</i>
1.1.4. Aménagement du territoire	<i>p 33</i>
1.1.5. Corrélation entre densité des gynécologues et taux de fécondité	<i>p 34</i>
1.2. Les centres de planification familiale	<i>p 36</i>
1.2.1. L'activité des centres de planification	<i>p 38</i>
1.2.2. L'implantation des centres de planification	<i>p 39</i>
1.2.3. La fréquentation dans les centres de planification familiale	<i>p 40</i>
1.2.4. Les activités médico-sociales des centres de planification familiale	<i>p 43</i>
2. Les Procréations Médicalement Assistées	<i>p 47</i>
2.1. Le bilan médical du couple infertile	<i>p 47</i>
2.2. Les techniques de P.M.A. en Basse-Normandie	<i>p 48</i>
2.3. Les C.E.C.O.S	<i>p 51</i>
2.3.1. Rôle et principes du C.E.C.O.S.	<i>p 51</i>
2.3.2. Le choix du donneur	<i>p 53</i>
2.3.3. Association du C.E.C.O.S. et de l'équipe de F.I.V.	<i>p 53</i>
2.3.4. Adéquation entre offre médicale et besoin de la population	<i>p 53</i>
2.4. Ethique et P.M.A.	<i>p 55</i>
3. Le bilan médical pré-nuptial du couple : premier acte préventif	<i>p 56</i>
3.1. L'examen pré-nuptial	<i>p 56</i>
3.2. Généralisation de l'union libre et des naissances "hors mariages" : une immunité moins garantie	<i>p 56</i>
3.3. Les infections néonatales	<i>p 58</i>

DEUXIÈME PARTIE LA PÉRINATALITÉ

1. Prévention périnatale	<i>p 66</i>
1.1. Le relief social de la mortalité infantile	<i>p 66</i>
1.2. Prévention dans les maternités	<i>p 68</i>
1.3. Les associations	<i>p 69</i>
1.4. La P.M.I.	<i>p 70</i>
1.4.1. La déclaration de grossesse	<i>p 70</i>
1.4.2. La visite prénatale	<i>p 70</i>
1.4.3. Les consultations prénatales	<i>p 71</i>
1.4.4. Activité des sages-femmes P.M.I. en Basse-Normandie	<i>p 71</i>
2. La naissance dans les maternités publiques et privées	<i>p 75</i>
2.1. Localisation des maternités	<i>p 75</i>
2.2. Carte sanitaire	<i>p 77</i>
2.3. Lits installés dans les maternités bas-normandes	<i>p 77</i>
2.4. Activité des maternités	<i>p 79</i>
2.5. Les bassins de naissance	<i>p 84</i>
2.6. Encadrement dans les maternités	<i>p 86</i>
3. La réponse médicale à des problèmes spécifiques	<i>p 87</i>
3.1. Suivi des grossesses à risques et dépistages des malformations	<i>p 87</i>
3.2. La Mort Subite du Nourrisson (M.S.N.)	<i>p 89</i>
3.3. La prématurité	<i>p 91</i>
3.3.1. La prématurité : reflet d'inégalités sociales	<i>p 92</i>
3.3.2. Sites des naissances des prématurés en Basse-Normandie	<i>p 95</i>
3.4. Liaisons du bloc obstétrical avec les différents services de l'établissement	<i>p 98</i>
3.4.1. Bloc opératoire et services de réanimation	<i>p 98</i>
3.4.2. Unités de néonatalogie	<i>p 98</i>
3.4.3. Permanence des gynécologues et des pédiatres	<i>p 99</i>
3.4.3.1. Les gynécologues	<i>p 99</i>
3.4.3.2. Les pédiatres	<i>p 99</i>
3.4.3.3. Réflexions sur la restructuration des maternités préconisée par les pouvoirs publics	<i>p 100</i>
3.4.4. Les laboratoires	<i>p 100</i>
3.5. Transports et transferts des nouveau-nés	<i>p 100</i>
3.6. Intervention des psychologues et des pédopsychiatres	<i>p 105</i>

TROISIÈME PARTIE VIVRE ET GRANDIR DE 0 À 6 ANS

1. Les acteurs médico-sociaux de la tranche de vie 0-6 ans	<i>p 113</i>
1.1. Le suivi médical	<i>p 115</i>
1.1.1. Quand le petit enfant est malade, généraliste ou pédiatre ?	<i>p 115</i>
1.1.2. Densité et répartition des généralistes en Basse-Normandie	<i>p 115</i>
1.1.3. Densité des pédiatres	<i>p 118</i>
1.1.3.1 Vision régionale	<i>p 118</i>
1.1.3.2. Vision nationale	<i>p 120</i>
1.1.4. Disparités locales entre zones rurales et zones urbaines	<i>p 120</i>
1.1.5. Actions de la P.M.I. dans le domaine de la petite enfance	<i>p 122</i>
1.1.5.1. L'action médico-sociale générale	<i>p 122</i>
1.1.5.2. Une action en faveur de l'enfant dans son environnement	<i>p 123</i>
1.1.6. Visites à domicile des puéricultrices	<i>p 124</i>
1.1.7. Bilan de santé dans les écoles maternelles	<i>p 125</i>
1.1.8. Observateurs quotidiens du bien-être de l'enfant	<i>p 126</i>
1.2. La réponse médico-sociale à des problèmes spécifiques	<i>p 128</i>
1.2.1. Densité et répartition des orthophonistes	<i>p 128</i>
1.2.2. Densité et répartition des ophtalmologistes	<i>p 130</i>
1.2.3. Densité et répartition des O.R.L.	<i>p 132</i>
1.3. Les équipements de soins dans les établissements hospitaliers	<i>p 134</i>
1.3.1. Lits installés en chirurgie infantile et pédiatrie indifférenciées	<i>p 134</i>
1.3.2. La psychiatrie infanto-juvénile	<i>p 136</i>
1.3.3. Fréquence des hospitalisations des jeunes enfants	<i>p 138</i>
1.4. Les établissements spécialisés pour l'enfance handicapée et inadaptée	<i>p 140</i>
1.4.1. Les C.A.M.S.P. et les C.M.P.P.	<i>p 140</i>
1.4.1.1. Les C.A.M.S.P. (Centre D'Action Médico-Sociale Précoce)	<i>p 140</i>
1.4.1.2. Les C.M.P.P. (Centres Médico-Psycho-Pédagogiques)	<i>p 141</i>
1.4.2. Les établissements pour les enfants handicapés	<i>p 144</i>
1.5. Les établissements de l'Aide Sociale à l'Enfance (A.S.E.)	<i>p 149</i>
1.5.1. Les hôtels maternels et les centres monoparentaux	<i>p 149</i>
1.5.2. Les foyers de l'enfance	<i>p 152</i>
1.5.3. Les maisons d'enfants à caractère social et les centres de placement familial	<i>p 152</i>
2. Les structures d'accueil des enfants d'âge préscolaire	<i>p 153</i>
2.1. Les garderies et les crèches	<i>p 153</i>
2.1.1. L'accueil des jeunes enfants en Basse-Normandie	<i>p 154</i>

2.1.1.1. Les haltes-garderies	
2.1.1.2. Les crèches	<i>p 154</i>
2.1.1.3. Les assistantes maternelles	<i>p 157</i>
2.1.2. Un.e demande supérieure à l'offre	<i>p 158</i>
2.1.3. Le Contrat Enfance	<i>p 159</i>
2.1.4. Quelles solutions pour résoudre l'inadéquation entre l'offre et la demande ?	<i>p 159</i>
2.2. Les enfants gardés à domicile	<i>p 160</i>
2.3. L'entrée à deux ans à l'école maternelle	<i>p 160</i>

AVANT-PROPOS

AVANT-PROPOS

Le Conseil Économique et Social de Basse-Normandie souhaitait depuis longtemps recenser les besoins sanitaires et médico-sociaux manifestés par la population et étudier les réponses médicales, sanitaires et sociales apportées par les services hospitaliers, la médecine libérale, les organismes médico-sociaux et les associations. Cette préoccupation s'inscrit dans la continuité des réflexions engagées sur la géographie des disparités locales qui restent dues à une distribution plus ou moins inégale des infrastructures économiques et sociales sur le territoire régional.

Les travaux relatifs à la planification des établissements de soins, à l'équipement des structures médico-sociales, à la qualité des services sanitaires et médicaux sont assez nombreux. Ils sont élaborés par l'administration régionale ou départementale, les collectivités territoriales, les associations, le corps médical et les organes sociaux : D.R.A.S.S., D.D.A.S.S., Protection Maternelle et Infantile, Aide Sociale à l'Enfance, C.A.F., Comité Technique Régional de la Naissance, Observatoire Régional de la Santé, Centre Régional pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptées, le cadre associatif et les structures spécifiques aux enfants handicapés ou inadaptés. Ces différents intervenants ont des champs d'action très spécifiques et focalisent, par conséquent, leur intérêt sur une population définie selon des critères sociaux (âge, statut social et juridique, ...) ou médicaux (soins spécifiques, prise en charge des handicaps, ou des inadaptations, ...). Une synthèse des différentes données sociales et médicales s'imposait.

Le Conseil Economique et Social Régional a donc souhaité mener une réflexion géographique et socio-économique sur l'adéquation entre les besoins de la population et les réponses médicales et sociales apportées dans notre région à partir des informations recueillies auprès des acteurs médico-sociaux locaux, de cartes réalisées par ses soins et des données statistiques de l'I.N.S.E.E. et de la D.R.A.S.S.. Compte tenu de l'ampleur du travail, le C.E.S.R. a préféré scinder l'étude en plusieurs volets. Le présent rapport constitue le volet I qui s'attache à l'ensemble des questions relevant de la maternité et de l'enfance : de la procréation à la scolarisation.

Dans un proche avenir, le C.E.S.R. compte entreprendre en priorité deux autres volets :

- la santé scolaire et universitaire (de 6 ans à l'entrée dans la vie active),
- les personnes âgées (à l'issue de la vie active).

Pour la réalisation du premier volet relatif aux "0 à 6 ans", le Bureau du C.E.S.R. a confié la responsabilité du travail à M. LE MOAN, Vice-Président, représentant les professions libérales, à M. CARTEL, Président de la Commission n° 1 "Formation des Hommes" représentant l'U.R.I.O.P.S.S. et le C.R.E.A.I. pour les questions relevant davantage du secteur social, ainsi qu'à la Commission n° 2 "Démographie - Emploi - Niveau de vie - Affaires sanitaires et sociales - Action culturelle - Jeunesse, sport et loisirs" pour la formulation de l'avis dont le projet a été assuré par un groupe de travail composé de MM. LE MOAN, CARTEL, LEMARCHAND, Président de la Commission n° 2 et TOUZE, représentant du syndicat C.G.T. - F.O.. Le C.E.S.R. a également passé une convention avec l'Université de Caen pour bénéficier des services de Melle Trinidad LEPLUMEY, titulaire du D.E.A., "Nature, Environnement, Sociétés", qu'il remercie vivement pour le temps et la compétence qu'elle a accordés à la mission.

Le travail du C.E.S.R. a consisté à rechercher un maximum de documentation nationale et régionale sur le thème d'étude, à rencontrer les personnalités du secteur de la médecine et du secteur social, de l'administration à même, de par leur expérience professionnelle ou associative, de pouvoir faire part d'observations ou de résultats utiles. Le C.E.S.R. remercie tous ceux qui ont participé à l'élaboration de ce travail.

INTRODUCTION

Malgré les nombreux progrès réalisés dans le domaine de la santé, d'importants écarts persistent en France en termes de morbidité, de mortalité et de handicaps en fonction de l'appartenance à un groupe social^a, du sexe^b, du genre de vie et du type de résidence. Certaines inégalités restent inévitables telles les différences biologiques liées au sexe, au patrimoine génétique et celles inhérentes à des comportements sociaux délibérément consentis. D'autres restent néanmoins évitables et sont générées par des conditions de travail et/ou de vie insalubres, un manque d'informations et enfin une quasi-inaccessibilité aux services de santé. De plus, l'ensemble des préoccupations relatives à l'équité du système de santé d'une population est parfois amplifié par des distorsions inféodées à l'aménagement du territoire et à la démographie.

L'objectif permanent des pouvoirs publics dans le domaine sanitaire et médico-social est d'offrir au plus grand nombre d'individus la possibilité de développer et promouvoir leur capital santé de façon à mener une vie psychologiquement et socialement satisfaisante. Cela implique, par conséquent, une meilleure compréhension des facteurs à l'origine des inégalités et une analyse globale des incidences des facteurs démographiques sur l'aménagement du territoire.

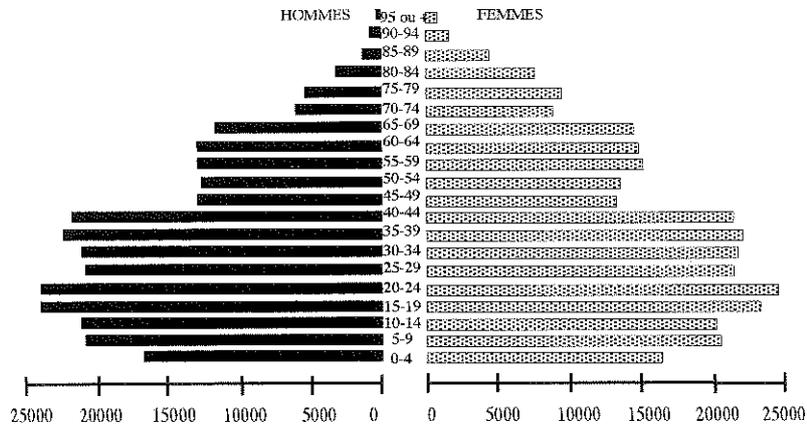
Ainsi, la Basse-Normandie, à l'instar de certaines autres régions françaises, présente des distorsions démographiques intrarégionales qui ont indirectement des répercussions sur la distribution des équipements sanitaires et médico-sociaux, sur le recours à des soins plus ou moins diversifiés selon les milieux économiques et les genres de vie (zones rurales/milieux urbains).

^a Écart de huit ans entre les espérances de vie à 35 ans des hommes appartenant aux groupes les plus favorisés et ceux des groupes les moins favorisés (cf. Rapport du Haut Comité de la Santé Publique)

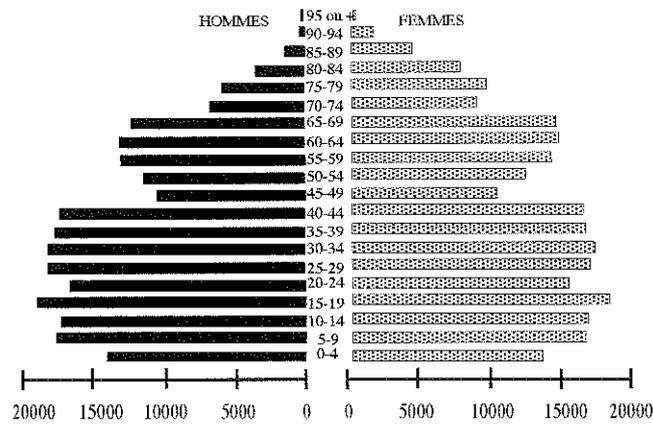
^b Écart de 8 ans d'espérance de vie à la naissance entre les deux sexes (cf. Rapport du Haut Comité de la Santé Publique)

SCHÉMA N° 1

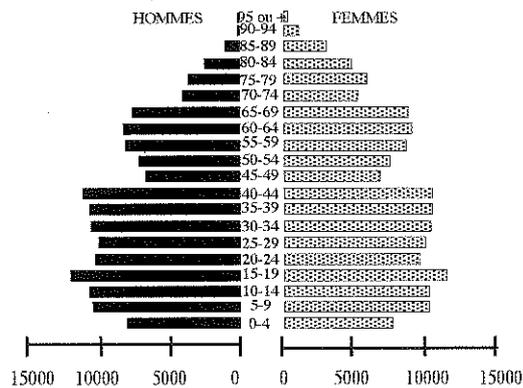
CALVADOS



MANCHE



ORNE



En 1990, la région compte 1 391 961 habitants répartis entre les trois départements comme suit :

- Calvados : 618 729 habitants avec une densité de 111,5 habitants au km² ;
- Manche : 479 896 habitants avec une densité de 80,8 habitants au km² ;
- Orne : 293 336 habitants avec une densité de 48,06 habitants au km².

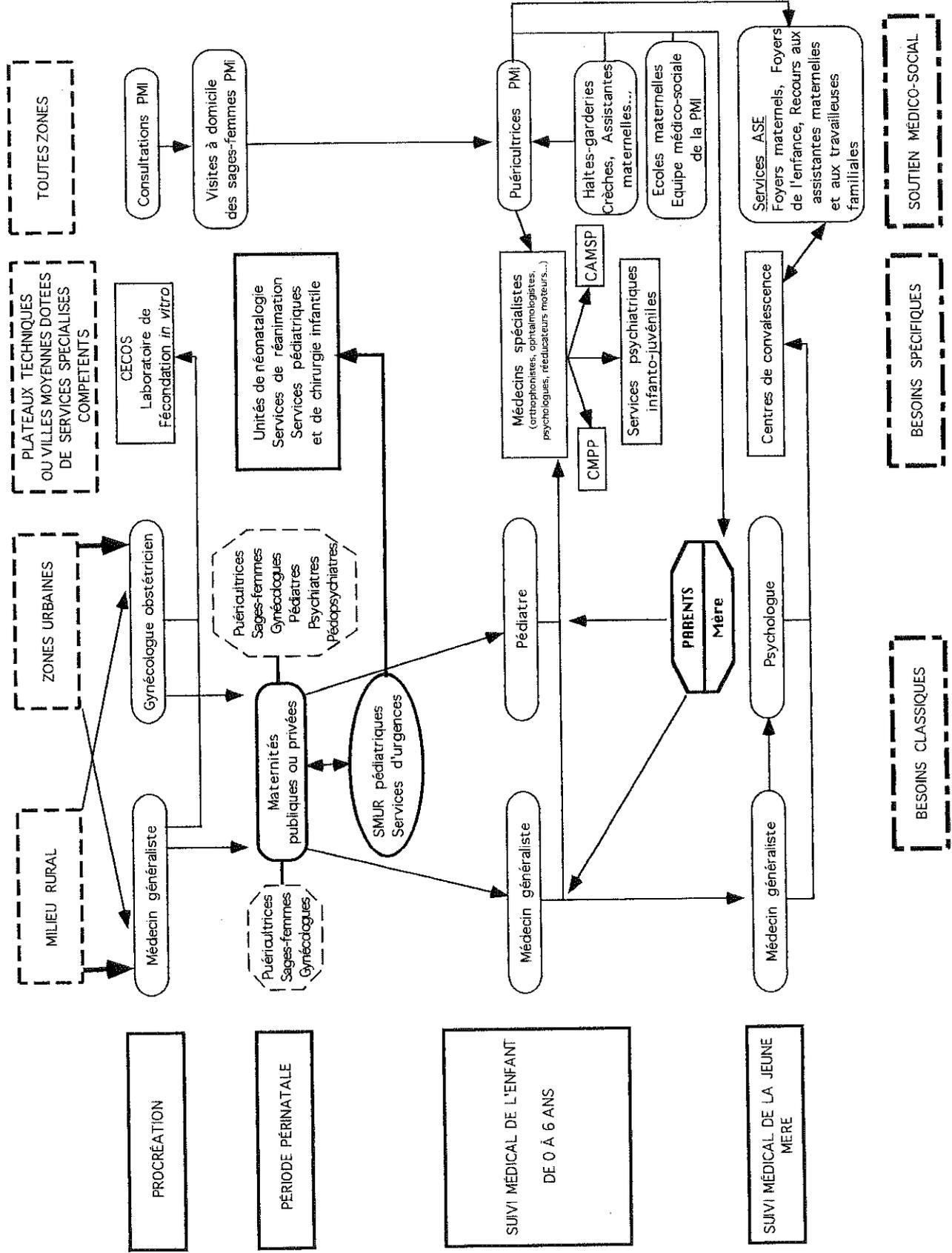
Les rapports de densités de population et les trois pyramides (cf. Schéma N° 1) corroborent une distribution inégale de la population avec notamment une sous-représentation démographique de l'Orne. Si, selon un principe statistique, plus la densité des habitants augmente, plus la densité médicale elle-même augmente, ces caractéristiques démographiques doivent-elles nécessairement entraîner une répartition hétérogène des services sanitaires et médico-sociaux au détriment des zones les plus défavorisées ?

L'implantation des établissements hospitaliers publics ou privés, des cabinets de praticiens exerçant à titre libéral et des structures médico-sociales semble se calquer inévitablement sur les grands bassins de population et sur les pôles économiques au rayonnement plus ou moins étendu. Par ailleurs, l'accessibilité des voies de communication adaptées à un trafic important de biens et de personnes ne favorise-t-elle pas l'installation des structures sanitaires et médico-sociales ? Existe-t-il des inégalités dans l'accès aux soins entre résidents ruraux et résidents urbains ? Conditionnent-elles des comportements médico-sociaux selon les catégories socio-professionnelles (ouvriers, agriculteurs, employés, professions intermédiaires, cadres supérieurs, inactifs, ...) ? Qui recourt aux spécialistes (gynécologues, pédiatres, ...) ? Qui s'adresse plus généralement aux généralistes ?

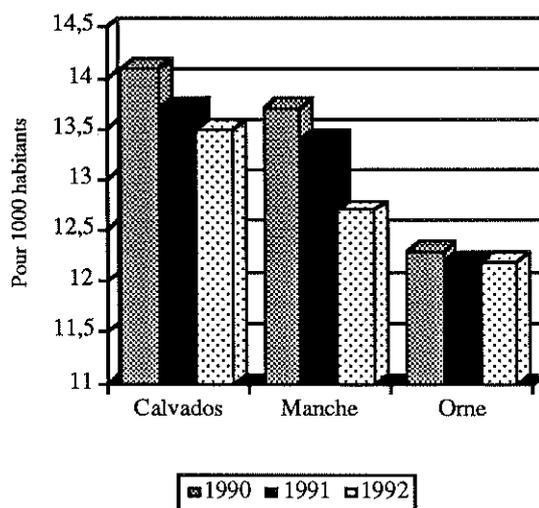
Avec l'augmentation des situations de détresse liées au chômage, à la précarité, à la monoparentalité, les services publics et des organismes caritatifs multiplient leurs interventions dans les secteurs défavorisés. Ce rapport sur les réponses sanitaires et médico-sociales sur le territoire bas-normand s'attache à analyser le champ d'action de ces structures dans le domaine de la petite enfance et de la maternité.

Dans ce volume consacré à la tranche de vie 0-6 ans, il faut signaler que baisse de la natalité est une nouvelle donnée sociale dont les répercussions dans la distribution des maternités sur le territoire seront à long terme probablement nombreuses. Des établissements localisés dans de petites zones rurales plus ou moins cloisonnées et dévitalisées réalisent moins d'un accouchement par jour. Ils sont condamnés dans un futur plus ou moins proche à la fermeture ce qui pénalisera les parturientes potentielles de ces zones géographiques. Quelles solutions peuvent-être proposées ? Des accouchements déclenchés, des accouchements à domicile avec à disposition une équipe médicale d'urgence, le regroupement des petits établissements ...

SCIIÉMA N° 2
ORGANIGRAMME SIMPLIFIÉ DE LA RÉPONSE MÉDICALE EN BASSE-NORMANDIE
POUR LA TRANCHE DE VIE 0-6 ANS



**TAUX DE NATALITÉ
EN BASSE-NORMANDIE
ENTRE 1990 ET 1992**



Les problèmes de santé dûment identifiés chez l'enfant sont les problèmes infectieux (maladies traditionnelles - varicelle, rougeole, oreillons, rubéole -, méningites, affections O.R.L., maladies parasitaires), les accidents domestiques (chutes, brûlures et ingestion de produits toxiques), les déficits sensoriels et moteurs, les problèmes de langage, les cancers, les anomalies, les malformations et les caries dentaires^c. Également, les problèmes sociaux inhérents à la dislocation familiale, au chômage et à l'alcoolisme favorisent les cas de malveillance et de maltraitance (violences physiques, abus et sévices sexuels) et détruisent inévitablement le capital-santé du jeune enfant. Ce premier rapport recense les observateurs et les acteurs médico-sociaux qui interviennent auprès de moins de 6 ans, analyse la répartition des établissements spécialisés pour les enfants handicapés ou inadaptés, les spécialistes les plus fréquemment consultés (pédiatres, O.R.L., ophtalmologistes, orthophonistes, etc.), les structures d'accueil collectives (haltes-garderies, crèches parentales ou familiales), et les services relevant de l'Aide Sociale à l'Enfance.

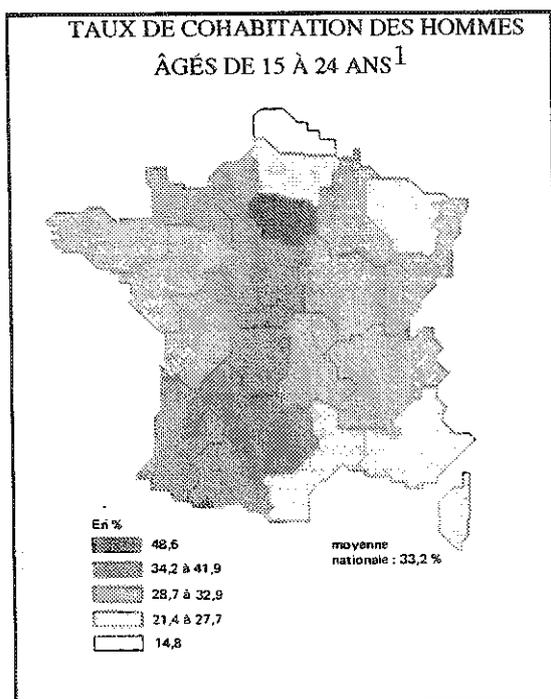
L'organigramme simplifié de la réponse médicale en Basse-Normandie pour la tranche 0-6 ans (cf. Schéma N° 2) permet une compréhension globale des secteurs d'interventions des acteurs médico-sociaux et du corps médical (libéral ou public), des disparités géographiques dans la répartition des services et une classification des soins selon qu'ils soient classiques ou spécialisés.

^c cf. Rapport du Haut Comité de la Santé publique, Stratégie pour une politique de santé.

Le présent rapport du Conseil Économique et Social Régional recense donc les réponses sanitaires et médico-sociales sur le territoire bas-normand concernant la tranche de vie 0-6 ans et se subdivise en trois parties : Société et Procréation ; Périnatalité ; Vivre et grandir de 0 à 6 ans. Il aboutit à l'appréhension des besoins de la population plus ou moins satisfaits en détectant les disparités géographiques dans la distribution des services de santé et les inégalités sociales et en différenciant l'accessibilité aux soins selon l'appartenance à un groupe social. L'objectif de ce rapport est de conduire une réflexion sur l'aménagement du territoire et sur les différences quantitatives intrarégionales, interdépartementales voire interrégionales détectables entre le monde rural et les milieux urbains. Ce rapport, tout en prenant en considération les études existantes, n'est pas l'analyse des données épidémiologiques et des indices de morbidité qui reste du ressort des différents organismes à vocation médicale ou sanitaire. Il tente de mieux comprendre l'organisation des réponses sanitaires et médico-sociales tant du point de vue des équipements que du point de vue des moyens humains. Et il mène une réflexion sur les particularismes géographiques régionaux liés à l'histoire, au développement inégal entre les différents pôles économiques, à l'accès aux voies de communication, à la structure de la population et aux activités humaines.

SOCIÉTÉ ET PROCRÉATION

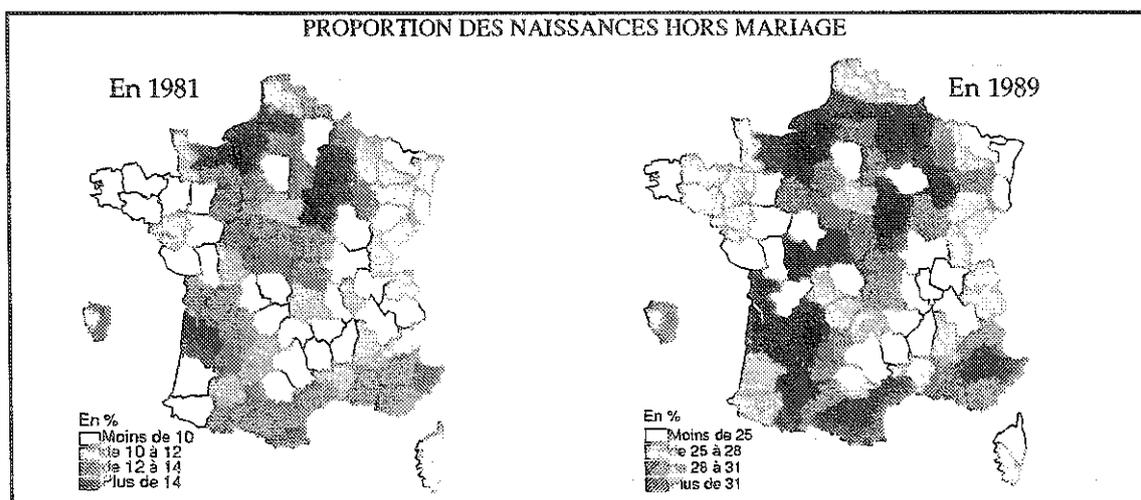
Les sociétés occidentales sont en mutation. Les progrès dans le domaine biomédical ont amené une nouvelle conception et une nouvelle perception de la vie. Devenus maîtres de leur fécondité grâce à des moyens de contraception efficaces, les individus peuvent gérer dorénavant les grands moments de leur existence : le parcours professionnel, la vie affective et sexuelle, le mariage, la conception d'un enfant, etc.. La procréation est un acte maîtrisé et n'entrave plus les projets du couple ou de la femme. Les généralistes, les gynécologues, les biologistes et les généticiens interviennent, depuis une vingtaine d'années, dans la programmation de la conception. Ils peuvent préserver les hommes et les femmes de "l'accident", c'est-à-dire de l'enfant non désiré, et ils "créent" grâce aux techniques de Procréations Médicalement Assistées l'enfant qui tarde à venir. Les progrès scientifiques dans le domaine de la procréation accompagnent des modèles familiaux et sociaux nouveaux.



Sociologues, géographes et économistes se sont penchés sur les transformations de la société française marquée principalement par l'évolution de la structure familiale. L'union libre s'est généralisée et les enfants nés "hors mariage" sont de plus en plus nombreux. En 1992, l'INSEE recense en France 9% de couples vivant maritalement et 30% de naissances "hors mariages"². Ces taux reflètent et rejoignent les tendances observées en Basse-Normandie (cf. Fig. N° 1).

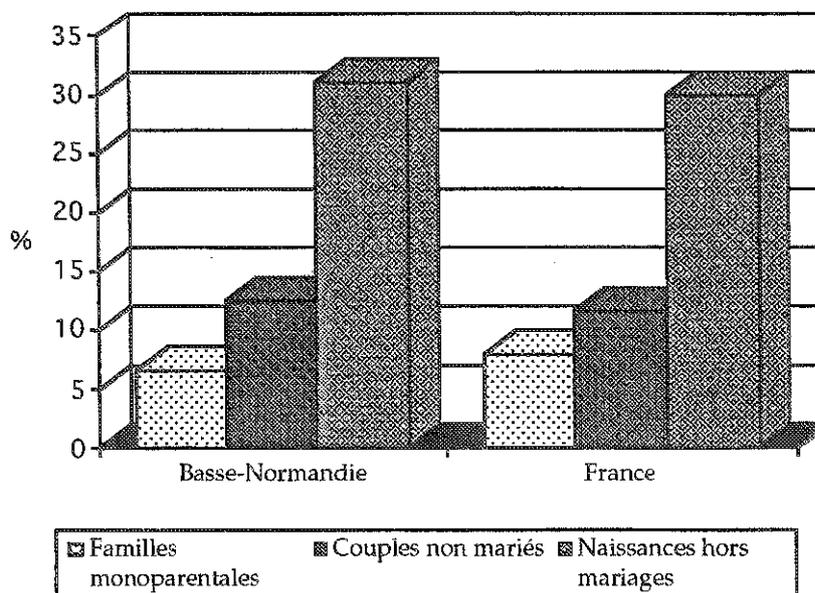
¹ P-A AUDIRAC, "La cohabitation : un million de couples non mariés", Études et Statistiques, N° 185, Fév 1986, p13-35.

² "En 20 ans, la proportion d'enfants naturels est passée de 6% à 30%, cette augmentation s'est accentuée après 1980. Cette part est probablement plus forte : si l'on adjoint aux naissances naturelles au sens strict, les naissances intervenues au cours des huit premiers mois de mariage, en 1989, 34% des enfants auraient été conçus hors mariage." B. RABIN, "De plus en plus de naissances hors mariage", Économie et Statistique, n° 251, 1992, p 3-13.



Par ailleurs, l'archétype de la famille traditionnelle constituée de deux parents et de leur progéniture persiste mais toutefois la cellule monoparentale se développe peu à peu. En 1989, les adultes qui élèvent seuls un ou plusieurs enfants sont en grande majorité des femmes et représentent 5,2% des ménages. Les possibilités accrues d'autonomie professionnelle, financière, économique et sociale pour les femmes favorisent les évolutions et le pluralisme des modèles familiaux³.

FIG N° 1
LES STRUCTURES FAMILIALES DANS LES ANNEES 90



³ Données sociales, INSEE 1990.

Le statut des femmes s'est affirmé ces vingt dernières années avec la législation de la contraception (1967), de l'Interruption Volontaire de Grossesse (1975), du divorce et des mesures visant à la reconnaissance de l'activité professionnelle féminine. Les lois NEUWIRTH et VEIL ont considérablement modifié les conditions de survenue des naissances : moins de 6% des femmes de 20 à 44 ans utilisaient la pilule ou le stérilet en 1968 et 58% en 1988⁴. La diffusion des méthodes de contraception efficaces s'est accompagnée d'une diminution considérable des naissances non désirées tandis que le nombre d'avortements, après avoir présenté une forte augmentation entre 75 et 77, s'est stabilisé depuis.

La montée de l'activité féminine, les procédures simplifiées du divorce et la maîtrise de la fécondité accentuent le rôle de la femme dans la constitution des familles et dans la mutation des modèles familiaux. Le slogan des années soixante "un enfant, si je veux, quand je veux !" résume les faits marquants de l'évolution des modes socio-culturels.

La conception est ainsi devenue un projet volontariste s'inscrivant dans le cadre d'une programmation déterminée par le couple ou par la femme. Nombre de facteurs sociaux concourent aujourd'hui à différer l'âge de la première grossesse : envie d'éprouver la stabilité du couple, envie d'achever ses études, envie de faire sa place dans son travail, envie d'assurer un accueil matériel satisfaisant à l'enfant... Un projet de maternité, qui ne prend pas en compte tous ces facteurs, est généralement désapprouvé. L'efficacité des méthodes contraceptives permet, en général, la programmation précise d'un enfant. Par conséquent, les grossesses d'adolescentes sont souvent interprétées comme des faux-pas contraceptifs. Il reste que ces grossesses sont parfois véritablement désirées...

Dans certains milieux socio-économiques défavorisés, l'enfant dote les parents (et notamment la mère) d'une identité sociale jugée plus prestigieuse que le statut professionnel. L'enfant

QUELQUES REPÈRES

<i>1967</i>	Loi NEUWIRTH sur la contraception
<i>1974</i>	Remboursement des frais relatifs à la contraception
<i>1975</i>	Loi VEIL autorisant l'I.V.G. Loi sur le divorce
<i>1982</i>	Remboursement de l'I.V.G.

devient l'exutoire d'une situation sociale peu enviable. Les adolescentes trouvent ainsi au travers de la maternité le moyen d'intégrer la société par la reconnaissance de leur statut de mère. Il n'est donc pas étonnant de constater que certaines grandes agglomérations marquées par le chômage et l'exclusion sociale observent une augmentation des grossesses adolescentes.

⁴ Données Sociales, INSEE 1990.

Pour les femmes, pour les couples, quand les conditions semblent réunies, avoir un enfant implique une décision délibérée : arrêter la contraception. La crainte de la stérilité après une contraception orale, souvent évoquée par les femmes, peut être rapportée à un sentiment de culpabilité.

La fécondité est encore largement dominée par la "non-maîtrise" ; seule est maîtrisable la stérilisation temporaire ou définitive. Ainsi, lorsqu'un couple ne parvient pas à satisfaire leur désir d'enfant, il se tourne vers le médecin généraliste ou le gynécologue et les appelle à répondre au diagnostic d'infertilité. Ces praticiens des temps modernes deviennent le "remède" à ce malaise. Les gynécologues ou les généralistes satisfont les demandes de leurs patients et les engagent si nécessaire dans un programme de fécondation *in vitro*.

La notion d'enfant programmé avec la médecine évolue selon les cas vers celle de l'enfant fait sur mesure par la médecine. Cette même science qui a empêché l'enfant "surprise", l'enfant "non désirable", crée l'enfant qui ne vient pas spontanément, le "bébé éprouvette".

Derrière le terme "procréation" sont dorénavant véhiculés des concepts biologiques induits par des techniques biomédicales de pointe. L'imaginaire de la procréation tend à se réduire à des techniques médicales : stimulation hormonale, programmation de l'ovulation, fécondation en éprouvette, banques de sperme, insémination, dons de sperme, dons d'ovules, embryons "surnuméraires" congelés, dons d'embryons, etc... L'extension de l'expérimentation et de la médicalisation du fœtus pose des problèmes éthiques. L'embryon peut-il acquérir un statut de personne ? Peut-il échapper au statut de chose ? N'est-il pas produit hors sexualité ? Des manipulations génétiques sont-elles à craindre ? L'eugénisme triomphera-t-il en l'absence d'un cadre juridique ? Ces questions posées par les experts et le public dénoncent plus ou moins violemment le vide juridique dans le domaine de la procréation. A quand une loi de bioéthique ?

Cette rapide radioscopie des faits de société de ces vingt dernières années, en matière de procréation, permet une meilleure compréhension des similitudes et des particularismes sociaux de la Basse-Normandie. Rurale et attachée à un certain nombre de valeurs, notre région calque ses ambitions sanitaires et sociales dans le domaine de la procréation et de la contraception sur le reste du pays. Il reste à savoir si à l'inverse des cabinets de médecins généralistes bien répartis sur le territoire régional, l'implantation, la distribution, l'accès et l'offre médico-sociale des cabinets gynécologiques, des centres de planification, du laboratoire de fécondation *in vitro* et de la banque de sperme répondent aux besoins de la population.

Dans le premier chapitre seront évoqués les moyens médico-sociaux mis à la disposition des couples et des femmes pour contrôler et maîtriser leur fécondité : la médecine libérale et les structures publiques (centres de planification). Dans le second chapitre seront recensés les

centres habilités à répondre aux problèmes de stérilité et d'infertilité en Basse-Normandie et seront exposées brièvement les techniques de Procréations Médicalement Assistées. Et enfin dans un troisième chapitre sera évoqué l'intérêt de la prévention prénuptiale et prénatale.

Cette partie intitulée "Société et Procréation" privilégie les facteurs démographiques, sociologiques, économiques, géographiques et culturels qui influent notamment sur la demande de soins, sur la distribution des équipements sanitaires et des cabinets médicaux libéraux. A l'échelle régionale, l'analyse des réponses sanitaires et médico-sociales détecte des disparités locales induites par des comportements médico-sociaux très différenciés entre le monde rural et les milieux urbanisés et par des configurations géographiques et économiques particulières.

1. Maîtriser et contrôler sa fécondité : nouvelle donne de ces vingt dernières années

Avec la diffusion des modes de contraception, les femmes diffèrent l'âge de leur première grossesse. Cela s'accompagne sur le plan démographique d'une diminution du taux de natalité et d'une baisse de l'indice conjoncturel de fécondité.

Depuis vingt ans, les consultations gynécologiques dans les centres de planification familiale et dans les cabinets médicaux se sont généralisées à la quasi-totalité des femmes en âge de procréer. Près des trois-quarts d'entre-elles âgées de 20 à 44 ans utilisent une méthode contraceptive⁵. La prescription de la pilule et la pose d'un stérilet s'accompagnent d'un suivi médical : frottis, prise de sang, surveillance pondérale et artérielle... L'acte médical gynécologique semble s'être banalisé et démocratisé à toutes les catégories sociales.

1.1. Banalisation de l'acte médical gynécologique

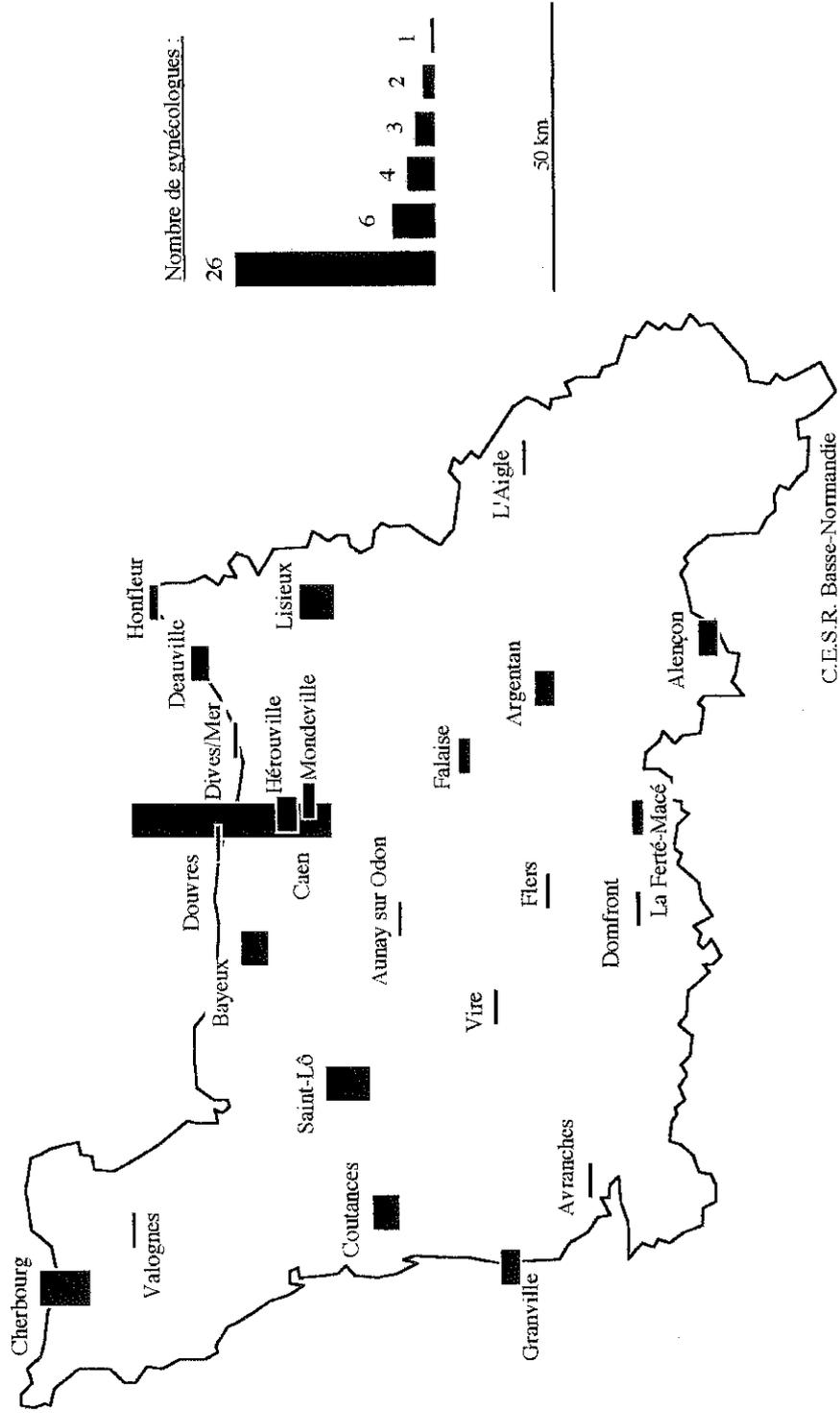
Dans les années 70, les gynécologues étaient exclusivement concentrés dans les grandes et moyennes villes. Ils se sont peu à peu substitués, en matière de procréation, au généraliste qui jouait tour à tour le rôle de confident, sexologue et accoucheur et ont ainsi conquis les petites communes urbaines. Le gynécologue évoque dans ces années "libératrices" un praticien encore inconnu du grand public et la cristallisation du tabou pour certains. Tout d'abord, la clientèle des gynécologues s'est composée de femmes issues des classes sociales favorisées et informées pour ensuite s'élargir à la majeure partie des couches sociales de la population.

1.1.1 Densité des gynécologues sur le territoire bas-normand : des disparités locales et sociales

Vingt-six ans après la loi NEUWIRTH, la répartition des cabinets gynécologiques en Basse-Normandie s'est uniformisée à l'ensemble des villes de plus de 15 000 habitants à quelques exceptions près. Dans une discipline comme la gynécologie, où les clientèles des spécialistes et

⁵ Données sociales, INSEE, 1990.

CARTE N° 1
LOCALISATION DES GYNÉCOLOGUES EXERCANT À TITRE LIBÉRAL EN BASSE-NORMANDIE
(SPÉCIALITÉ MÉDICALE OU OBSTÉTRIQUE)



des généralistes se recouvrent largement, il existe de fortes disparités de densité de médecins selon le degré d'urbanisation. La carte N° 1 montre clairement que les gynécologues se concentrent dans l'agglomération caennaise. Finalement, leur répartition géographique semble se calquer sur les grands bassins de population et d'emploi : Caen, Cherbourg, Saint-Lô, Bayeux, Lisieux, Argentan et Alençon.

Les chiffres, donnés ici, incluent à la fois les gynécologues à spécialité médicale et obstétrique exerçant à titre libéral. Les gynécologues en activité en Basse-Normandie se répartissent entre les trois départements, comme suit :

- Calvados : 43 gynécologues (soit une densité de 26 gynécologues pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans) dont 12 gynécologues exerçant hors de l'agglomération caennaise et 31 gynécologues exerçant dans l'agglomération caennaise ;
- Manche : 19 gynécologues (soit une densité de 17 gynécologues pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans);
- Orne : 7 gynécologues (soit une densité de 10 gynécologues pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans);
- Région : 69 gynécologues (soit une densité de 20 gynécologues pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans)⁶.

Le Calvados est le mieux doté même si on signale une sur-représentation de l'agglomération caennaise (trente et un praticiens). La Manche et l'Orne se situent au-dessous de la moyenne régionale. Les densités de l'Auvergne (25 pour 100 000) et de la Région Parisienne (39 pour 100 000)⁷ ajustent la densité de la Basse-Normandie sur deux régions caractérisées respectivement par l'enclavement ou par l'urbanisation et la modernité des comportements médico-sociaux.

1.1.2 Entre villes et campagnes : une densité inégale de spécialistes - des comportements médico-sociaux différenciés

La concentration des gynécologues dans les agglomérations et dans les villes de taille moyenne laisse place au généraliste dans les petites villes et les communes rurales. En effet, à acte médical semblable, le surcoût de déplacement (en temps et en argent) dû la consultation

⁶ Mémento 1992, DRASS Basse-Normandie.

⁷ Mémento 1991, DRASS-SESI, les régions françaises.

d'un gynécologue croît à mesure que la densité globale de population diminue. Or quand la densité médicale diminue, la densité des habitants elle-même diminue, ce qui renforce le phénomène en accroissant les distances. La présence d'un gynécologue reste en définitive un fait urbain.

Les réponses apportées au questionnaire du C.E.S.R. adressé aux gynécologues libéraux dégagent des comportements de santé inclinés par des facteurs sociaux et économiques. La clientèle d'un gynécologue se compose principalement de ruraux lorsqu'elle est adressée par un confrère généraliste ou lorsque la logistique des voies de communication optimise l'espace-temps. De même, elle se compose quasi-exclusivement de citadins lorsque la démarche est initiée par le patient lui-même. La distance dissuasive semble être de 20 km. Au-delà, les ruraux vont chez le généraliste si celui-ci peut apporter une réponse médicale équivalente et s'ils veulent absolument éviter un long déplacement.

Dans les grandes agglomérations françaises, les généralistes semblent avoir perdu une grande partie de certains types de clientèles. Dans le domaine de la procréation, "les gynécologues deviendraient-ils les généralistes des femmes d'âge fécond"⁸. Cependant, certaines femmes ne recourent pas au gynécologue pour des raisons psycho-sociologiques, religieuses, économiques (acte médical plus coûteux) ou liées à des habitudes sanitaires acquises avant 1967.

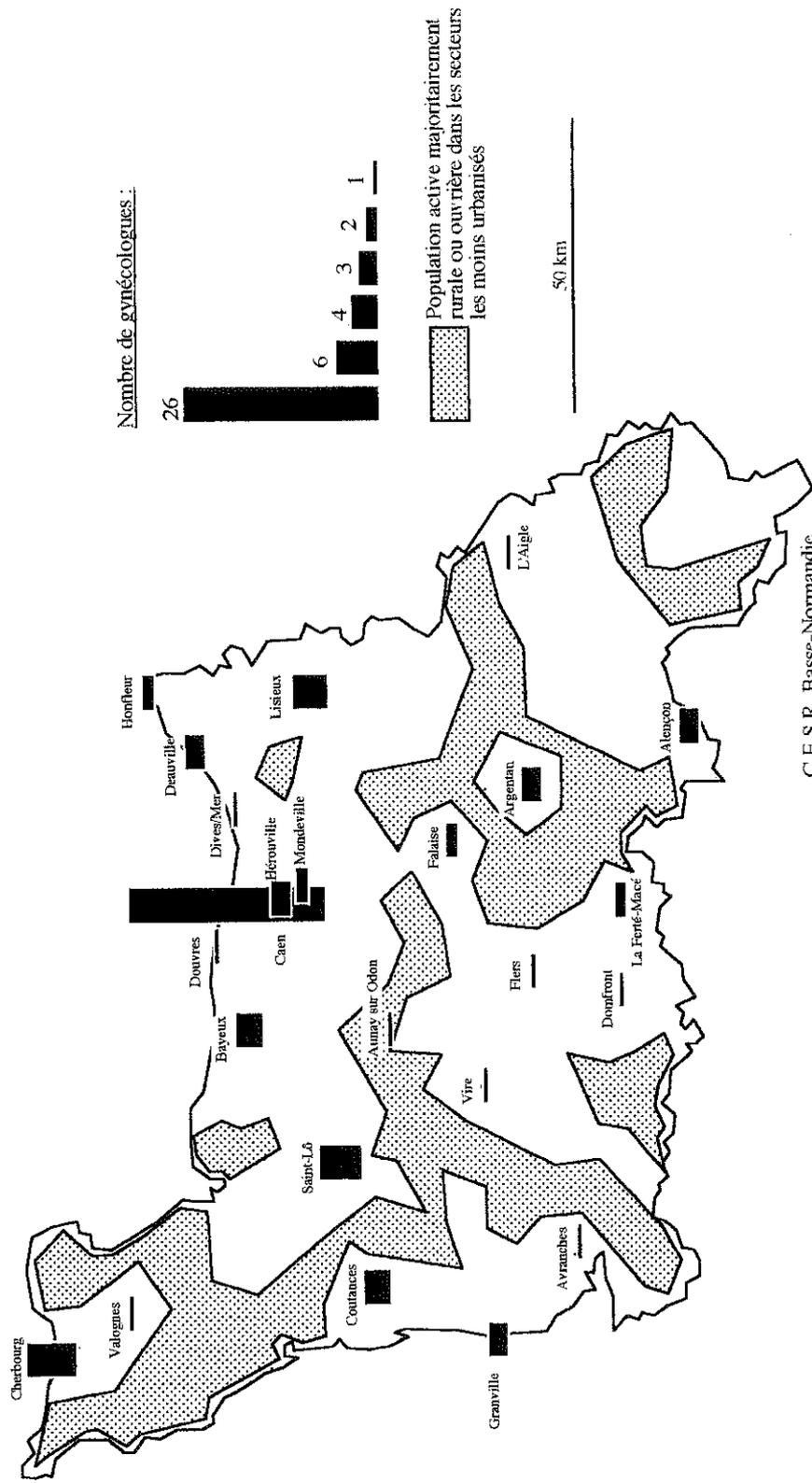
1. 1. 3 Attraction des villes : facteur d'implantation des cabinets gynécologiques

La carte N° 2 révèle les secteurs les moins urbanisés et les territoires caractérisés par une population active majoritairement paysanne et ouvrière. Elle caractérise, par ailleurs, les zones en perte de vitesse marquées par une absence de reconversion des activités économiques. La sous-représentation des spécialistes, en l'occurrence le gynécologue, est un indicateur d'atonie économique et sociale des espaces géographiques locaux.

La situation du département de l'Orne est intéressante et évoque les disparités entre les départements ruraux et les départements urbanisés. En 1992, la D.R.A.S.S. recense sept gynécologues répartis majoritairement à l'ouest de l'axe Argentan-Alençon. La densité est de 10 gynécologues pour 100 000 femmes et ne rejoint aucunement les tendances observées sur le plan régional et national. L'Orne accuse un déficit dû à la faible attraction qu'exercent ces villes rurales sur l'établissement de ce type de spécialistes. Le Perche semble particulièrement délaissé par ces praticiens. L'absence de pôles économiques et la présence d'une population

⁸ O. CHOQUET : "Consommation médicale et urbanisation", Solidarité Santé. - Etudes statistiques, n° 4, 1989, p. 9-13.

CARTE N° 2
CORRÉLATION ENTRE IMPLANTATION DES CABINETS GYNÉCOLOGIQUES, URBANISATION
ET SECTEURS D'ACTIVITÉS



féminine assez âgée semblent être les raisons de cette désertification. La clientèle potentielle de ce petit "pays" rural est happée par les cabinets médicaux de Nogent-le-Rotrou et de Mamers. Par conséquent, le sud-est du département de l'Orne semble s'ancrer sur les départements de la Sarthe et de l'Eure-et-Loir. La configuration géographique de l'Orne est longitudinale. Par conséquent, l'horizontalité des axes de communication accentue la scission nord/sud et l'attraction exercée sur les villes d'Alençon et de l'Aigle par les régions Centre et Pays de la Loire .

Néanmoins, la faible attraction des villes ornaises n'est pas l'unique raison. Il ne faut aucunement négliger la persistance de comportements médico-sociaux propres au monde paysan ou agricole. Les femmes rurales consultent de préférence le médecin de famille au sujet de la contraception, de l'I.V.G. et du suivi de la grossesse.

La densité des gynécologues dans le département de la Manche reste inférieure à la moyenne régionale. Excepté la communauté urbaine de Cherbourg et les villes de Saint-Lô, Coutances et Granville, les cabinets libéraux gynécologiques sont absents de l'Avranchin (hormis le littoral), du Mortainais et du sud-Cotentin. La carte N° 2 révèle que ces trois "pays" correspondent à des communes rurales (40% d'agriculteurs dans la population active) ou des communes ouvrières peu urbanisées (30% d'ouvriers et 25% d'agriculteurs parmi les actifs).

Un comportement social semble orienter les cadres vers un recours plus systématique aux spécialistes et les agriculteurs et les ouvriers vers les généralistes. Les ménages aisés sont parfois attirés par des soins spécifiques. Au contraire, les ménages modestes recherchent les soins les mieux remboursés. Beaucoup de gynécologues pratiquent des honoraires libres et ne sont pas par conséquent conventionnés. Pour information, dans les départements de l'Orne et de la Manche, la majeure partie des gynécologues exerçant à titre libéral dépend du secteur 1 ; et dans le département du Calvados, 27 gynécologues libéraux rattachés au secteur 1 pratiquent des honoraires conventionnels ; et 23 d'entre eux appartiennent au secteur 2 et appliquent par conséquent des honoraires libres. Cette situation peut rebuter quelque peu la femme issue d'une catégorie socio.-professionnelle moyenne. En définitive, le gynécologue libéral reste le praticien des classes sociales bien informées résidant dans les secteurs les plus urbanisés. Et les consultations gynécologiques organisées dans les hôpitaux s'adressent généralement à une population féminine appartenant au monde ouvrier ou rural.

1.1.4 Aménagement du territoire

De nombreux facteurs influent sur l'implantation d'un cabinet gynécologique : l'attraction de la ville, le réseau de communication, la densité de population, la structure socio-professionnelle des résidents (cadres, employés, commerçants et artisans), les acquis médicaux

et sanitaires des habitants... Par ailleurs, les disparités locales de l'offre médicale résultent d'un désintérêt commun praticien/client et d'un effet de "boomerang". En effet, le gynécologue dans certains milieux sociaux ne peut se substituer au médecin généraliste pour un acte médical semblable (prescription d'un contraceptif, suivi d'une grossesse, ...). Les généralistes sont les principaux intervenants médico-sociaux des habitants des zones rurales. La concentration des spécialistes dans les villes freine ainsi l'accès des ruraux à une médecine spécialisée même si depuis la création de la Mutualité Sociale Agricole (M.S.A.), le recours aux spécialistes s'est intensifié dans les familles paysannes.

Par ailleurs, l'effet de génération ne peut être négligé : le monde rural est un milieu vieillissant dans lequel s'installent peu de représentants des jeunes générations et en l'occurrence peu de spécialistes.

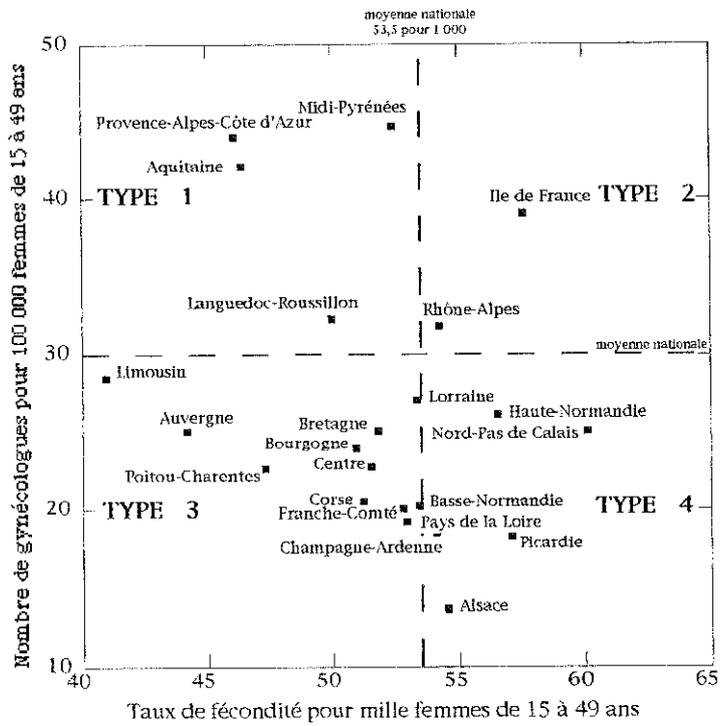
1.1.5 Corrélation entre densité des gynécologues et taux de fécondité

Au regard de la carte N° 3, la densité des gynécologues reste inférieure à la moyenne nationale (30 pour 100 000) dans le croissant fertile. L'Ile-de-France fait figure d'exception. Très urbanisée, les comportements médico-sociaux des habitants ne rejoignent pas, de ce fait, ceux observés dans les deux tiers du pays. On recense moins de 22 gynécologues pour 100 000 femmes dans les régions caractérisées par un taux de fécondité proche de la moyenne nationale (53,5 pour 1 000) : Alsace, Franche-Comté, Champagne-Ardenne, Picardie, Basse-Normandie et Pays de la Loire (cf. Carte N° 3). Les régions du sud, quant à elles, s'individualisent nettement du reste de la France par une densité importante des gynécologues.

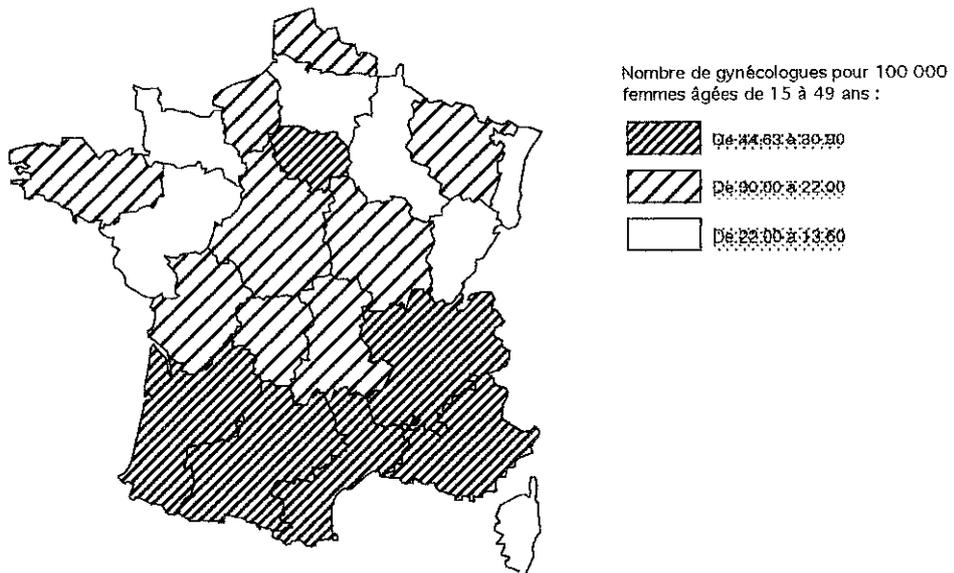
Pour approfondir l'analyse de la répartition des gynécologues sur le territoire français et mettre en évidence les disparités régionales entre les secteurs urbanisés et ruraux, la figure N° 2 de corrélation dégage quatre grands types.

Le type 1 caractérise les régions du sud où les densités de spécialistes sont très élevées. Le taux de fécondité reste inférieur à la moyenne nationale. Le type 2 présente des régions individualisées par un taux de fécondité supérieur à la moyenne nationale. Ce trait démographique s'explique par la présence d'une population jeune, souvent étrangère donc féconde et imprégnée par des modes socio-culturels dictés par une religion (Islam), ou par une ethnie (Africaine, ...). Les régions fortement urbanisées, Ile-de-France et Rhône-Alpes connaissent une multiplication des cabinets spécialistes. Les types 3 et 4 s'identifient au croissant fertile. Rurales, attachées aux valeurs familiales, ces régions ont recours plus systématiquement au généraliste. Elles n'ont pas l'attrait qu'exercent les régions méditerranéennes, sud-atlantiques et parisienne sur les spécialistes. La densité des gynécologues reste donc inférieure à la moyenne nationale. Les taux de fécondité les plus

FIG N° 2
DENSITÉ DES GYNÉCOLOGUES ET TAUX DE FÉCONDITÉ EN FRANCE



CARTE N° 3
DENSITÉ DES GYNÉCOLOGUES SUR LE TERRITOIRE FRANCAIS



proches de 53,5 pour 1 000 correspondent aux régions marquées par une densité de gynécologues inférieure ou égale à 20 pour 100 000 femmes.

Pour les questions liées à la contraception et à la fécondité, les femmes s'adressent, en général, aux gynécologues ou aux généralistes ; mais certaines d'entre-elles⁹ préfèrent consulter les équipes médicales des centres de planification qui proposent un accueil anonyme et une prescription gratuite des contraceptifs.

Avec la recrudescence des M.S.T. (Maladies Sexuellement Transmissibles) et la progression du S.I.D.A., quels rôles tiennent les centres de planification ? Amplifient-ils leurs actions auprès des jeunes dans les écoles et dans les quartiers des grands ensembles ? Développent-ils des nouvelles stratégies médico-sociales en faveur de la jeunesse ? Quelles sont en 1993 leurs missions ? Comment se distribuent-ils sur le territoire bas-normand ? Qui sont les consultants ? Leur rôle est-il social ou médical ?

1. 2 Les centres de planification familiale

Les centres de planification familiale existent depuis 1972 (décret n° 72-318 du 24 Avril 1972). Leur fonction est d'assurer l'éducation familiale, l'information et les consultations en vue de régulariser les naissances. Les entretiens, les consultations, les examens et la délivrance de contraceptifs y sont gratuits pour les mineurs et les non-assurés sociaux. En 1982, la décentralisation a transféré la responsabilité et le financement des centres de planification familiale aux Conseils Généraux. Ces structures sont gérées par les services départementaux de la Protection Maternelle et Infantile. La loi du 23 janvier 1990 a étendu leurs missions initiales au dépistage et aux traitements des M.S.T..

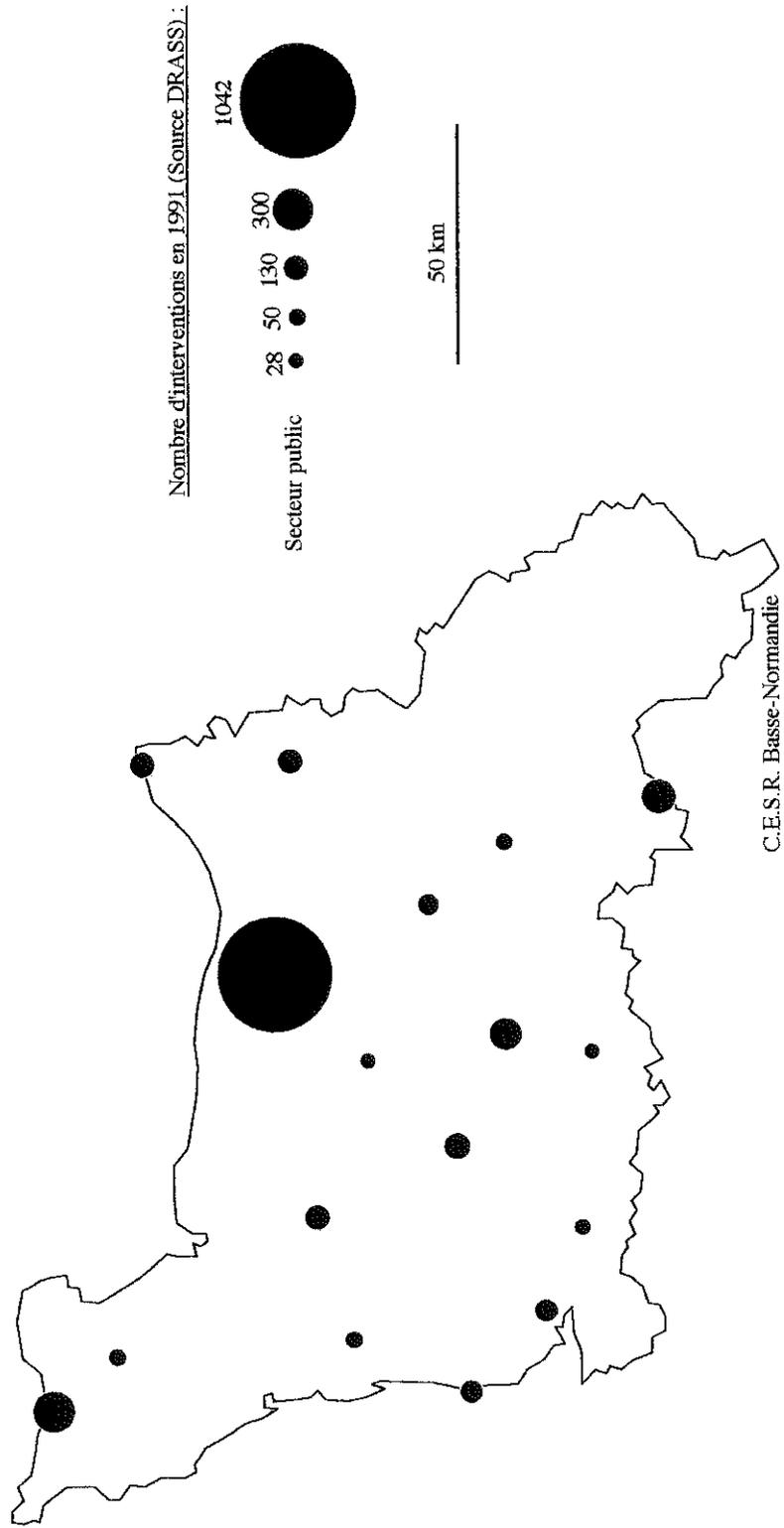
Les centres de planification familiale jouent un rôle de prévention très important auprès des adolescents et des jeunes adultes. En Basse-Normandie, ils ont accueilli près de 10 000 jeunes en 1992 (soit 5% des jeunes âgés de 15 à 24 ans). Contraception, diagnostic de grossesse et consultation avant I.V.G. (Interruption Volontaire de Grossesse) sont les motifs les plus fréquents des entretiens et des consultations donnés dans les 17 centres de planification répartis plus ou moins uniformément dans notre région.

La libéralisation des contraceptifs et la législation de l'avortement ont amené une régulation des naissances. Dorénavant, les jeunes accèdent facilement aux moyens de contraception. Les

⁹ Près de 10 000 femmes âgées de 15 à 49 ans ont consulté en 1992 les centres de planification. soit près de 3% des femmes d'âge fécond (Cf. imprimé envoyé par le Ministère de la Santé à ces structures).

CARTE N° 4

INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSE EN BASSE-NORMANDIE
DANS LES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS PUBLICS



préservatifs sont maintenant en vente dans les pharmacies et les supermarchés et la pilule est prescrite gratuitement dans les centres de planification. Mais les problèmes ne sont pas tous résolus. Chaque année, en Basse-Normandie, les incidents de parcours se chiffrent à 3 000 I.V.G. et à 600 naissances précoces (mères âgées de moins de 20 ans). Il faut signaler qu'une étude est actuellement menée par le Comité Technique Régional de la Naissance pour déterminer l'origine sociale des jeunes femmes qui ont recours à l'I.V.G..

Au regard de la carte N° 4, le nombre d'Interruption Volontaire de Grossesse augmente à quelques exceptions près avec le degré d'urbanisation des villes. Ainsi, le C.H.R.U. de Caen a pratiqué 1042 I.V.G. en 1991. Les établissements d'hospitalisation publics des agglomérations et des villes moyennes réalisent entre 300 et 130 I.V.G. annuels. Les petites structures de Domfront, Saint-Hilaire-du-Harcouët et d'Aunay-sur-Odon ont pratiqué respectivement 28, 31 et 29 I.V.G. pour l'année 1991. Les établissements de Flers et de Vire, situés dans des zones à dominante rurale, enregistrent respectivement 206 et 149 I.V.G. et rejoignent les tendances observées dans les principaux bassins de population et d'emploi hormis l'agglomération caennaise (Cherbourg, Alençon et Saint-Lô). Cette situation inquiétante et curieuse semble mettre l'accent sur l'absence de centres de planification dans les secteurs géographiques du Bocage Virois, de la Suisse Normande, du "Pays" Flérien.

La recrudescence des Maladies Sexuellement Transmissibles est un facteur inquiétant voire dramatique lorsqu'il s'agit du S.I.D.A.. En 1991, l'I.N.S.E.R.M. recense en France 3461 décès causés par le S.I.D.A. dont 28 en Basse-Normandie. Si les régions Ile de France (1 746) et Provence-Alpes-Côte d'Azur (525) sont touchées gravement par ce fléau des années 80, la prudence est de mise dans une région comme la nôtre.

1.2.1 L'activité des centres de planification

En 1992, les 17 centres de planification familiale ont effectué environ 10 000 consultations médicales et près de 3 500 entretiens. En outre, les centres ont organisé plus de 300 heures de séances collectives dont la plupart dans les établissements scolaires. Plus de la moitié des consultations concerne la contraception, et l'I.V.G. constitue le motif de deux entretiens sur 10. Il faut signaler toutefois que les entretiens (1%) et les consultations (0,2%) après I.V.G. sont rarement assurés par les équipes des centres de planification. L'hôpital et la clinique assurent, en effet, le suivi médico-social des patientes après l'Interruption Volontaire de Grossesse. Les problèmes de stérilité concernent moins d'un entretien sur 1 000 et deux consultations sur 1 000. Les consultants des centres de planification viennent principalement chercher une information sur les moyens de contraception.

	NOMBRE	POURCENTAGE
ENTRETIENS		
Contraception	1534	50,3
Stérilité	2	0,06
Problèmes gynécologiques	28	0,9
Diagnostic de grossesse	371	12,1
Entretien :		
- avant I.V.G	589	19,3
- après I.V.G	38	1
Difficultés Sexuelles	439	14,3
Autres	49	1,6
Ensemble	3050	100
CONSULTATIONS		
Contraception	6992	71,3
Stérilité	28	0,2
Problèmes gynécologiques	1000	10,2
Diagnostic de grossesse	849	8,6
Consultation :		
- avant I.V.G	212	2,1
- après I.V.G	28	0,2
Difficultés Sexuelles	27	0,2
Autres	667	6,8
Ensemble	9803	100

Tableau N° 1 : Répartition des entretiens et des consultations selon le motif dans les centres de planification familiale bas-normands

1. 2. 2. L'implantation des centres de planification

Au regard du tableau N° 2, plus d'un tiers des centres de planification en Basse-Normandie sont implantés dans les centres de P.M.I., les dispensaires ou les centres médico-sociaux. Ainsi, les femmes disposent dans ces structures à la fois d'une offre médicale et des services sociaux.

Seuls les centres de Granville, de Cherbourg et d'Alençon sont intégrés à un service de gynécologie-obstétrique ou à un local autonome de l'hôpital. Les jeunes femmes ont sur place l'information et l'entretien obligatoire avant l'I.V.G..

Enfin, parmi les 17 structures, un seul dispose d'un local indépendant géré par le Mouvement Français pour le Planning Familial implanté à Alençon.

	Centre de PMI	Service Gynéco-obstétrique	Local autonome dans hôpital	Dispensaire Centre médico-social	Local indépendant	Autres
Avranches	◆			◆		
Granville		◆				
Coutances				◆		
Saint-Lô				◆		
Valognes				◆		
Octeville	◆					
Cherbourg		◆				
Caen (centre)	◆			◆		
Caen (université)						◆
Bayeux	◆					
Lisieux	◆			◆		
Dives-sur-Mer	◆					
Alençon (hôpital)			◆			
Alençon (ville)					◆	
Argentan	◆			◆		
L'Aigle	◆					
Mortagne-au-Perche	◆					
Ensemble	9	2	1	7	1	1

Tableau N° 2 : Implantation des centres de planification familiale

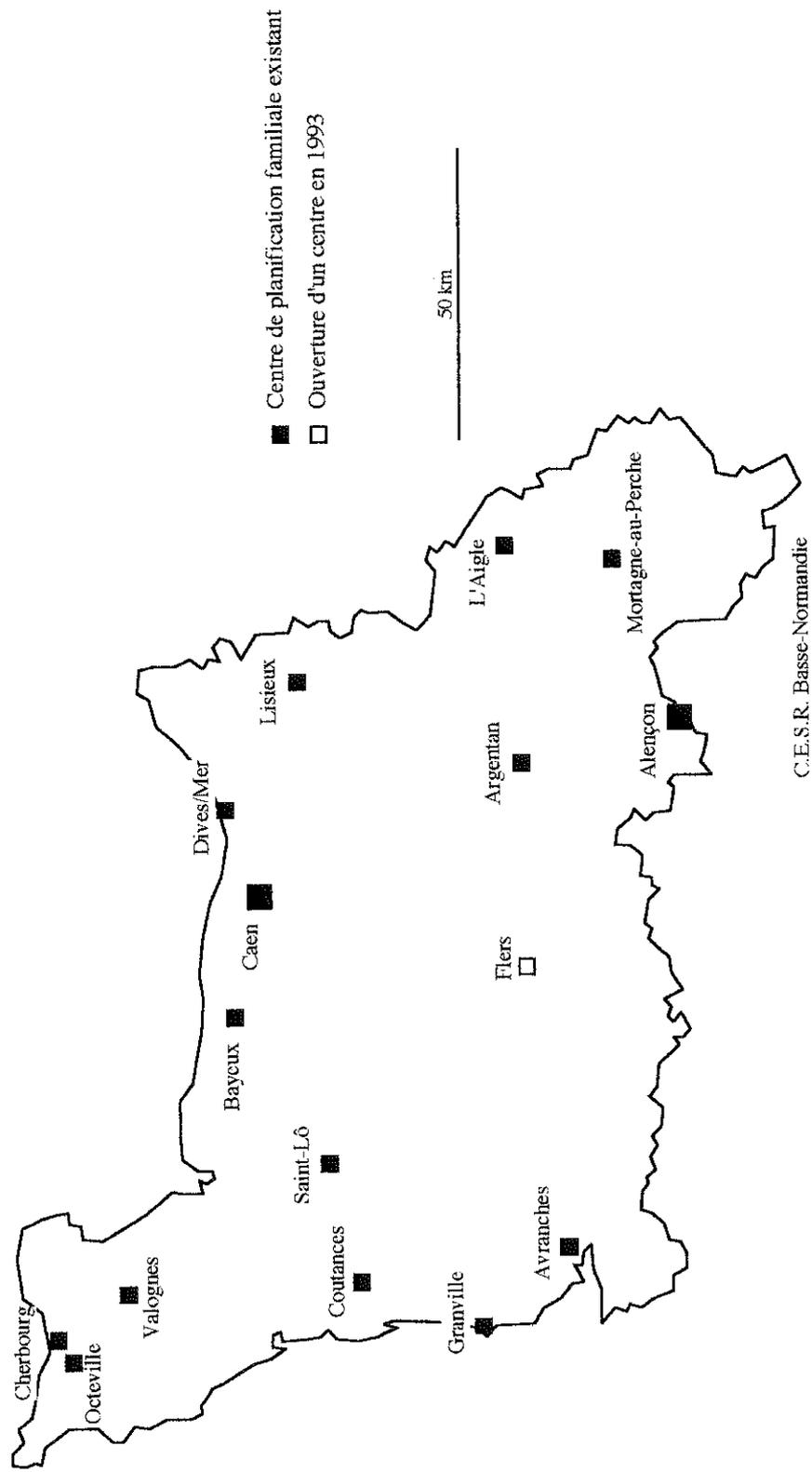
Les centres de P.M.I., les dispensaires et les centres médico-sociaux représentent plus d'un tiers des centres de planification. Ainsi, les femmes disposent d'un centre qui conjugue l'offre médicale et le service social. Seuls les centres de Granville, Cherbourg et Alençon sont intégrés dans un service de gynécologie-obstétrique ou dans un local autonome de l'hôpital. Les jeunes femmes ont sur place l'information et l'entretien obligatoire avant l'I.V.G.. Parmi les 17 centres, un seul dispose d'un local indépendant géré par le Mouvement Français pour le Planning Familial (Alençon).

1. 2. 3 La fréquentation dans les centres de planification familiale

Les femmes représentent la quasi-totalité de la clientèle des centres de planification (96%). Beaucoup de jeunes filles s'adressent à cette structure publique et s'informent sur les moyens de

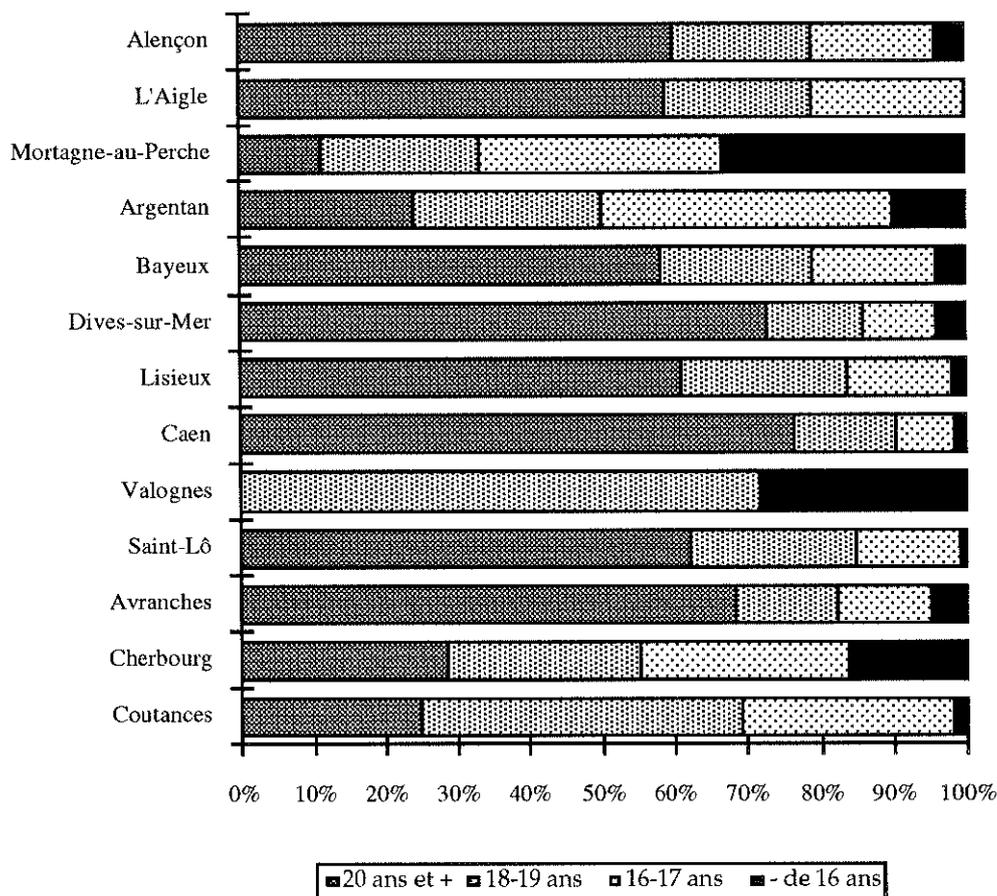
CARTE N° 5

LOCALISATION DES CENTRES DE PLANIFICATION FAMILIALE EN BASSE-NORMANDIE



contraception, sur l'I.V.G. et sur les M.S.T. auprès d'interlocuteurs qualifiés et pédagogues. La spécificité des centres est soulignée par la présence d'une équipe pluridisciplinaire composée de généralistes, de spécialistes, de conseillers conjugaux, de sages-femmes, d'assistants sociaux et de psychologues salariés par le département.

FIG N° 3
LES CONSULTANTS PAR TRANCHES D'AGE DANS 13 CENTRES DE
PLANIFICATION FAMILIALE



Au regard de la figure N° 3, la répartition par tranche d'âge est très différente d'un département à l'autre, d'un secteur urbanisé à un secteur rural. Dans le Calvados, la clientèle est constituée majoritairement par des jeunes âgés de plus de 20 ans. Dans l'Orne, la situation est plus contrastée : les centres de l'Aigle et d'Alençon se calquent sur les tendances observées dans les villes de Caen, Bayeux, Lisieux et Dives-sur-Mer ; les centres de Mortagne-au-Perche et d'Argentan accueillent majoritairement des lycéennes pensionnaires ou demi-pensionnaires adolescentes majoritairement étrangères. L'analyse des données du département de la Manche est incomplète. Seuls les centres d'Avranches, de Saint-Lô, de Cherbourg, de Coutances et de Valognes répertorient leurs consultants par tranche d'âge. La fréquentation des structures d'Avranches et de Saint-Lô rejoint les tendances observées dans le département du Calvados. La répartition par tranche d'âge à Cherbourg est homogène. De même, à Coutances, hormis la

quasi-absence des moins de 16 ans, les disparités entre les tranches d'âge 16-17, 18-19 et 20 et plus sont très minimales.

Les adolescents âgés entre 16 et 18 ans qui fréquentent les centres de planification appartiennent à toutes les classes sociales, des plus favorisées au plus démunies. Ils cherchent avant tout à obtenir un moyen de contraception à l'insu des parents ou des informations concernant leur sexualité. Les patients de plus de dix-huit ans appartiennent majoritairement aux classes moyennes voire défavorisées (chômeurs, RMIstes, ...) ou au monde étudiant.

En 1991, les 17 centres implantés en Basse-Normandie ont renouvelé 36% de leur clientèle. Les centres de planification sont en définitive une structure de premier contact. Les séances d'information conduites par les sages-femmes dans les établissements scolaires, le "bouche à oreille", ... orientent les jeunes à s'adresser aux centres de planification. L'accueil anonyme et gratuit conduit les jeunes à chercher l'information destinée à faciliter le démarrage de leur vie sexuelle. Un peu moins des deux tiers restent fidèles. La réponse médicale et sociale se calque sur leurs besoins et leurs préoccupations.

1. 2. 4 Les activités médico-sociales des centres de planification familiale

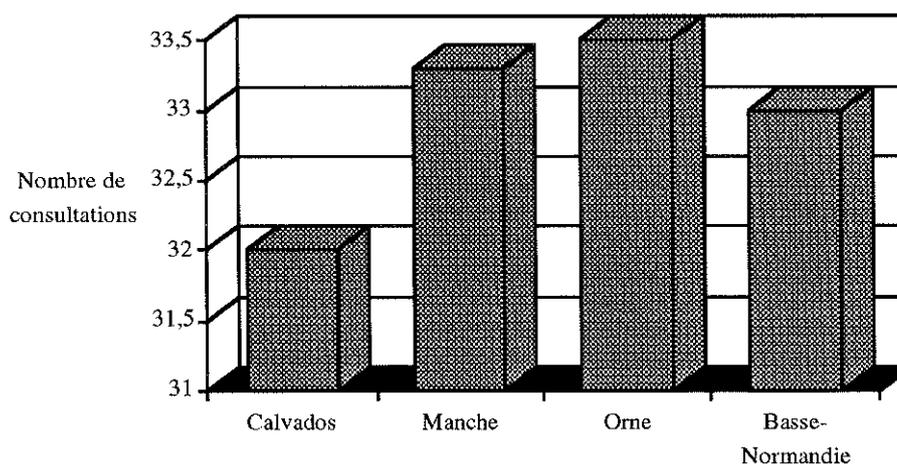
	Nombre de 1/2 journées d'ouverture par semaine	Mercredi	Samedi	Après 18 h
Cherbourg	3	◆		
Octeville	5	◆		
Valognes	2	◆		
Saint-Lô	3	◆		
Coutances	2	◆		
Granville	1	◆		◆
Avranches	1	◆		
Bayeux	4	◆		
Caen	10	◆	◆	◆
Dives-sur-Mer	1			
Lisieux	3	◆	◆	
Argentan	2	◆		
L'Aigle	4	◆		
Alençon	10	◆		
Mortagne-au-Perche	1	◆		

Tableau N° 3 : Ouverture des centres de planification

Comme le montre le tableau N° 3, seuls les centres d'Alençon et de Caen sont ouverts en permanence. A l'opposé, les centres de planification des petites villes exercent une à cinq vacations par semaine. La moyenne régionale est de 3,5 demi-journées d'ouverture par semaine et reste inférieure à la moyenne nationale (3,7). Nous constatons que 16 centres sont ouverts le mercredi. Ils visent par conséquent un public scolarisé et jeune.

Malgré une souplesse d'ouverture, les centres de planification familiale ne semblent pas être des structures intégrées à l'action sociale globale et préventive menée dans les départements bas-normands. La figure N° 4 illustre les résultats de l'activité des centres mesurés en nombre de consultations rapportées à la population féminine de 15 à 44 ans. En comparaison à la moyenne nationale (70 pour 1 000), la Basse-Normandie compte moins de 33 consultations pour 1 000 femmes.

FIGURE N° 4
NOMBRE DE CONSULTATIONS POUR 1 000 FEMMES
AGEES DE 15 À 44 ANS



Le Calvados se trouve dans une situation originale. L'I.N.S.E.E. recense, en 1992, dans le département du Calvados, 101 825 jeunes âgés de 15 à 24 ans (soit près de 50% de la population régionale appartenant aux tranches d'âge 15-19 ans et 20-24 ans). Les centres de planification ne semblent pas exercer d'intérêt chez les jeunes. Nous pouvons émettre deux hypothèses : la répartition des centres sur l'espace départemental n'est pas homogène et par conséquent ne correspond pas aux besoins des jeunes (cf. Carte N° 5) ; et, la densité des médecins (généralistes ou spécialistes) banalise l'acte médical contraceptif et relègue les structures publiques aux populations à risques, économiquement défavorisées. Néanmoins, nous constatons que les quatre centres de planification se concentrent sur l'axe Bayeux-Caen-Lisieux. Ils assurent moins de 5 000 consultations par an et accueillent moins de 4% des jeunes âgés de 15 à 24 ans. En définitive, seuls les jeunes qui résident dans le nord du département bénéficient des services gratuits et des conseils préventifs apportés par l'équipe pluridisciplinaire des centres de

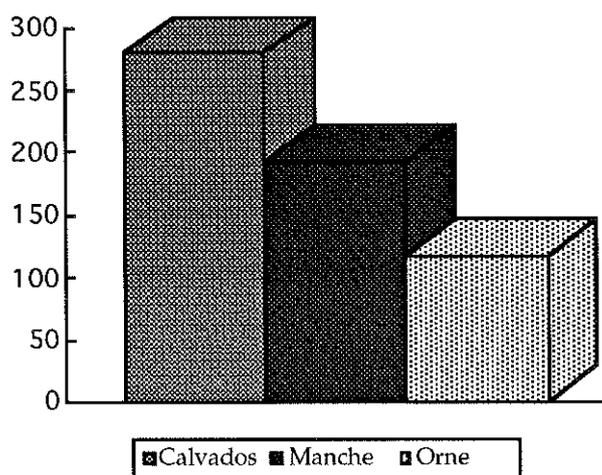
planification. L'aménagement du territoire se fait au détriment des petits pôles économiques (Falaise, Condé-sur-Noireau et Vire) dépourvus de centres de planification et éloignés de l'agglomération caennaise. L'offre ne se calque pas, par conséquent, sur les besoins sanitaires et sociaux de la population.

Les départements de l'Orne et de la Manche disposent d'un centre de planification par ville dotée d'un lycée public d'une capacité d'accueil supérieure à 400 élèves. Ces départements ont judicieusement calqué les besoins d'une population jeune à une offre parfaitement adaptée aux soucis des adolescents.

Depuis la décentralisation, la responsabilité et le financement des centres de planification, rappelons-le, sont transférés aux Conseils Généraux. Il n'est donc pas étonnant que les actions départementales dans ce domaine soient très différentes. Une réflexion globale sur les problèmes de la jeunesse devrait être menée avec l'ensemble des intervenants sociaux pour dégager les axes prioritaires dans le domaine de la prévention.

Les problèmes en Basse-Normandie restent assez nombreux. Le département de Calvados accuse depuis quelque temps une augmentation des grossesses adolescentes et une constance du nombre d'Interruption Volontaire de Grossesse. Cette situation met en évidence la nécessité d'investir davantage dans la prévention.

FIG N° 5
LES NAISSANCES CHEZ LES MOINS DE 20 ANS
EN 1990



Par ailleurs, les jeunes semblent insuffisamment informés sur les problèmes liés à la sexualité. Les campagnes d'information sur le S.I.D.A. et les M.S.T. ne répondent pas aux préoccupations et aux interrogations majeures des jeunes.

La prévention reste trop souvent une priorité de second rang. Or le nombre de grossesses adolescentes, d'I.V.G. et la recrudescence des M.S.T. sont compressibles si des équipes qualifiées viennent vers les jeunes qui appartiennent aux classes sociales les moins favorisées et les moins informées ou qui sont encore scolarisés. Une prévention de base éviterait les dérapages sociaux devenus trop courants chez les jeunes. Des animations dans les établissements scolaires, les maisons de quartiers et les centres médico-sociaux peuvent aider les jeunes à déterminer leurs choix, leurs envies et leurs espoirs. La dépense publique en matière de santé sera compressible si les pouvoirs publics favorisent une prévention adaptée aux préoccupations et aux problèmes de la population.

Ces vingt dernières années, les progrès scientifiques ont optimisé la maîtrise de la fécondité et la gestion de la vie. Les couples peuvent dorénavant gérer leur sexualité et programmer la conception de leurs enfants. Mais, quand des problèmes de stérilité ou d'infertilité se posent, les couples se réfèrent aux nouvelles techniques de Procréation Médicalement Assistées. Les fécondations *in vitro* et les inséminations artificielles sont des réponses médicales à des problèmes spécifiques. La Basse-Normandie s'est équipée d'un C.E.C.O.S., appelé plus communément "banque de sperme", et d'un laboratoire habilité à exercer les fécondations *in vitro* et a ainsi calqué ses ambitions sanitaires sur le reste du pays.

2. Les Procréations Médicalement Assistées (P.M.A.)

Quelques notions d'épidémiologie s'avèrent utiles en préambule de ce chapitre. La fécondabilité est la probabilité de conception au cours d'un cycle menstruel donné. Sa valeur moyenne est d'environ 25% pour un couple. Il est intéressant de savoir que pour un couple de fécondabilité normale (20 à 25%), le délai nécessaire pour concevoir est en moyenne de cinq mois. Pour un couple de faible fécondabilité (5%), ce délai est de vingt mois. Donc bien souvent, ce type de couple consulte un généraliste, un gynécologue ou un urologue pour infertilité. Il s'avère avec le temps qu'il ne s'agit pas de stérilité puisque 70% d'entre eux conçoivent au bout de deux ans.

La stérilité se définit comme l'impossibilité de concevoir et l'infertilité, comme une difficulté à concevoir. Les techniques de P.M.A. sont nombreuses et ne sont comparables ni dans leurs coûts, ni dans leurs résultats. Les Procréations Médicalement Assistées (P.M.A.) regroupent l'ensemble des techniques qui nécessitent une assistance médicale et biologique pour combattre la stérilité et l'infertilité.

Le terme Procréation Médicalement Assistée est récent. Tout a commencé en 1978 lorsque Louise BROWN, premier enfant issu d'une fécondation *in vitro*, vit le jour en Angleterre. Quatre ans plus tard, l'hôpital de Clamart renouvelle l'exploit en Europe : Amandine est le premier bébé éprouvette. Dix ans plus tard, cette technique s'est généralisée et a permis la naissance de milliers d'enfants dans le monde.

2.1 Le bilan médical du couple infertile

Pour de multiples raisons, un bilan de stérilité n'est habituellement débuté qu'après une période d'infertilité de deux ans. Le médecin devra s'enquérir des différents antécédents médicaux et chirurgicaux chez l'homme et la femme, susceptibles d'altérer les fonctions reproductrices du couple : infections génitales, problèmes endocriniens, traitements chimiothérapeutiques, kystes de l'ovaire, I.V.G... Après quoi, un certain nombre d'examen est mené pour conduire à l'éventuel diagnostic de stérilité.

	EXAMENS CLINIQUES	EXAMENS COMPLÉMENTAIRES
HOMME	Examen de l'appareil génital masculin	Dosages hormonaux Bilan immunologique Dépistage du SIDA et de la syphilis Caryotype éventuel Étude du sperme
FEMME	Contrôle pondéral Pilosité Examen des seins Palpation Thyroïdienne Examen gynécologique	Étude de la courbe de T° Hystérométrie ¹ Prélèvements vaginaux Analyse bactériologique de la muqueuse utérine Étude de l'ascension des spermatozoïdes Dosages hormonaux Sérologies virales ² et microbiennes Bilan immunologique Dépistage du SIDA et de la syphilis Caryotype Échographie Hystérosalpingographie ³ Hystérocopie ⁴ Coeliscopie ⁵

¹ mesure de la longueur utérine et du calibre du col.

² recherche de l'immunisation de la femme contre la rubéole et la toxoplasmose.

³ examen qui consiste à introduire par le col de l'utérus un produit radio-opaque et à suivre son cheminement dans les trompes et la cavité péritonéale sur des clichés radiologiques.

⁴ exploration de la cavité utérine grâce à une sonde munie d'une fibre optique .

⁵ exploration du pelvis et des organes génitaux grâce à une fibre optique introduite par une incision ombilicale.

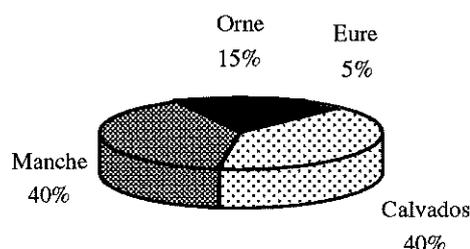
Tableau N° 4 : Examens préliminaires au diagnostic de stérilité

2. 2 Les techniques de P.M.A. en Basse-Normandie

Le Centre Hospitalo-Universitaire de Caen dispose d'un Laboratoire de Cytologie Génitale habilité à exercer les P.M.A.. En 1992, 315 stimulations ovariennes ont été effectuées et 255 fécondations *in vitro* (F.I.V.) pratiquées. Ce service dynamique draine une clientèle majoritairement bas-normande (cf. FIG N° 6) adressée par un médecin traitant. Les clients potentiels du département de l'Orne sont souvent orientés vers le centre de P.M.A. du Mans pour des raisons de proximité et donc de commodité. Quelques patients du département de l'Eure (Pont-Audemer, Bernay, Serquigny...) consultent au C.H.U. de Caen et constituent 5% de la clientèle du centre bas-normand.

Les stérilités tubaires (65% des cas) sont les premières indications des P.M.A.. Les trompes sont altérées, obturées ou excisées suite à une intervention chirurgicale. Dans 25% des cas, l'hypofertilité est due à une cause masculine (anomalies du sperme). Et 10% des stérilités restent inexplicables et sont généralement liées à des problèmes psychologiques.

FIG N° 6
ORIGINE DE LA CLIENTELE DU
CENTRE DE P.M.A.



Le parcours P.M.A. se jalonne d'étapes depuis la stimulation de l'ovulation jusqu'à l'accouchement. La patiente est adressée par son médecin traitant au Professeur HERLICOVIEZ qui constitue au premier rendez-vous un dossier médical autour d'examens préliminaires (cf. Tableau N° 4). Une seconde consultation permet de le compléter. A l'analyse des résultats, le médecin décide alors si le traitement relève d'une application P.M.A.. Si l'indication thérapeutique de la F.I.V. est favorable, il s'ensuit un traitement préparatoire en vue de stimuler l'ovulation et un prélèvement de l'ovocyte. La F.I.V. constitue l'étape suivante. Assurée par l'équipe du Professeur IZARD, elle précède la réimplantation de l'embryon si une fécondation est obtenue. Une prise de sang, une dizaine de jours plus tard, détermine la réussite ou l'échec du processus. Si la grossesse est confirmée, la patiente sera renvoyée à son médecin traitant qui assurera le suivi médical jusqu'à l'accouchement.

A Caen, les biologistes recueillent généralement 11 ovocytes par femme au cours de la stimulation de l'ovulation. Les ovocytes repérés et les spermatozoïdes les plus mobiles sont respectivement transférés dans un milieu de culture adapté. Une heure à six heures plus tard, après la ponction ovarienne, l'insémination a lieu dans un tube contenant un ml de milieu de culture, un ovocyte et en moyenne 50 000 spermatozoïdes mobiles. La fécondation s'effectue dans des conditions d'environnement proches de la physiologie humaine : température à 37° C, obscurité... Statistiquement, seulement la moitié des ovocytes recueillis et inséminés *in vitro* deviennent des embryons. Vingt-quatre heures plus tard, l'examen à la loupe permet d'affirmer s'il y a fécondation. Le couple averti par l'équipe de l'existence d'embryons est alors convoqué pour le transfert. Trois embryons sont déposés sur le fond utérin et multiplient ainsi les chances de réussite. Le pourcentage de succès croît avec le nombre d'embryons transférés : respectivement 18% et 24% pour un et trois embryons déposés.

Le risque de grossesse multiple et gémellaire augmente également. Les grossesses multiples représentent 20% des F.I.V. à Caen et 25% en France.

Un long cheminement aura ainsi précédé le bonheur d'une naissance. Mais la réussite n'est pas toujours au rendez-vous. Le taux de réussite moyen avoisine 20% par ponction et 11% après congélation des œufs. Depuis 1989, la congélation embryonnaire ouvre de nouvelles perspectives. En effet, les embryons dits "surnuméraires" sont congelés dans l'azote liquide et maintenus dans des conteneurs à moins de 196 ° C. Ils ne résistent pas tous à la congélation. Environ 25% des œufs ne peuvent pas être réintroduits dans l'utérus et seuls 75% sont donc susceptibles de donner une grossesse. Il est conseillé de limiter la durée de congélation à quelques mois et au maximum, à deux ans. Près d'un tiers des femmes ponctionnées demandent dorénavant la congélation des embryons excédentaires. Cette nouvelle pratique augmente les probabilités de grossesse pour une même tentative. La Sécurité Sociale rembourse, depuis 1990, quatre ponctions par femme. Au-delà, les frais sont à la charge totale de la patiente. La cryopréservation embryonnaire est un acte coté à la nomenclature de la sécurité sociale. Les frais de garde des embryons sont par conséquent facturés. Si le couple ne souhaite plus un projet parental pour ses embryons, il peut demander leur destruction ou leur don à un couple stérile.

LES DIFFÉRENTES TECHNIQUES DE P.M.A.

I.A.C.	Insémination Artificielle avec sperme de Conjoint
I.A.D.	Insémination Artificielle avec sperme de Donneur
F.I.V.	Fécondation <i>In Vitro</i>
F.I.V-D	Fécondation <i>In Vitro</i> avec sperme de Donneur
G.I.F.T.	Gamete Intrafollian transfer (transfert intratubaire de gamètes)
Z.I.F.T.	Zyote Intrafollian Transfer (transfert intratubaire d'œufs fécondés)

Les échecs cliniques représentent une grande part des difficultés rencontrées par les médecins en charge de P.M.A.. Il faut signaler toutefois que certaines grossesses spontanées surviennent après l'abandon d'une P.M.A. ou après l'adoption d'un enfant. La part psychologique reste importante. L'accompagnement médico-psychologique est l'un des paramètres fondamentaux d'une Procréation Médicalement Assistée. Le C.H.U. de Caen souffre particulièrement de pénurie en ce domaine et la technique médicale prend le pas sur la dimension humaine. Ainsi, lorsque la première F.I.V. échoue, le couple est désemparé et se sent quelque peu abandonné par la médecine. Cette même science a élaboré, pendant de longs mois, un projet d'enfant mais n'a pas atteint l'objectif souhaité. L'expérience de plusieurs années montre que l'accompagnement psychologique doit se poursuivre sur toute la durée de

l'intervention. Par ailleurs, il est regrettable que les psychologues, les psychiatres et les pédopsychiatres soient insuffisamment intégrés aux équipes médicales de P.M.A..

L'I.A.D. et la F.I.V.D sont des P.M.A. qui introduisent des gamètes étrangers lorsque le mari est stérile. Le couple demandeur est adressé par son médecin traitant à l'un des 20 C.E.C.O.S. répartis sur le territoire français (cf. Carte N° 5). L'équipe du C.E.C.O.S. du C.H.U. de Caen recommande que le couple rencontre le psychiatre avant de débiter les inséminations. Cet entretien s'avère en définitive être une expérience enrichissante pour le couple et un moment de réflexion sur la réception de gamètes extra-conjugaux.

2.3 Les C.E.C.O.S (Centre d'Étude et de Conservation des Oeufs et du Sperme Humain)

Les C.E.C.O.S. appelés plus communément "banques de sperme" se développent dans les années 70 et s'implantent dans les principaux centres hospitalo-universitaires (cf. Carte N° 6).

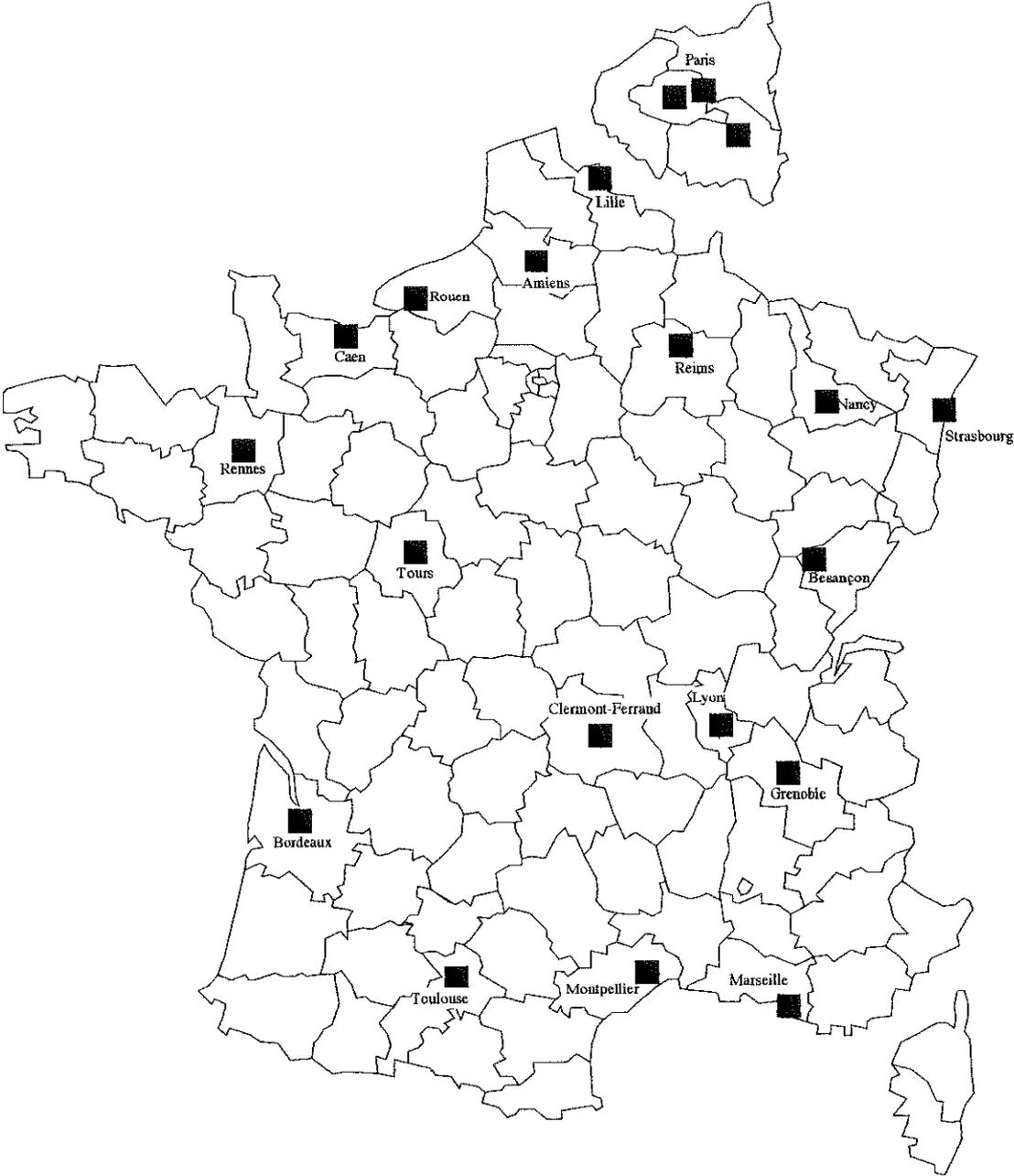
2.3.1 Rôle et principes du C.E.C.O.S.

A une époque où les incertitudes du corps médical face aux techniques de P.M.A. se multiplient, les C.E.C.O.S. ont décidé d'adopter les mêmes principes de fonctionnement et assurent ainsi des garanties éthiques et techniques. Taxée d'inadaptation au progrès et d'opacité par certains, le système C.E.C.O.S. s'avère être la seule structure transparente en l'absence d'un cadre juridique précis. L'activité principale d'un C.E.C.O.S. se résume à la conservation du sperme provenant de donneurs bénévoles et anonymes et à la satisfaction d'une demande émanant d'un couple dont le mari est stérile. Les autres activités s'axent sur l'auto-conservation du sperme des hommes devant subir un traitement qui risque de les rendre stériles, et la recherche scientifique.

Le C.E.C.O.S. respecte deux principes fondamentaux : le don gratuit et le don d'un couple. Par ailleurs, le donneur doit remplir quatre conditions :

- accepter de façon bénévole et anonyme ;
 - être âgé de moins de 55 ans ;
 - être père d'au moins un enfant ;
 - et avoir l'accord de son épouse.
-

CARTE N° 6
RÉPARTITION DES CECOS



2. 3. 2 Le choix du donneur

Au cours du premier rendez-vous, le dossier médical du donneur est constitué à partir d'un examen clinique, d'une enquête génétique d'une étude bactériologique du sperme et d'une prise de sang pour le caryotype et les sérologies (TPHA, HIV...). Ce bilan vise à écarter les risques de transmission d'une maladie héréditaire ou contagieuse. Le sperme du donneur, recueilli par masturbation, est congelé et conservé dans l'azote liquide à la température de moins 196 ° C. Avant toute insémination, le médecin responsable du C.E.C.O.S. a la responsabilité du choix des paillettes de sperme déterminé par les grandes caractéristiques morphologiques et le groupe sanguin du couple receveur. Le groupe sanguin est choisi de telle sorte que celui de l'enfant soit compatible avec celui des deux conjoints. De même, pour les caractéristiques morphologiques, il convient d'éviter l'introduction d'un caractère héréditaire inexistant chez aucun des deux conjoints. Certains couples receveurs craignent parfois la consanguinité. Les C.E.C.O.S. ont donc fixé le nombre de grossesses obtenues avec le sperme d'un même donneur à 5. Les donneurs appartiennent le plus souvent aux catégories socio-professionnelles les plus favorisées (cadres et professions libérales) qui semblent mieux appréhender les problèmes de stérilité et évacuer les tabous. Ils résident principalement dans les grands bassins de population locaux (agglomérations caennaise et cherbourgeoise).

2. 3. 3 Association du C.E.C.O.S. et de l'équipe de F.I.V.

Le C.E.C.O.S. du C.H.U. de Caen s'associe à l'équipe de fécondation *in vitro* et participe, par conséquent, aux explorations et aux traitements des couples inféconds. Ce centre ne pratique pas la congélation des embryons humains. L'équipe pluridisciplinaire associe un biologiste de la reproduction, des cliniciens (deux gynécologues), un généticien et un pédopsychiatre.

2. 3. 4. Adéquation entre offre médicale et besoin de la population

Le C.E.C.O.S. assure une offre médicale suffisante pour répondre aux besoins de la population bas-normande. Il enregistre 80 à 100 demandes par an. Mais l'insémination peut être réalisée dès que la liste d'attente le permet. Le délai d'attente d'une I.A.D. est de 18 mois à 2 ans. Le C.E.C.O.S. est actuellement confronté à une pénurie de donneurs.

2.4 Éthique et P.M.A.

La France n'a pour l'instant adopté aucune disposition légale réglementant les activités cliniques de Procréations Médicalement Assistées. Seuls existent les décrets n° 88 327 et 88 328 du 8 avril 1988 portant agrément des centres de P.M.A. et la création de la Commission Nationale de Médecine et de Biologie de la Reproduction (cf. Annexe N° 1).

Soixante-seize centres et quatre-vingt-un laboratoires et banques de sperme ont ainsi reçu l'agrément du Ministère de la Santé (cf. Carte N° 7). Le décret n° 88 327 définit précisément les conditions de l'agrément calquées sur les qualifications du personnel et l'adaptation des locaux. Ces décrets définissent les conditions techniques de l'activité de centres de P.M.A. mais ne répondent pas aux questions éthiques.

Face à ce vide juridique, un certain nombre de réflexions tant médicales que publiques s'élaborent. Le Groupe d'Études de la Fécondation in vitro en France (G.E.F.F.) publie, en mars 91, un livre blanc des P.M.A. en France. Du côté du législateur, après l'avant-projet BRAIBANT (1989), des travaux restent en cours. Du côté des pouvoirs publics, Mme Noëlle LENOIR, maître de requête au Conseil d'État, rend en septembre 91, un rapport intitulé "Aux frontières de la vie : pour une démarche française en matière d'éthique biomédicale". En mars 92, le Conseil des Ministres examine plusieurs projets de loi sur la bioéthique mais ne propose en définitive aucune législation. La difficulté de faire coïncider la loi et l'extrême rapidité de l'évolution scientifique reste un handicap majeur. En l'absence de toute loi, aucune limite n'est fixée. Et légiférer aujourd'hui, c'est déjà intervenir trop tard. Le corps médical espère une intervention législative qui optimiserait le développement harmonieux de la biomédecine et de la société dans un cadre éthique précis. Dans certains pays de la Communauté Européenne, l'absence de lois conduit certains laboratoires à pratiquer l'exploration du fœtus et à repousser toujours l'âge de la grossesse.

Seuls le C.E.C.O.S et l'équipe de F.I.V. du C.H.U. de Caen ont reçu l'agrément, en 1988, d'exercer les activités cliniques de P.M.A. en Basse-Normandie. Dans le département de l'Orne, deux laboratoires pratiquaient la F.I.V. mais ont cessé leurs activités faute d'agrément délivré par le Ministère de la Santé. De même, les activités de l'équipe de Deauville périclitent depuis 1988.

3. Le bilan médical prénuptial du couple : premier acte préventif

3.1 L'examen prénuptial

L'action médicale préventive commence par l'examen prénuptial des futurs époux. Selon les prescriptions du code civil (art. 63-2), "l'officier d'état civil ne pourra procéder ni à la publication..., ni en cas de dispense de publication, à la célébration du mariage, qu'après la remise par chacun des deux époux, d'un certificat médical datant de moins de deux mois, attestant à l'exclusion de toute autre indication que l'intéressé a été examiné en vue du mariage".

Le couple s'adresse en général à son médecin traitant. L'attention du praticien se porte particulièrement sur les affections chroniques ou contagieuses susceptibles de porter préjudice à la santé des conjoints ou de leur descendance. Le test prénuptial porte sur :

- l'examen sérologique, pour les femmes âgées de moins de 50 ans, de la rubéole et de la toxoplasmose ;
- la recherche du groupe sanguin et du rhésus ;

L'examen sérologique du H.I.V. devrait obligatoirement proposé en raison de la progression du S.I.D.A. auprès des jeunes.

3.2 Généralisation de l'union libre et des naissances "hors mariages" : une immunité moins garantie

Depuis la fin des années 70, les femmes conçoivent de plus en plus leurs enfants en dehors du mariage. En 1990, l'I.N.S.E.E. recense 31% d'enfants nés "hors mariage", 9% de couples concubins et plus de 5% de cellules mono-parentales en Basse-Normandie. Par conséquent, l'immunité à la rubéole et à la toxoplasmose n'est connue qu'au premier examen prénatal. Les risques de contamination et d'infection du fœtus sont ainsi multipliés. Pendant toute la vie intra-utérine, l'embryon puis le fœtus peuvent être atteints par les différents agents infectieux portés par la mère : bactéries, virus et parasites. L'infection néonatale reste encore aujourd'hui une cause majeure de morbidité, de mortalité ou de handicaps. Il appartient aux pouvoirs publics de mener une politique préventive systématique auprès des populations féminines et

	TOXOPLASMOSE	RUBÉOLE	SYPHILIS
Maladie	Parasitaire	Virale	Virale
Immunitisation	84% des femmes protégées	94% des femmes protégées	
Facteur de contamination	Ingestion de légumes souillés ou de viande crue	Contamination virale	par voie sexuelle
Risques encourus par le fœtus	6% de femmes contactent une infection toxoplasmique et 4% contaminent leur enfant. Quatre tableaux cliniques : - la mort du fœtus qui entraîne l'avortement - les troubles neurologiques - les anomalies viscérales - les retards psychomoteurs	Parmi les malformations les plus fréquentes : - petit poids à la naissance - malformation oculaire (cataracte...) - surdité - retard psychomoteur - convulsions	Contamination transplacentaire du fœtus après le 5 ^e mois de grossesse - anomalies dentaires - surdité bilatérale - troubles de la vue - anomalies cutanées, ostéo-articulaires ou viscérales
Traitement	Prescription de la spiramycine.		Penicilline
Prévention	Si le séro-diagnostic de toxoplasmose est négatif, il impose des contrôles réguliers au cours de la grossesse	La vaccination antirubéolique des jeunes filles doit faire disparaître cette maladie redoutable dont les séquelles sont importantes.	Le traitement de la mère pendant la grossesse protège totalement l'enfant s'il est effectué avant le 5 ^e mois

Tableau N° 5 : Les infections néonatales

d'encourager les vaccinations contre la rubéole grâce au R.O.R. (vaccin pratiqué à 24 mois contre la rougeole, les oreillons et la rubéole) et grâce à un rappel effectué à l'adolescence. L'adage populaire "mieux vaut prévenir que guérir !" résume à lui seul l'importance de la prévention.

3.3 Les infections néonatales

Nous distinguons trois périodes dans le développement de l'œuf humain à partir de la fécondation. Au cours des vingt premiers jours, les cellules toutes indifférenciées se multiplient. Une agression virulente entraîne la mort de l'œuf. Au cours des trois premiers mois, les organes et les tissus se différencient. Toute infection à ce stade peut entraîner la mort de l'embryon ou de nombreuses malformations. Et enfin, les six derniers mois correspondent à la croissance de l'embryon. Toute infection peut entraîner des malformations congénitales (cf. Tableau N° 5). La Basse-Normandie se caractérise par un taux de mortalité infantile bas et dorénavant peu compressible (6,3 pour 1 000). Le corps médical s'est mobilisé depuis une vingtaine d'années pour la diminution de la morbidité périnatale. Aujourd'hui, la prévention périnatale doit être optimisée grâce à des campagnes d'information et d'intervention dans les centres médico-sociaux, les centres de P.M.I. et les dispensaires.

PÉRINATALITÉ

La période périnatale s'étend du 22^{ème} jour d'aménorrhée au 7^{ème} jour de la naissance. Elle inclut, par conséquent, la phase prénatale, l'accouchement et les premiers jours du nouveau-né. L'enjeu du suivi médical périnatal est capital puisqu'il contribue à la constitution du capital-santé de l'enfant. La médicalisation de la mère et du fœtus s'est accrue avec le développement des connaissances scientifiques. La femme enceinte fait, de nos jours, l'objet d'une attention toute particulière. La grossesse est jalonnée d'examen en tout genre (échographies, prises de sang, vaccinations...), de séances d'information et de prévention et d'entretiens psychologiques.

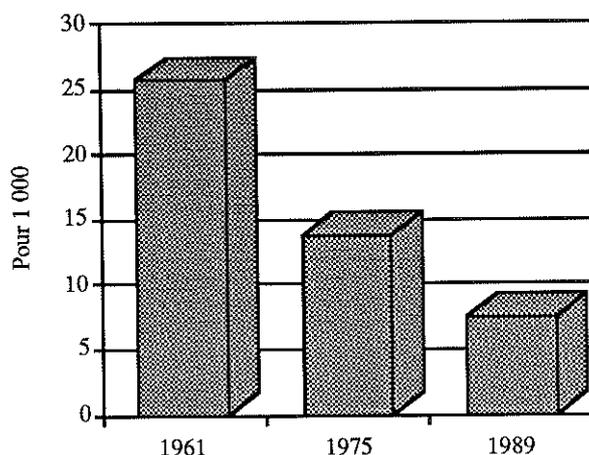
Il y a trente ans, la surveillance prénatale, assurée généralement par le médecin de famille, était restreinte à quelques examens obstétricaux, et l'accouchement à domicile se pratiquait encore couramment en France. La morbidité maternelle et la mortalité infantile semblaient, à cette époque, incompressibles en l'absence de toute politique périnatale et de toute mobilisation du corps médical.

Les maternités ont conquis à l'époque du "baby-boom" les principaux bassins de population et d'emploi en France. Les agglomérations et les petites villes se sont dotées de petites structures plus ou moins modernes et ont adapté l'offre médicale à la demande d'une population particulièrement féconde dans les années d'après-guerre. La généralisation de l'hospitalisation des parturientes s'est accompagnée d'une diminution du taux de mortalité infantile : 13,8 pour 1 000 en 1975 et 7,5 pour 1 000 en 1989. Dès lors, les différences des taux de mortalité infantile, suivant l'origine sociale et le lieu de résidence (villes/campagnes), se sont quelque peu estompées (cf. Fig N° 7).

En 1972, un quart des femmes accouchaient sans avoir rencontré l'équipe responsable de l'accouchement. Les risques de complication à la naissance existaient. La surveillance prénatale s'est intensifiée ces vingt dernières années : 85% des femmes ont au moins eu six consultations avec l'équipe de la maternité et 32% ont bénéficié de deux échographies. Les conditions d'accouchement se sont nettement améliorées. Les maternités des grandes villes sont généralement dotées des centres de réanimation néonatale et accueillent des cliniciens spécialisés dans la prise en charge des nouveau-nés. De même, la surveillance du rythme cardiaque pendant le travail est passée de 6% en 1972 à 97% en 1989. L'obstétrique moderne recourt de plus en plus à la césarienne : 6% en 1972 contre 14% en 1989. Et les accouchements

déclenchés, par l'équipe médicale, ont augmenté entre ces deux périodes et sont passés de 8% à 15%.

FIG N° 6
TAUX DE MORTALITE INFANTILE
EN FRANCE DE 1961 À 1975



A cette époque, les malformations et les handicaps chez l'enfant avaient souvent pour origine la rubéole, l'hérédo-syphilis, la toxoplasmose ou à la prématurité et étaient inféodés à des phénomènes sociologiques (conditions de travail, alcoolisme, problèmes familiaux, ...). Les maladies infectieuses sont de nos jours relativement bien maîtrisés grâce aux vaccinations, aux antibiotiques et au suivi de l'état immunitaire de la femme enceinte. Par ailleurs, le conseil génétique et le diagnostic prénatal sont des démarches de prévention des affections néonatales et des malformations congénitales (trisomie 21) qui tendent à se généraliser à l'ensemble de la population.

Le développement des connaissances dans le domaine de la pédiatrie et de la néonatalogie ont amené de nouvelles pratiques médicales plus attentives au bien-être de l'enfant et de sa mère. Les objectifs des obstétriciens et des pédiatres sont de réduire, dès lors, les risques de complications lors des accouchements et les souffrances néonatales. Ils visent, en définitive, à réduire la mortalité périnatale et les handicaps.

Les moyens progressifs, pour atteindre les objectifs du premier programme périnatal, sont médicaux. La surveillance prénatale, la réanimation néonatale et le diagnostic anténatal se sont généralisés. Depuis, des moyens sociaux ont été mis en place et ont donc optimisé l'adéquation des ressources médico-sociales aux besoins de la population. A l'orée du troisième millénaire, les problèmes de santé publique se posent en termes de lutte contre la mortalité et en termes de

promotion de la santé. L'O.M.S. (Organisation Mondiale de la Santé) définit la santé comme "un état complet de bien-être physique, mental et social".

Dans cette perspective, les services de santé publique ont engagé une lutte contre les handicaps et les inadaptations de tous ordres. C'est dans cet esprit que les services de P.M.I., chargés dès 1945, des consultations des nourrissons et de la surveillance des nourrices, ont évolué. Depuis la décentralisation, ces services sont placés sous l'autorité de l'exécutif départemental. Ils concourent à la promotion de la santé familiale en collaboration étroite avec le service départemental d'action sociale. Ils interviennent depuis la maternité jusqu'à la première enfance, à une période clé du développement de l'individu. La P.M.I. cherche ainsi à réduire les inégalités sociales devant la santé. L'environnement familial est un élément déterminant d'aggravation et d'irréversibilité des dérapages sociaux. Les équipes de P.M.I. accompagnent, par conséquent, les familles à risques, plus ou moins marginalisées et défavorisées, à résoudre leurs problèmes médico-sociaux. Les sages-femmes se déplacent au domicile des femmes enceintes en situation difficile. Elles veillent au bon déroulement de la grossesse et favorisent l'établissement de liens affectifs entre la mère et l'enfant à naître. Il faut signaler toutefois que la P.M.I. est souvent associée à la "médecine du pauvre". En cela l'image de ce service est dévalorisée à la fois par les habitants des quartiers les plus défavorisés où sont généralement implantés des antennes P.M.I. et par les milieux sociaux favorisés. Ainsi pour les pathologies infantiles courantes, les mères de famille appartenant aux classes sociales élevées ou moyennes ne recourent pas aux services des équipes médicales de la P.M.I. et privilégient par conséquent l'intervention d'un praticien libéral.

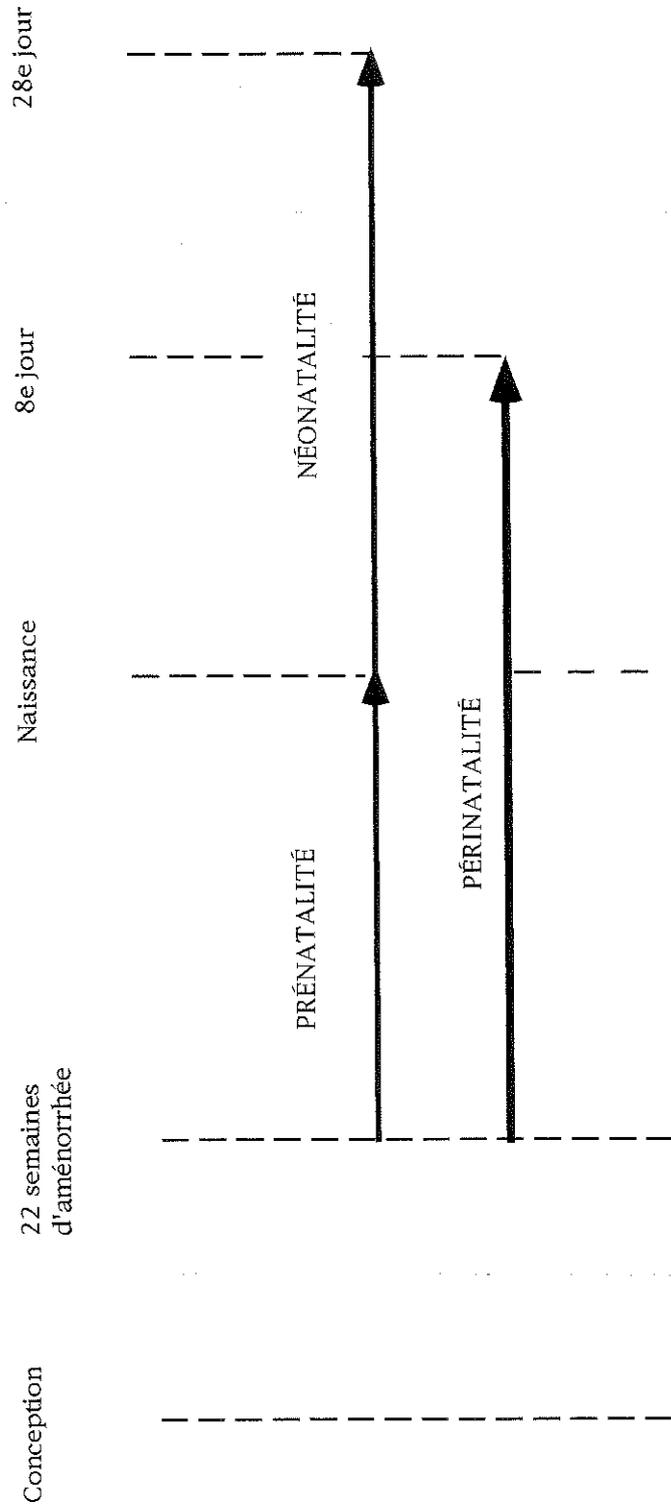
Depuis 1965, les démographes observent une baisse quasi-constante de la fécondité. Les répercussions de cette évolution démographique sur l'aménagement du territoire sont notables. Beaucoup de petites communes de 3 000 à 5 000 habitants se sont équipées de petites maternités dans les années du "baby-Boom". L'activité de ces infrastructures ne cesse de diminuer depuis environ trente ans. Certaines maternités pratiquent moins de 300 accouchements par an. Par ailleurs, elles ne disposent pas de plateaux techniques complets comme par exemple les centres hospitalo-universitaires. L'obstétricien et le pédiatre (quand il en a un ...) ont une disponibilité astreinte.

Ces insuffisances ont été dénoncées, en janvier 93, par un rapport du Haut Comité de la Santé Publique. Les quatorze rédacteurs de ce document ont constaté de graves anomalies dans l'organisation des soins aux bébés et aux mères. L'I.N.S.E.E. évalue le taux de mortalité maternelle en France à 9 pour 1 000. La situation de notre pays n'est pas satisfaisante par rapport à celles des nations de l'Europe du nord. L'obstétrique reste une activité d'urgence qui requiert la disponibilité d'un personnel qualifié, à toute heure du jour et de la nuit. En France, les centres hospitalo-universitaires et les hôpitaux généraux les mieux équipés disposent

généralement d'un médecin anesthésiste et d'un pédiatre expérimentés en néonatalogie. Les C.H.U. sont dotés de services performants et d'équipements ultramodernes, et disposent d'une équipe pluridisciplinaire, généralement de garde de jour comme de nuit. Dans les petites maternités, il n'y a pas de gynécologues accoucheurs de garde 24 heures sur 24. L'offre médicale tend à se dégrader dans les secteurs ruraux ou peu urbanisés au profit des agglomérations et des grandes communes urbaines qui concentrent les services d'urgence, le personnel et les moyens technologiques. Certains experts espèrent résoudre les disparités qualitatives et quantitatives de l'offre médicale dans le regroupement des petits établissements. Mais que proposent-ils pour les zones rurales où les maternités ont tendance à s'espacer ? Un accouchement ne supporte ni l'attente ni les longs déplacements. L'espace rural est certes un milieu vieillissant. Les jeunes générations sont attirées par les communes urbaines pourvoyeuses d'emploi, de loisirs, de formation et de modernité. Les carences de l'aménagement du territoire ne sont pas nouvelles et ne cessent de précipiter le départ des plus jeunes vers les pôles économiques les plus actifs et les plus favorisés. En définitive, les bassins de naissance des secteurs ruraux risquent de se disloquer au profit des bassins de naissance des secteurs urbanisés.

La dévitalisation des zones rurales s'intensifie et contribue donc à une redistribution spatiale de la population française. L'aménagement du territoire visait, ces dix dernières années, les zones urbanisées et périurbanisées. De nos jours, le maintien d'activités de base dans les communes rurales (épiceries, boulangerie, postes, banques...) semble être le seul remède à l'exode massif des populations rurales. La modernité est profitable quand elle profite à tous. D'un côté, les plateaux techniques se spécialisent et de l'autre, les petites maternités se contentent d'un minimum de moyens techniques et financiers. Néanmoins, ces petites structures restent les relais médicaux indispensables des zones rurales éloignées des plateaux techniques polyvalents et participent au maintien d'une population jeune sur place.

SCHÉMA N° 3
DÉFINITIONS DES DIFFÉRENTES PÉRIODES DEPUIS LA CONCEPTION
AUX QUATRE PREMIÈRES SEMAINES DE VIE DU NOUVEAU-NÉ



1. Prévention périnatale

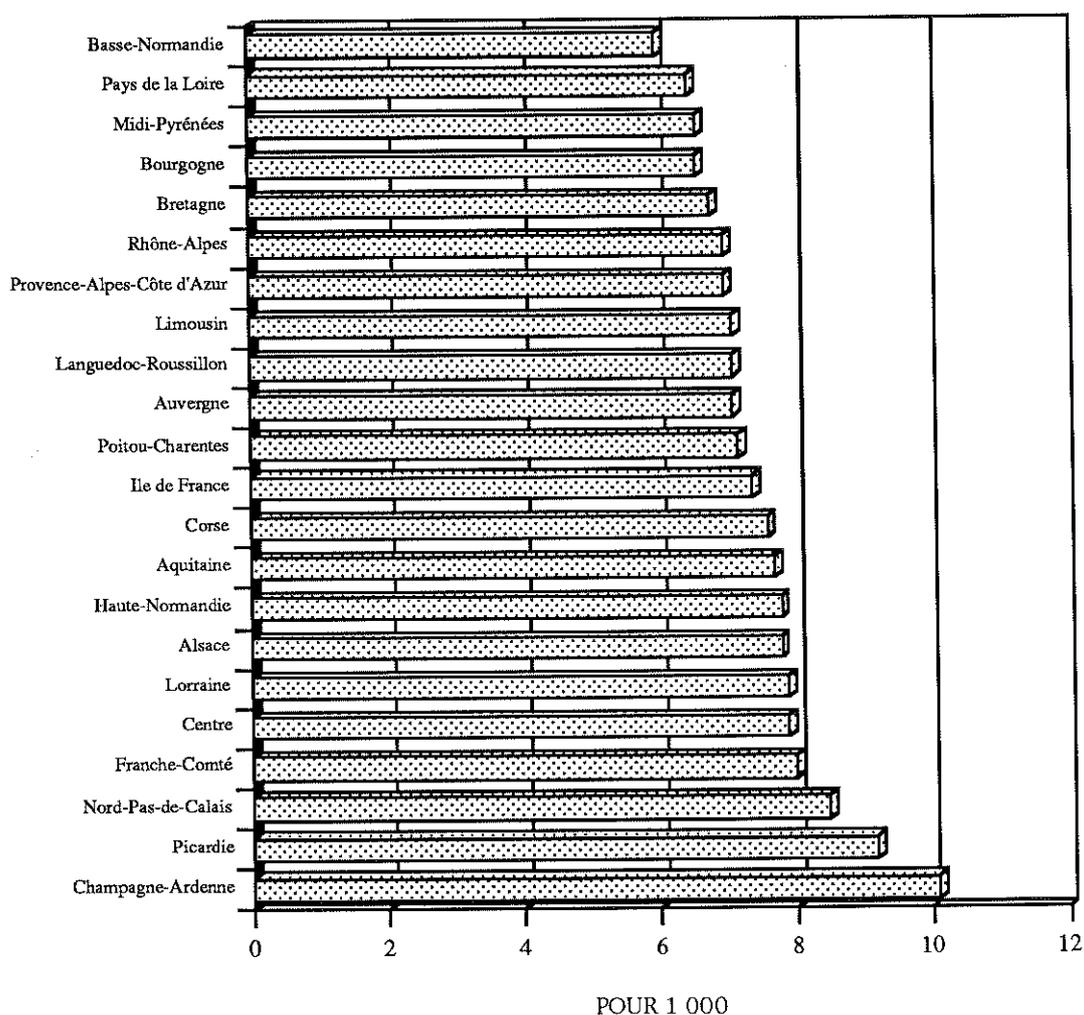
L'évolution du statut de la femme et de l'enfant s'est accompagnée de mesures médicales et sociales en faveur de la maternité et de la petite enfance. Ainsi, le corps médical s'est mobilisé, ces vingt dernières années, pour améliorer les conditions d'accueil de la mère et du nouveau-né. Aujourd'hui, les C.H.U., les hôpitaux généraux et les cliniques disposent de services de gynécologie-obstétrique et pédiatrique instrumentés et performants. Ils accueillent avec moins de suspicion les psychologues et les pédopsychiatres. Les services sociaux, de leur côté, mènent une politique préventive dans les secteurs à "risques" (Z.U.P. et grands ensembles). Les équipes de P.M.I. maintiennent, par ailleurs, les visites au domicile des jeunes femmes et assurent un suivi continu des grossesses. Depuis une vingtaine d'années, les inégalités devant la santé se sont quelque peu estompées entre les différents milieux socio-économiques puisque la société actuelle réserve un certain nombre de droits et d'aides financières et sociales aux familles les moins favorisées : consultations gratuites dans les centres de P.M.I. ...

1.1 Le relief social de la mortalité infantile

La prévention prénatale, le suivi médical et l'hospitalisation des parturientes ont infléchi la courbe des taux de mortalité infantile (France : 7,5 pour 1 000 en 1989) et de morbidité maternelle (France : 9 pour 1 000 en 1989). La Basse-Normandie enregistre, en 1989, le plus faible taux de mortalité infantile observé en France : 6 pour 1 000. Ce résultat reflète une répartition homogène des maternités sur le territoire, la complémentarité du secteur public et des structures privées, la connexité du corps médical avec les intervenants sociaux et enfin l'uniformité des comportements médico-sociaux.

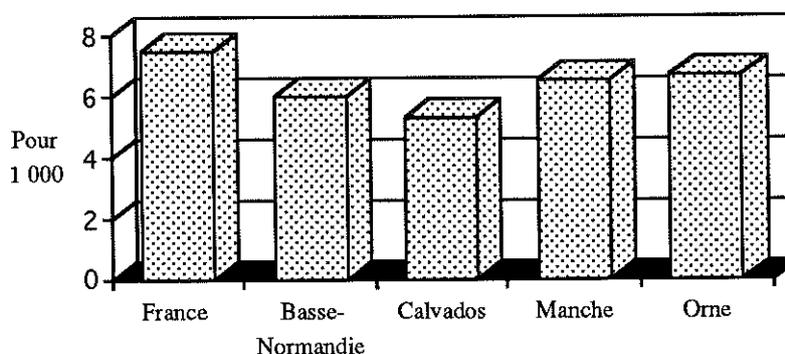
Les régions Picardie, Haute-Normandie, Nord-Pas-de-Calais, Lorraine, Franche-Comté, Corse, Champagne-Ardenne, Centre et Alsace sont caractérisées par un taux de mortalité infantile supérieur à la moyenne nationale (1989 : 7,5 pour 1 000). Les régions du grand ouest (Basse-Normandie, Bretagne et Pays de la Loire), la Bourgogne et les Midi-Pyrénées affichent des taux de mortalité infantile compris entre 6 pour 1 000 et 6,8 pour 1 000. Il faut signaler, toutefois, que ces taux sont amenés à des variations annuelles liées à l'évolution de certaines pathologies.

FIG N° 8
TAUX DE MORTALITE INFANTILE
(SOURCE INSEE 1989)



Au regard de la figure N° 9, les départements de l'Orne et de la Manche accusent un taux de mortalité infantile supérieure à la moyenne régionale. Néanmoins leurs taux restent inférieurs à la moyenne nationale. Le Calvados enregistre le meilleur taux : 5,3 pour 1 000. Les différences de mortalité infantile, suivant le milieu socio-économique, subsistent malgré les efforts déployés tant sur le plan social que sur le plan médical. L'âge de la mère, la légitimité, la nationalité des parents, l'urbanisation et la catégorie socio-professionnelle génèrent des inégalités.

FIG N° 9
MORTALITÉ INFANTILE EN BASSE-NORMANDIE
(SOURCE : INSEE, 1989)



Après des années d'expérience, les acteurs sociaux et les intervenants médicaux ont constaté que les femmes étrangères ne recouraient pas ou peu aux systèmes de soins mis à leur disposition. Beaucoup accouchent à domicile dans des conditions précaires et multiplient ainsi les risques de complication à la naissance. Les services de P.M.I. des départements les plus exposés, ont renforcé, par conséquent, les actions préventives et les visites à domicile dans les quartiers à forte densité étrangère.

Les départements bas-normands sont nettement moins exposés à une modification structurelle de la population dans sa composante ethnique. Les experts, consultés pour l'élaboration de ce rapport, justifient le faible taux de mortalité infantile de la Basse-Normandie par la faible proportion de population étrangère ou très marginalisée. Les populations à "risques" de notre région résident principalement dans les Z.U.P. et les grands ensembles construits dans les années 50 et 60, à la périphérie des centres villes. Le chômage et la promiscuité conduisent inévitablement à des dérapages sociaux. Les associations d'action sociale, les services P.M.I., la médecine libérale, les assistantes sociales, les aides ménagères, ... œuvrent auprès des populations défavorisées et cherchent l'estompage des inégalités sociales.

1.2 Prévention dans les maternités

Depuis quelques années, les équipes des services de gynécologie-obstétrique diversifient leurs activités dans le domaine de la prévention prénatale. Les séances de préparation à l'accouchement présentent l'occasion de mener une réflexion sur les préoccupations des futures mères (allaitement, alimentation, hygiène de vie...). Des courts-métrages sont projetés, et des débats, animés par l'équipe pluridisciplinaire de la maternité, s'engagent avec les futures

mamans. Les jeunes femmes, issues des milieux socio-économiques défavorisés et marginalisés, disposent ainsi d'un accompagnement psychologique et pédagogique.

Le bon déroulement d'une grossesse est optimisé par un accompagnement médico-social adapté aux besoins d'une population donnée et par le maintien d'un dialogue entre patients et intervenants médicaux. Une étude, conduite par le Comité Technique Régional de la Naissance de la Basse-Normandie en 1988, révèle que la prise en charge des femmes enceintes est différente selon le type de maternités. Les établissements privés à but lucratif assurent en moyenne 6,8 consultations et pratiquent 4,43 échographies tout au long de la grossesse. Les maternités publiques et privées conventionnées, quant à elles, assurent 4,06 consultations et 3,49 échographies. De même, la première consultation, assurée par l'équipe obstétricale, s'opère à 14,75 semaines de gestation dans le secteur privé contre 23,92 dans le secteur public. Au regard de ces chiffres, les moyens mis en œuvre dans le domaine de la prévention sont, en définitive, différents entre les maternités publiques et privées conventionnées et les maternités privées à but lucratif. Certains médecins pensent que deux à trois échographies au cours d'une grossesse sont suffisantes et conseillent une consultation mensuelle.

La précocité des consultations et la fréquence des examens prénataux ont une forte incidence sur le bon déroulement de la grossesse. La surveillance médicale prénatale doit absolument devenir un acquis médico-social et requiert une vulgarisation auprès des femmes enceintes. Une malformation détectée à la quatorzième semaine de gestation sera prise en charge à temps par la médecine.

1.3 Les associations

Dans les quartiers les moins favorisés, certaines associations prolongent l'action médico-sociale engagée par les services de P.M.I. ou par les équipes des maternités. Elles poursuivent une action préventive. Elles accueillent les jeunes mamans et leurs nouveau-nés dans des espaces conviviaux. Ce sont des lieux de rencontres entre parents, intervenants médicaux et acteurs sociaux. Ces associations assurent un dialogue et répondent aux préoccupations des jeunes mères. En outre, elles préparent l'entrée en crèche ou en halte-garderie. Ce type d'initiative est fondamental dans les quartiers socialement défavorisés pour son effet bénéfique et thérapeutique chez les individus en marge de la société. Ces lieux sont encore rares dans la région et méritent d'être favorisés parce qu'ils minimisent les risques de mauvais traitement et les difficultés d'adaptation. Nous recensons en Basse-Normandie cinq associations de ce type : "Ricochet" (quartier Grâce-de-Dieu à Caen), "le lieu-dit" (Hérouville-Saint-Clair), "Premiers pas" (Ouisseham), "la farandole" (Lisieux) et "le square" (Saint-Lô). Ces lieux de rencontres se localisent principalement dans l'agglomération caennaise et dans des villes d'importance

moyenne. Il est regrettable que ces initiatives restent essentiellement urbaines. En milieu rural, les dérapages sociaux sont nombreux et sont insuffisamment encadrés par les acteurs médico-sociaux.

1.4 La P.M.I. (Protection Maternelle et Infantile)

La protection prénatale, conduite par les services de P.M.I., s'articule autour de trois axes : la déclaration de grossesse, les visites prénatales et les consultations prénatales.

1.4.1 La déclaration de grossesse

Cette déclaration de grossesse, réalisée par le médecin traitant, est obligatoire. Elle se fait dans les quinze premières semaines, à la Caisse d'Allocations Familiales qui délivre à la future mère un carnet de maternité. Toute prestation ne peut être servie que si la déclaration de grossesse est produite en temps voulu et si les examens médicaux, prévus par la législation de Protection Maternelle et Infantile, ont été effectués. Les informations figurant sur la déclaration de grossesse, actuellement fixées par l'arrêté du 22 octobre 1973, orientent les agents de la P.M.I. vers les femmes qui présentent un risque prénatal majoré : jeunes filles mineures, femmes isolées, multipares et femmes au foyer. Les services de P.M.I. sont les premiers destinataires des avis de grossesse. Ils deviennent les médiateurs privilégiés entre les femmes en situation de détresse (économique, affective...) et le système de santé.

1.4.2 La visite prénatale des sages-femmes P.M.I.

L'action préventive à domicile est réalisée par les sages-femmes P.M.I. en application du décret n° 75-316 du 5 mai 1975. La sage-femme est en relation avec l'assistante sociale, la puéricultrice, l'inspecteur de l'Aide Sociale à l'Enfance, les maternités publiques ou privées et les praticiens de sa circonscription. L'interconnexion des services médico-sociaux optimise une intervention précoce et une prévention efficace. A la première visite, la sage-femme s'enquiert d'un certain nombre d'informations concernant le suivi médical de la grossesse, les problèmes sociaux rencontrés et les antécédents familiaux. Elle apporte sa compétence technique et surtout facilite les contacts avec le monde médical. Elle apporte un soutien psychologique fondamental et favorise l'élaboration précoce de liens affectifs entre la mère et son enfant.

1.4.3 Les consultations prénatales

Le nombre d'examens prénatals obligatoires a été porté à sept (au lieu de quatre précédemment). Le premier doit être effectué par un généraliste et les six autres peuvent réalisés par une sage-femme. Ces examens sont gratuits dans les centres de P.M.I. et sont remboursés à 100% s'ils sont effectués par le médecin traitant, à l'exception des échographies réalisées dans un service de gynécologie-obstétrique. De plus, les Caisses d'Allocations Familiales conduisent une politique incitative : des primes d'assiduité sont accordées aux futures mères qui fréquentent régulièrement les consultations prénatales.

Le premier examen prénatal doit être effectué avant la fin du troisième mois de grossesse. Les états pathologiques susceptibles d'avoir une incidence sur la conduite à terme de la grossesse ou sur la santé de l'enfant sont recherchés. Les infections et les risques causés par la tuberculose, la syphilis, le diabète et l'incompatibilité sanguine foeto-maternelle sont dépistés. Les autres examens ont une périodicité mensuelle à partir du quatrième mois de grossesse et jusqu'à l'accouchement.

Les consultations prénatales réalisées dans les services de gynécologie-obstétrique ou dans les centres médico-sociaux des départements sont gérées directement par les services de P.M.I. Les consultantes bénéficient de la gratuité totale des examens biologiques et cliniques. Les actions conduites par les équipes P.M.I. conservent un intérêt fondamental dans les quartiers défavorisés, jeunes et de forte densité parce que les risques prénataux y sont particulièrement nombreux. Elles sont adaptées aux besoins d'une population plus ou moins marginalisée.

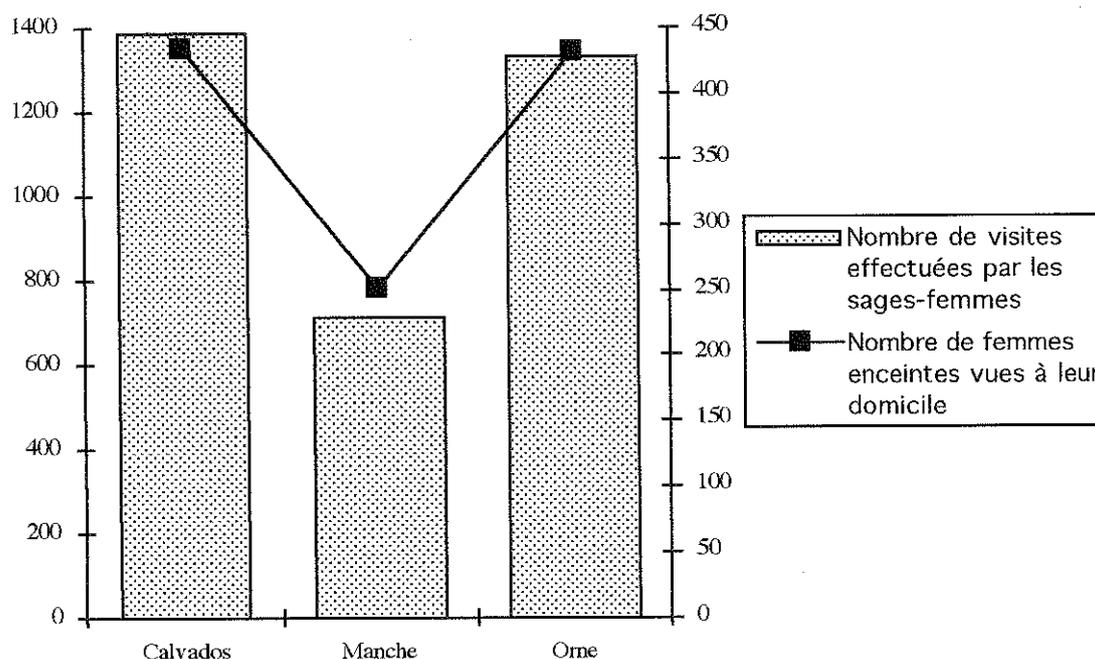
1.4.4 Activité des sages-femmes P.M.I. en Basse-Normandie

Les missions des P.M.I. départementales s'articulent autour des besoins médico-sociaux de la population. Au regard de la figure N° 10, l'Orne et le Calvados privilégient l'intervention des sages-femmes au domicile des femmes enceintes. Ainsi en 1991, les sages-femmes P.M.I. ont effectué 1335 visites dans le département de l'Orne et 1388 dans le département du Calvados pour respectivement, 435 et 453 femmes enceintes. Ces chiffres peuvent être rapportés au nombre de naissances et indiquent que seules 5% des femmes enceintes dans le Calvados et 13% d'entre-elles dans l'Orne ont bénéficié des visites prénatales assurées par les sages-femmes P.M.I..

Ces deux départements ont créé, cette année, de nouveaux postes de sages-femmes, de façon à disposer des services d'un agent pour deux circonscriptions dans le Calvados (Pays d'Auge nord et sud, Caen est-Falaise, Caen sud et centre, Hérouville-Caen nord, Bocage et Pré-Bocage,

Caen ouest et Bessin) et pour deux secteurs dans l'Orne (Flers-Domfront-la Ferté-Macé, Alençon-Carrouges-Sées, L'Aigle-Vimoutiers). Cf. Cartes N° 8 et N° 9.

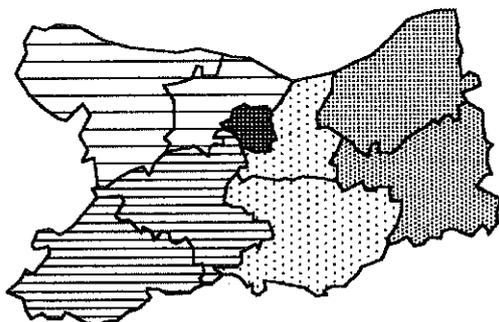
FIG N° 10
LES VISITES PRÉNATALES
EN BASSE-NORMANDIE



L'Orne disposait, en 1992, de deux postes de sages-femmes P.M.I. concentrés à l'est de l'axe Alençon/L'Aigle. L'ouverture d'un centre de planification familiale à Flers, en 1993, s'accompagne de la création d'un poste de sage-femme sur les secteurs de Flers, Domfront et La Ferté-Macé. Cette distribution des équipes sociales dans le département de l'Orne optimisera, à long terme, une meilleure connaissance des problèmes rencontrés par les populations à "risques". Ce département rural est marqué, par ailleurs, par une dévitalisation des campagnes liée au vieillissement et aussi au chômage. Par conséquent, les situations de détresse se multiplient dans les milieux socio-économiques défavorisés. L'équipe de P.M.I. tend à renforcer ses actions dans les secteurs où se généralise la monoparentalité responsable de nombreux dérapages sociaux plus ou moins irréversibles. Des études sont actuellement menées, par le service de P.M.I., dans le quartier de Perseigne à Alençon et précèdent l'élaboration d'une politique préventive adaptée.

En 1991, les cinq sages-femmes en poste dans le département du Calvados ne couvraient pas l'ensemble du territoire. En septembre 1992, la création d'un poste, dans les circonscriptions du

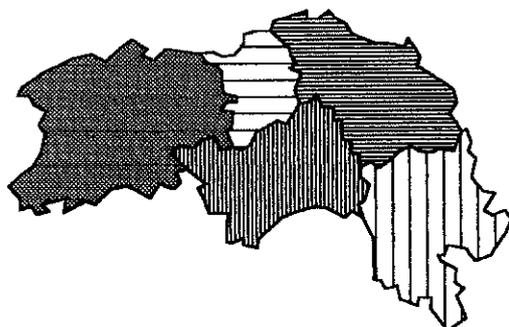
CARTE N° 8
SECTEURS D'INTERVENTION DES SAGES-FEMMES P.M.I.
DANS LE DÉPARTEMENT DU CALVADOS



Six sages-femmes P.M.I. pour 12 circonscriptions d'action sociale réparties comme suit :

-  Pays d'Auge nord et sud
-  Caen est et Falaise
-  Caen sud et centre
-  Hérouville-Saint-Clair et Caen nord
-  Bocage et Pré-Bocage
-  Caen ouest et Bessin

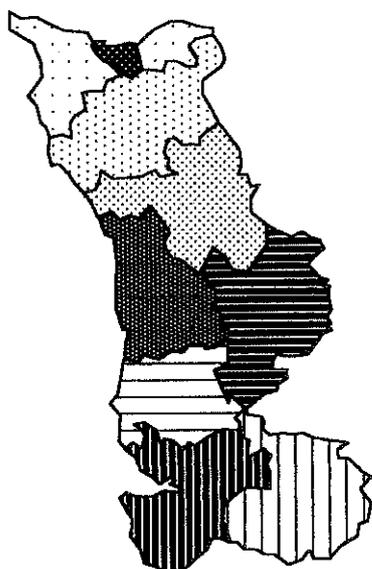
CARTE N° 9
SECTEURS D'INTERVENTION DES SAGES-FEMMES P.M.I.
DANS LE DÉPARTEMENT DE L'ORNE



Trois sages-femmes P.M.I. pour le département de l'Orne, réparties par secteurs, comme suit :

-  Flers, Domfront et la Ferté-Macé
-  L'Aigle, Vimoutiers, Gacé, le Merlerault, La Ferté-Fresnel et Moulins la Marche
-  Interventions ponctuelles des sages-femmes de Flers ou l'Aigle
-  Alençon, Carrouges, Sées, Courtomer, le Mélé sur Sarthe
-  Interventions ponctuelles des sages-femmes d'Alençon ou de l'Aigle

CARTE N° 10
LES SECTEURS D'INTERVENTION DES SAGES-FEMMES P.M.I.
DANS LE DÉPARTEMENT DE LA MANCHE



Quatre sages-femmes P.M.I. sont en poste dans les circonscriptions d'action sociale suivantes :

-  Cherbourg
-  Coutances
-  Saint-Lô
-  Avranches

Interventions ponctuelles dans les circonscriptions d'action sociale suivantes :

-  Octeville
-  Valognes
-  Carentan
-  Granville
-  Saint-Hilaire du Harcouët

Pré-Bocage et du Bocage, homogénéise la prévention prénatale à l'ensemble du département. Le Calvados mène depuis toujours une politique en faveur des milieux socio-économiques les moins favorisés tant dans les zones rurales que dans les milieux urbains : désenclavement géographique avec les bus verts et intensification des actions médico-sociales dans les quartiers à risques.

La situation dans le département de la Manche est très différente. Le service de P.M.I. fait actuellement l'objet d'une restructuration. Une réorganisation des circonscriptions médico-sociales et une nouvelle politique en matière de santé sont en cours. Les objectifs du service sont de développer les consultations et les bilans de santé des enfants de moins de trois ans et d'assurer la création de nouvelles structures pour l'accueil des jeunes enfants. De plus, le service souhaite multiplier la prévention auprès des jeunes mamans. Le nombre de visites à domicile assurées par les sages-femmes P.M.I. ont progressé de 3% entre 1990 et 1991. De même, le nombre de femmes enceintes vues à leur domicile a augmenté de 24%. Dans quelque temps, l'activité de la P.M.I. de ce département se calquera sur celle du Calvados et de l'Orne. Quatre circonscriptions médico-sociales sur neuf disposent des services des sages-femmes : Cherbourg, Coutances, Saint-Lô et Avranches. La couverture du territoire n'est pas totale même si ces agents médico-sociaux interviennent dans les circonscriptions voisines quand des dysfonctionnements sont observés par les intervenants sociaux.

Après avoir exposé, dans un premier chapitre, les actions préventives et médico-sociales conduites par les services P.M.I., le milieu associatif et le corps médical, auprès des femmes enceintes, le second chapitre présente l'activité, la localisation et l'encadrement médical des 28 maternités bas-normandes.

2. La naissance dans les maternités publiques et privées

La Basse-Normandie se caractérise par un important réseau de soins. Vingt-huit établissements disposent des services de gynécologie-obstétrique. Parmi ceux-ci, on dénombre le centre hospitalo-universitaire de Caen, 18 établissements hospitaliers publics et 9 cliniques privées. Aucune bas-normande ne se trouve à plus de 40 km d'une maternité.

2.1 Localisation des maternités

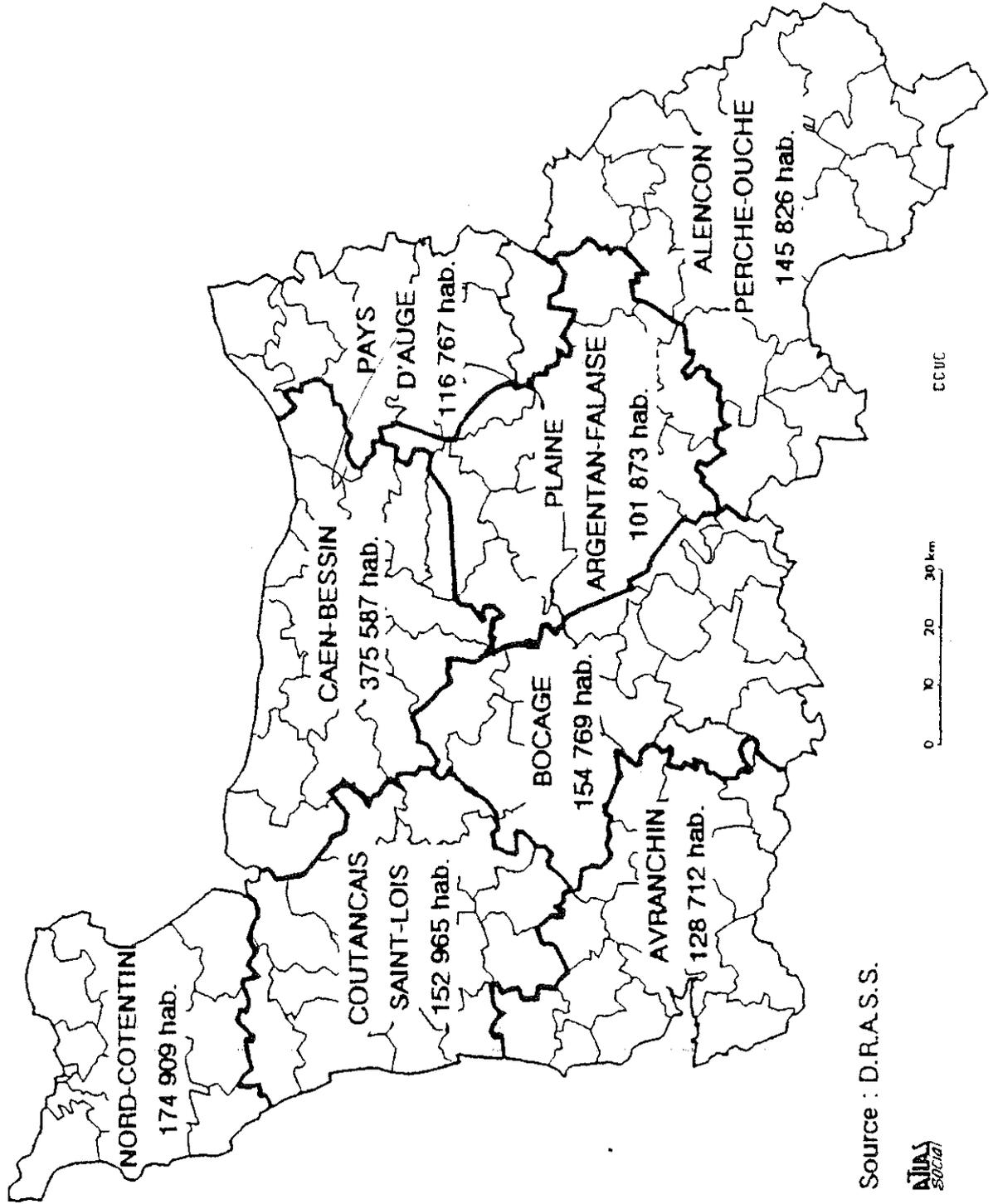
Les établissements sont dispersés plus ou moins uniformément sur l'ensemble du territoire : 8 sites d'implantation dans la Manche, 7 dans l'Orne et 13 dans le Calvados avec une forte concentration sur l'agglomération caennaise.

Nous avons respectivement :

- une maternité pour 12 300 femmes âgées de 15 à 49 ans dans le Calvados ;
- une maternité pour 13 800 femmes âgées de 15 à 49 ans dans la Manche ;
- une maternité pour 9 600 femmes âgées de 15 à 49 ans dans l'Orne.

Au regard de ces rapports, l'Orne semble être le département le mieux doté. Or la répartition des maternités n'est pas homogène sur l'ensemble du territoire. A l'ouest de l'axe Alençon-L'Aigle se concentrent les sept petits établissements. La fermeture de la maternité de Mortagne-au-Perche a entraîné une redistribution d'une clientèle potentielle vers les centres hospitaliers d'Alençon, de L'Aigle, de Mamers et de Nogent-le-Rotrou. Le département du Calvados dispose d'une importante infrastructure hospitalière obstétricale avec 7 établissements publics et 6 cliniques privées. La couverture du territoire calvadosien est très satisfaisante. Il n'y a pas d'inégalités géographiques dans la répartition des maternités entre les secteurs ruraux et les milieux urbains. Les prestations de services sont évidemment très différentes entre les petits centres hospitaliers et les centres hospitalo-universitaires. Le département de la Manche disposait, jusqu'en 92, de 10 établissements. Leurs implantations se calquaient sur les principaux centres économiques locaux. L'activité décroissante des services de gynécologie-obstétrique du centre hospitalier de Coutances et de la clinique de Carentan a

CARTE N° 11
LA CARTE SANITAIRE



Source : D.R.A.S.S.



entraîné la fermeture, fin 92 et début 93, de ces deux maternités. L'offre médicale est réduite et indispose quelque peu les habitants des Marais de Carentan et des Landes de Lessay. Les parturientes de ces deux secteurs géographiques accouchent selon la proximité à la clinique de Coutances ou à Saint-Lô (Hôpital Mémorial et clinique Saint-Jean).

2.2 Carte sanitaire

Selon une définition de la D.R.A.S.S., la carte sanitaire a "pour objet de délimiter les régions sanitaires et les secteurs sanitaires, de régler le développement des installations et planifier les investissements publics et privés". La carte sanitaire définit, par conséquent, les besoins médico-sociaux et optimise l'accessibilité aux soins de qualité, tant dans le secteur privé que dans le secteur public. Élaboré en 1976, ce document a été révisé successivement en 1983 et en 1989.

Les critères de découpage s'articulent autour de trois priorités :

- constituer des groupes de population homogènes (appartenance aux mêmes bassins d'emploi, aux mêmes pôles attractifs, à la même identité collective...);
- regrouper un ensemble d'équipements hospitaliers, permettre une couverture des besoins médicaux courants, disposer d'une population suffisante pour le maintien d'un ou plusieurs plateaux techniques ;
- appréhender l'environnement global (logistique des voies de communication, accroissement démographique, développement économique, composition socio-professionnelle de la population...).

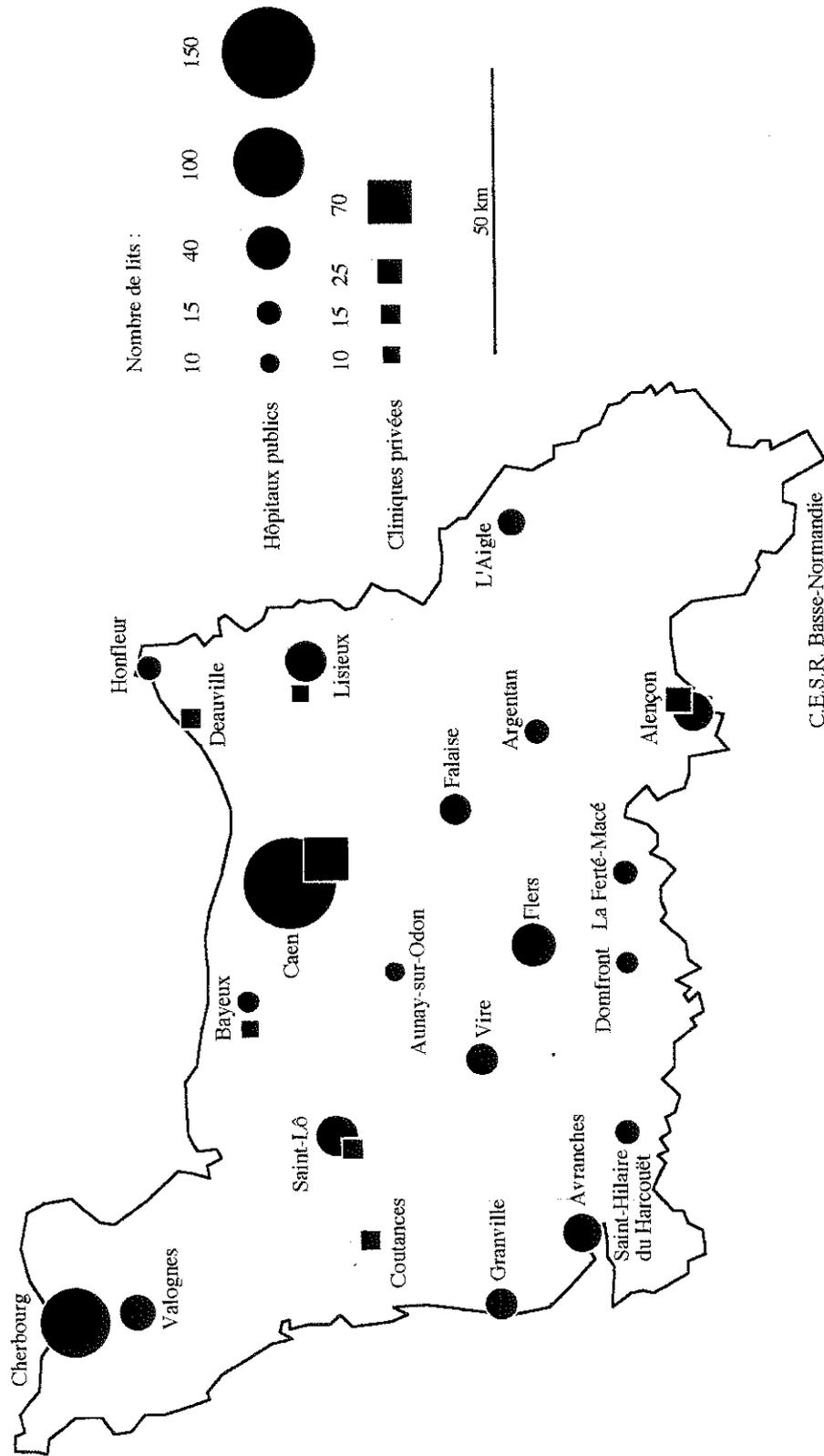
Comme le montre la carte N° 11, la Basse-Normandie est découpée en huit secteurs : nord-Cotentin, Saint-Lô-Coutances, Bocage, Avranches-Granville, Caen-Bessin, Pays d'Auge, Alençon-Perche-Ouche et Falaise-Argentan.

2.3 Lits installés dans les maternités bas-normandes

La Basse-Normandie compte 632 lits (80%) dans les services de gynécologie-obstétrique publics et 157 lits (20%) dans les établissements privés (cf. Carte N° 12).

CARTE N° 12

SERVICES DE GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE EN BASSE-NORMANDIE



- Calvados et Manche: 1 lit pour 430 femmes âgées de 15 à 49 ans ;

- Orne : 1 lit pour 408 femmes âgées de 15 à 49 ans.

Secteurs (Source D.R.A.S.S.)	Équipement nécessaire	Capacité autorisée (1991)	Capacité installée (1993)	Lits installés (1993)
Caen-Bessin	241	241	236	- 5
Pays d'Auge	60	74	73	+ 13
Cotentin	96	122	123	+ 27
Coutances-St-Lô	77	89	64	- 13
Avranches-Granville	50	71	70	+ 20
Bocage	76	101	99	+ 23
Alençon-Perche-Ouche	58	73	75	+ 17
Falaise-Argentan	40	49	49	+ 9
Total	698	820	789	91

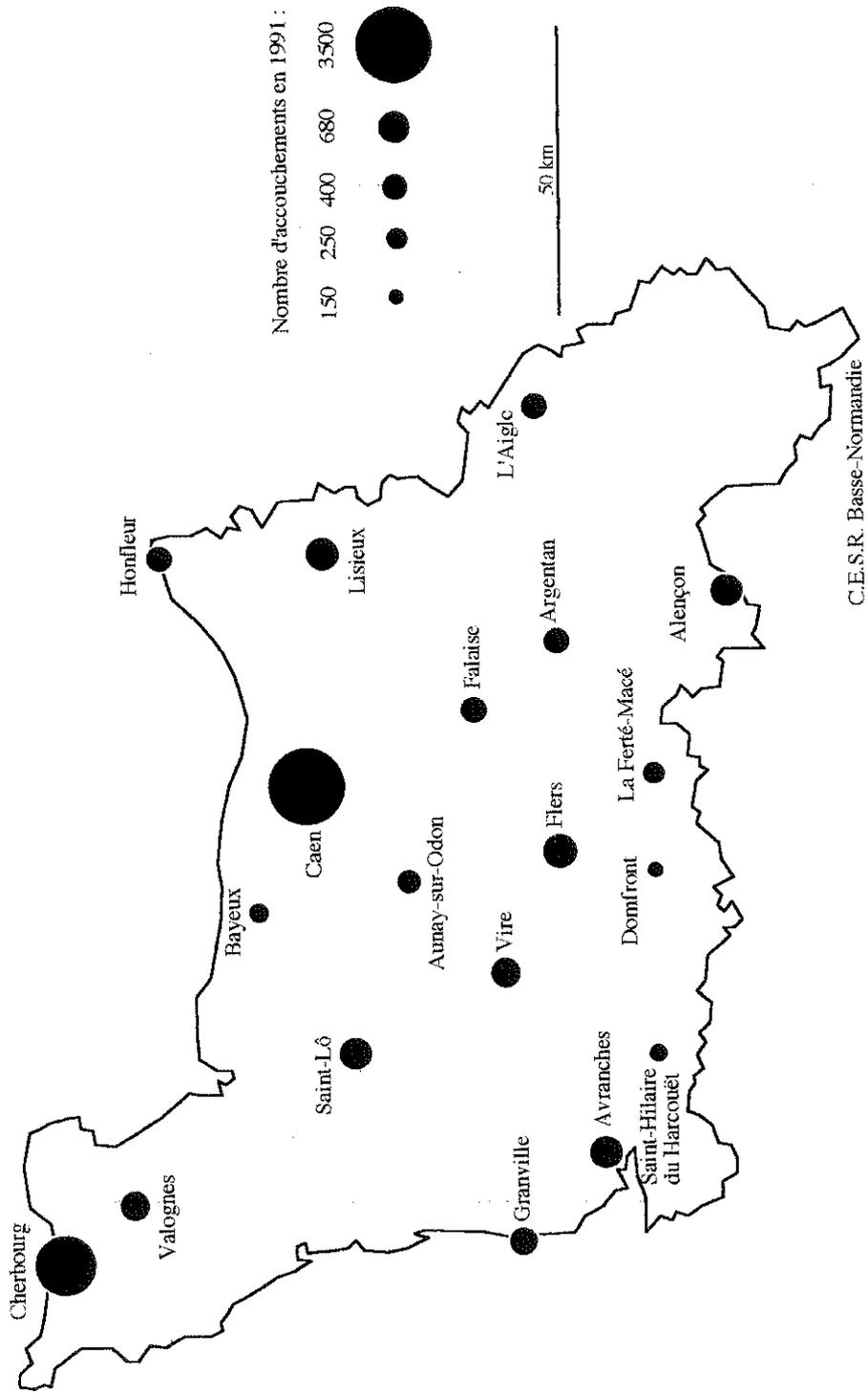
Tableau N° 6 : Équipement nécessaire, capacité autorisée et lits installés dans les maternités bas-normandes (Source : Carte Sanitaire 1991).

Au regard du tableau N° 6, les indices d'équipement fixés par la carte sanitaire révèlent un excédent de 91 lits pour la région. On dénombre six secteurs excédentaires (Pays d'Auge, Cotentin, Avranches-Granville, Bocage, Alençon-Perche-Ouche et Falaise-Argentan) et deux secteurs déficitaires (Caen-Bessin et Coutances-St-Lô). Il faut signaler que le secteur sanitaire du centre-Manche est affecté par la fermeture de deux maternités et par la perte de 25 lits dans les services de gynécologie-obstétrique de Coutances et Carentan.

Le taux d'équipement régional pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans est de 2,3 lits et pour 1 000 habitants, de 0,58 lits (France : 0,52 lits). On observe des disparités entre les trois départements. Ainsi, le Calvados et la Manche s'alignent sur la moyenne régionale avec un taux d'équipement de 2,3 lits et l'Orne apparaît quantitativement mieux équipée avec un taux d'équipement de 2,7 lits.

La capacité moyenne des établissements est de 28 lits (France : 28) et respectivement de 18 lits dans le secteur privé et de 33 lits dans le secteur public. Elle se calque sur l'activité moyenne des maternités tantôt importante dans les établissements publics (745 accouchements par an) et tantôt moindre dans les cliniques privées (437 accouchements par an).

CARTE N° 13
 ACTIVITÉS DES MATERNITÉS PUBLIQUES EN BASSE-NORMANDIE



2.4 Activité des maternités

L'activité des maternités est à la fois faible et fort inégale sur le territoire bas-normand (cf. Carte N° 13). Les maternités de Cherbourg et du C.H.R. de Caen ont enregistré, en 1991, respectivement 2287 (13%) et 3479 (19%) accouchements. Trois maternités opèrent moins de 300 accouchements par an (C.H. de Bayeux, de Saint-Hilaire du Harcouët et de Domfront). Et 40% des établissements font entre 300 et 500 accouchements par an : Aunay-sur-Odon, Falaise, Honfleur, Granville, L'Aigle, Argentan, La Ferté-Macé, Caen (Cl. St-Martin et polyclinique du Parc), St-Lô (Cl. St-Jean) et Bayeux (Cl. Croix rouge). Le reste des établissements pratique entre 500 et 800 accouchements (C.H. de Lisieux, Vire, Avranches, Saint-Lô, Valognes, Alençon, Flers).

	Accouchements dans les maternités publiques	Accouchements dans les maternités privées
Calvados	6 274	2 519
Manche	5 069	964
Orne	2 808	458
Région	14 151	3 941

Tableau N°7 : Accouchements dans les maternités publiques et privées en Basse-Normandie en 1991.

Ces disparités géographiques révèlent une faible densité démographique dans les zones rurales, une dispersion des équipements sanitaires sur le territoire bas-normand et une concentration de la population féconde dans les bassins d'emploi de Cherbourg et de Caen.

En 1991, la moyenne régionale est de :

- 646 accouchements par maternité ;
- 437 accouchements dans le secteur privé ;
- 745 accouchements dans le secteur public.

Au regard du tableau N° 8, depuis 1981, l'activité des maternités publiques est en baisse. Trois types d'évolution peuvent être individualisés. Quatre maternités enregistrent, entre 1981 et 1991, une variation positive ; il s'agit des établissements de Lisieux, Honfleur, Aunay-sur-Odon et Granville. Le secteur du Pays d'Auge est d'un point de vue démographique

dynamique. Selon le dernier recensement, un accroissement de la population est observé et corrèle le bilan positif enregistré entre 1981 et 1991. Aunay-sur-Odon bénéficie d'une bonne réputation auprès des habitants du Bocage. Ses méthodes de préparation à l'accouchement (piscine) sont divulguées à travers tout le département du Calvados. Par ailleurs, ce secteur reste dynamique du point de vue démographique. Quant à Granville, cette ville balnéaire et touristique semble avoir un attrait particulier sur la population féminine locale.

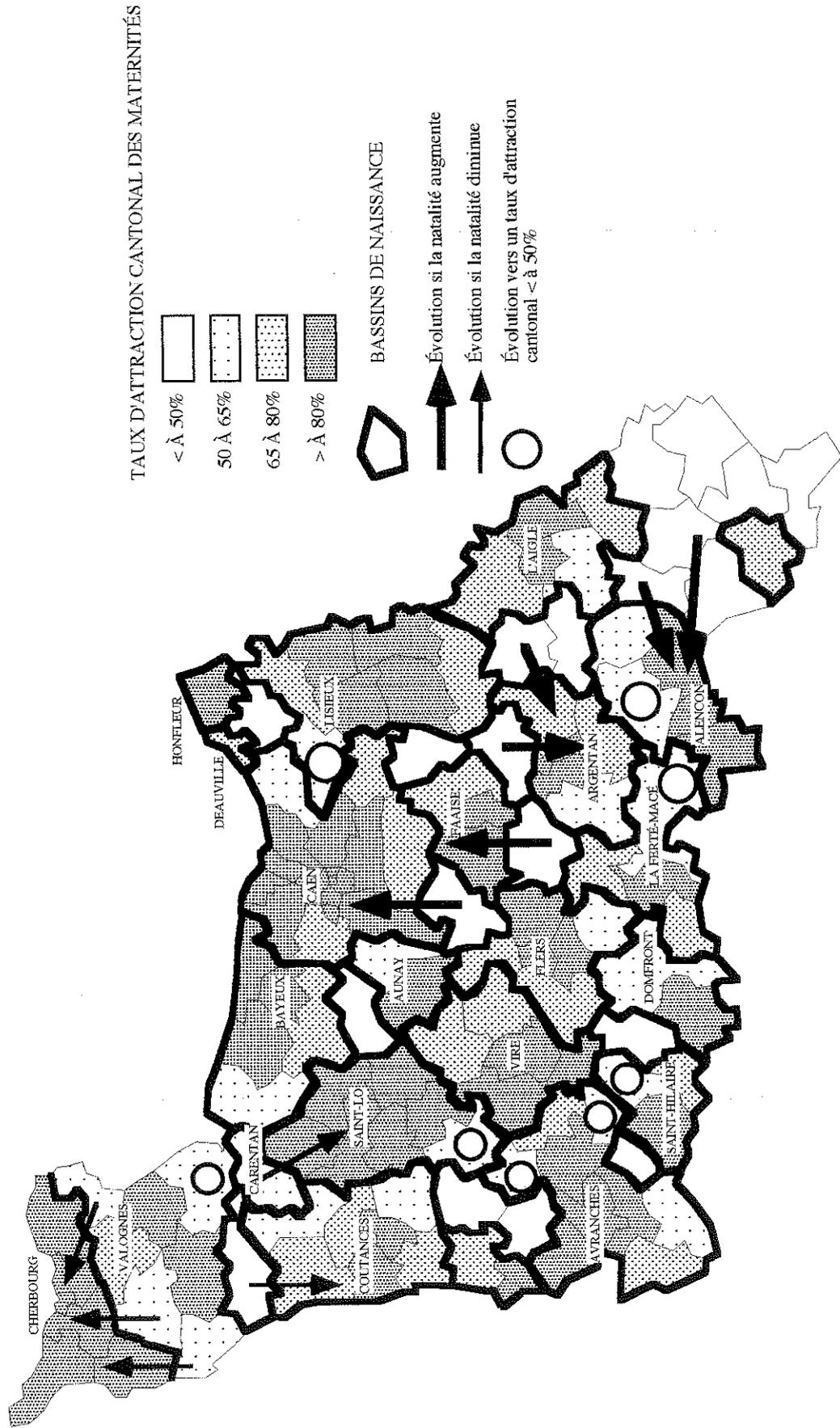
Maternités publiques	1981	1991	Variations 81-91
Caen	3670	3479	- 5,20%
Bayeux	490	267	- 45,50%
Lisieux	645	736	+ 7%
Aunay-sur-Odon	360	373	+3,6%
Falaise	520	458	- 12%
Vire	600	547	- 9%
Honfleur	340	414	+ 22%
Cherbourg	3537	2287	- 10%
Avranches	780	676	- 13%
Granville	400	482	+ 20,5%
Saint-Hilaire du Harcouët	280	238	- 15%
Saint-Lô	880	636	- 28%
Valognes	740	560	- 24%
Coutances	200	190	- 5%
L'Aigle	480	415	- 14%
Alençon	700	687	- 2%
Argentan	660	446	- 32%
Domfront	180	158	- 12%
La Ferté-Macé	420	335	- 20%
Flers	820	767	- 6%

Tableau N° 8 : Évolution du nombre d'accouchements dans les maternités publiques entre 1981 et 1991.

Neuf maternités accusent un bilan négatif qui se calque sur la baisse de la natalité enregistrée entre ces deux périodes (- 13%). Nous trouvons les centres de Caen, Falaise, Vire, Cherbourg, Avranches, Coutances, Alençon, Domfront et Flers. Ces secteurs rejoignent les baisses de fécondité et de natalité observées sur le territoire français depuis une dizaine

CARTE N° 14

SCÉNARIO D'ÉVOLUTION POSSIBLE DES BASSINS DE NAISSANCE
(D'APRÈS DOCUMENT INSEE, 1988)



d'années. Même si le bilan est négatif, la situation n'est pas dramatique. Elle s'inscrit dans une tendance générale et nationale.

Enfin, les plus grandes variations négatives (de - 15% à - 45,5%) sont enregistrées à Bayeux, Saint-Lô, Valognes, Saint-Hilaire-du-Harcouët, L'Aigle, Argentan et La Ferté-Macé. Elles révèlent, pour les trois premiers, l'attraction exercée par les grands centres hospitaliers locaux (Caen) et le secteur privé ou par un bassin d'emploi (Cherbourg). Et ces résultats individualisent les secteurs ruraux en perte de vitesse de l'Orne et du sud-Manche.

2.5 Les bassins de naissance

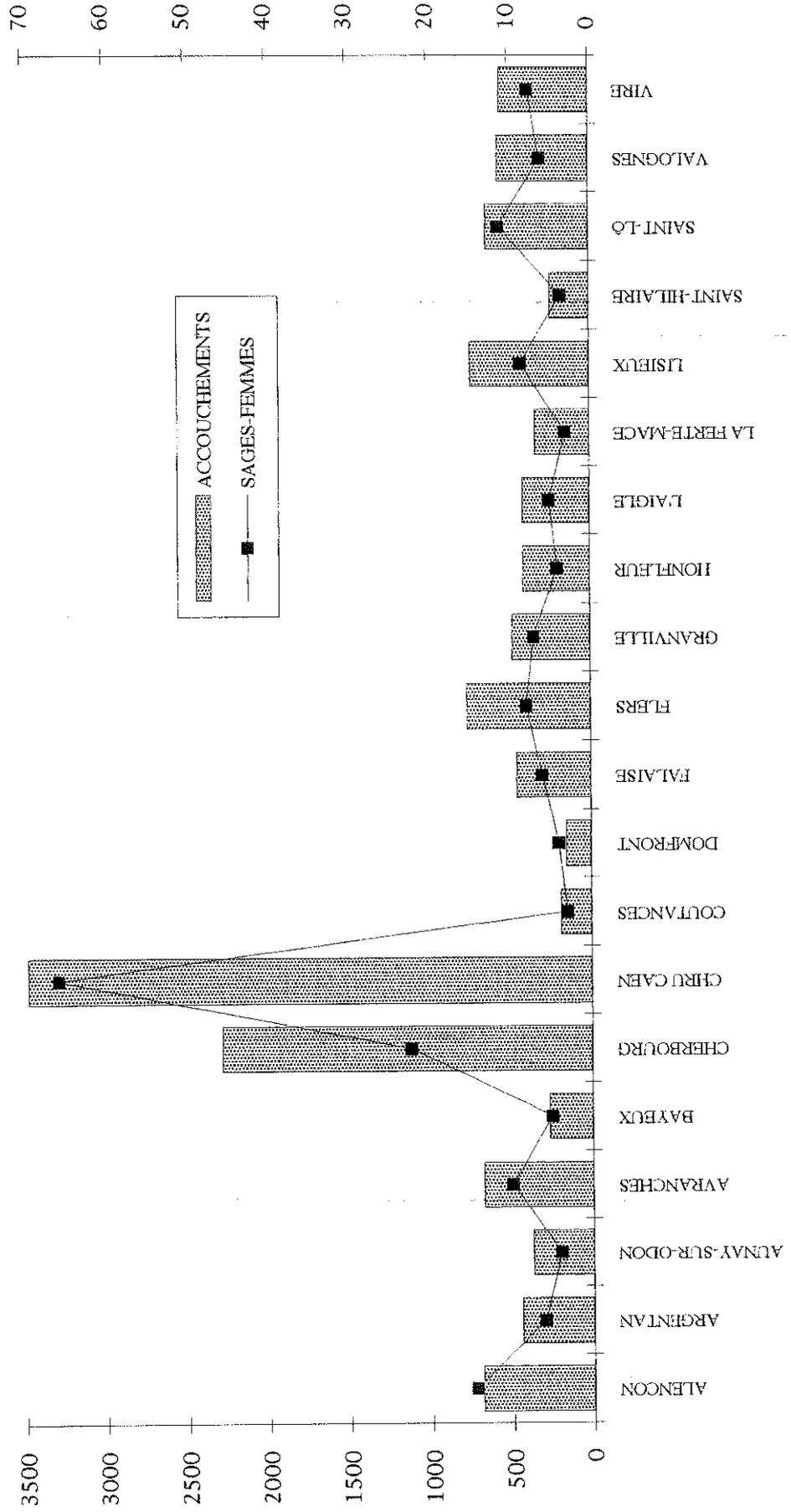
Un bassin de naissance, selon une définition de l'I.N.S.E.E., révèle l'attraction plus ou moins forte des maternités sur leur environnement. La carte, établie en 88, annonçait la disparition du bassin de naissance de Carentan, l'isolement des cantons situés au sud du territoire bas-normand et un renforcement des bassins d'Alençon, Argentan, Falaise et Caen.

Dans le département de la Manche, la fermeture de la maternité de Carentan a contribué à une redistribution géographique au profit des bassins de naissance de Saint-Lô (Cl. St-Jean et hôpital Mémorial) et Coutances (Cl. H. Guillard). Valognes enregistre une variation de - 24% entre 1981 et 1991 (cf. Tableau n° 8). Le bassin de naissance de cette ville est à la fois touché par une diminution locale de la natalité et un départ accéléré de la population féminine vers Cherbourg. Le sud-Manche n'a plus d'attraction (238 naissances en 1991 à Saint-Hilaire) et se disperse au profit du bassin de naissance d'Avranches.

Dans le département du Calvados, il faut signaler une relative stabilité des bassins de naissance. Aunay-sur-Odon et Honfleur bénéficient d'un accroissement régulier des naissances. Cette évolution conduira certainement à une redistribution des bassins de naissance périphériques moins dynamiques du point de vue démographique.

Dans l'Orne, le taux d'attraction cantonal des maternités du Perche reste inférieur à 50%. Les cantons de Longny-au-Perche, Rémalard, Le Mêle-sur-Sarthe et Le Theil-sur-Huisne ne se rattachent à aucun des bassins de naissance ornaïens et s'ancrent sur les départements de la Sarthe (Mamers) et de l'Eure-et-Loir (Nogent-le-Rotrou). Les bassins de naissance de Domfront et de La Ferté-Macé enregistrent un bilan négatif pour la période 1981-1991 et ne présentent pas les signes d'une évolution positive. Cette situation semble incliner les responsables de la planification des équipements sanitaires à un regroupement des établissements de Domfront, la Ferté-Macé et Saint-Hilaire-du-Harcouët.

FIG N° 11 : ENCADREMENT DANS LES MATERNITÉS PUBLIQUES



2.6 Encadrement dans les maternités

Les sages-femmes représentent le personnel clé des maternités. On en dénombre 288 en Basse-Normandie dont 94% travaillent en maternité.

Le nombre de sages-femmes rapporté au nombre d'accouchements (cf. Figure N° 11) indique une adéquation entre offre médicale et besoins de santé. Les maternités ont une activité insuffisante lorsque la courbe "sages-femmes" tend à se rapprocher de la partie supérieure du rectangle (Exemples : Domfront et Bayeux). De même, les maternités manquent de sages-femmes lorsque la courbe tend à se rapprocher du centre ou de la partie inférieure du rectangle (Exemples : Cherbourg, Lisieux, Flers).

Après une radioscopie des maternités bas-normandes et des besoins classiques des parturientes et des jeunes mères, nous allons nous attacher à recenser les besoins sanitaires et médico-sociaux spécifiques requis par le nouveau-né prématuré ou malformé, par les mères en situation de détresse sociale, morale et affective et pour les accouchements difficiles.

3. La réponse médicale à des problèmes spécifiques

La Basse-Normandie bénéficie d'une importante infrastructure hospitalière obstétricale avec 28 établissements et 789 lits de gynécologie-obstétrique, soit 0,56 lit pour 100 habitants (France : 0,53 lit pour 100 habitants). Le C.H.R.U. et les grands centres hospitaliers de notre région assurent tous les soins spécifiques et particuliers du nouveau-né et relaient les petites maternités dotées des équipements de base. La réponse médicale aux problèmes liés à la prématurité, aux infections fœtales ou néonatales, aux détresses respiratoires et aux complications à l'accouchement est satisfaisante. De plus, l'interconnexion des services de gynécologie-obstétrique optimise une prise en charge rapide des problèmes. Ainsi, les plus petits établissements dirigent les femmes présentant un risque vers les plateaux techniques et favorisent de ce fait le bon déroulement de l'accouchement.

L'évaluation du bon développement du fœtus est un des éléments primordiaux de la surveillance de la femme enceinte. Elle repose sur un certain nombre d'examens pratiqués à intervalles réguliers pendant la grossesse : dosages hormonaux, échographies, amniocentèse éventuelle, radiographie... Certains diagnostics conduisent à une I.M.G. (Interruption Médicale de Grossesse), à des traitements par antibiotiques ou à une hospitalisation prénatale précoce.

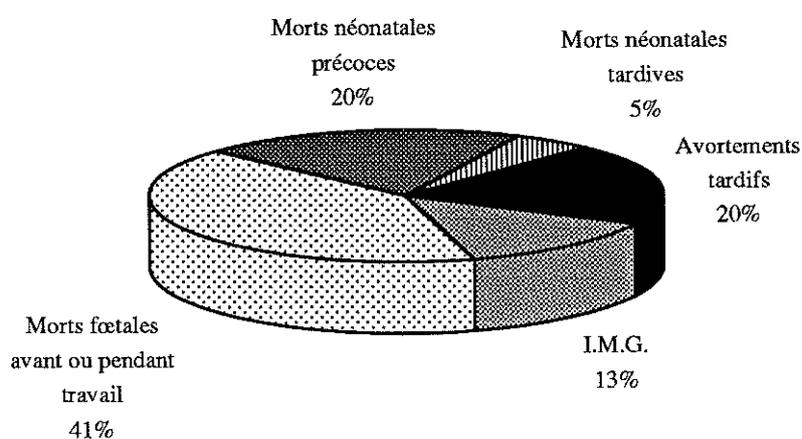
Certains nouveau-nés nécessitent dès leur naissance une attention et une surveillance médicales particulières. Ce sont généralement les prématurés, les dysmatures et les postmatures. Ce sont également les enfants dont la mère est atteinte de troubles chroniques (diabète) ou d'une infection virale (rubéole, toxoplasmose, S.I.D.A....).

3.1 Suivi des grossesses à risques et dépistages des malformations

En Basse-Normandie, la quasi-totalité des établissements hospitaliers dispose d'un équipement échographique fonctionnel 24 heures sur 24. L'échographie permet le dépistage précoce de nombreuses malformations fœtales. Les diagnostics les plus critiques conduisent inévitablement à une I.M.G. (Interruption Médicale de Grossesse). Le Comité Technique Régional de la Naissance a conduit une "enquête prospective de la mortalité fœtale et néonatale", en 1988, auprès des 30 maternités publiques et privées. Il estime à 13% (soit 30 décès sur 19 536 naissances en 1988) le nombre de décès fœtaux et néonataux dus à une Interruption

Médicale de Grossesse motivée majoritairement par des anomalies congénitales : malformations cardiaques, du système nerveux central ou rénales et anomalies chromosomiques (trisomie 21 ou 18)... En définitive, les I.M.G. représentent la partie provoquée de la mortalité fœtale. Ce type d'intervention est décidé après l'accord de deux praticiens compétents en la matière.

FIG N° 12
TYPES DE DÉCÈS FOETAUX ET NÉONATAUX
(SOURCE : C.T.R.N. Basse-Normandie, 1988)



Selon la même étude, le nombre moyen d'échographies au cours de la grossesse est de 3,49 dans les maternités publiques et privées à but lucratif⁴ pour 4,43 dans les maternités à but non lucratif (polycliniques de Deauville et de Carentan). La prise en charge de la femme enceinte est, par conséquent, assez différente entre ces établissements. Les services de gynécologie-obstétrique s'adaptent à la structure sociale de la population consultante (niveau d'études, inactivité, isolement, multipares, ...) et aux comportements médico-sociaux très différenciés selon les catégories socio-professionnelles. Mais dans les cas les plus critiques, les cliniques confient leurs patientes au service intensif de surveillance de la grossesse du C.H.R.U. de Caen.

⁴ Maternités privées conventionnées

3.2 La Mort Subite du Nourrisson (M.S.N.)

La M.S.N. reste la principale cause de mortalité postnéonatale. C'est le décès brutal d'un nourrisson âgé de quinze jours à un an. Elle affecte, chaque année en France, près de 15 000 jeunes enfants. Le corps médical et le milieu associatif apportent une aide psychologique aux familles touchées par ce drame et proposent des actions préventives pour diminuer les risques de récurrence.

Après réception du corps de l'enfant, les médecins demandent aux familles l'autorisation de réaliser une autopsie et pratiquent un bilan post-mortem. Mais plus de la moitié de familles, affectées par ce drame, refusent systématiquement ce type d'intervention.

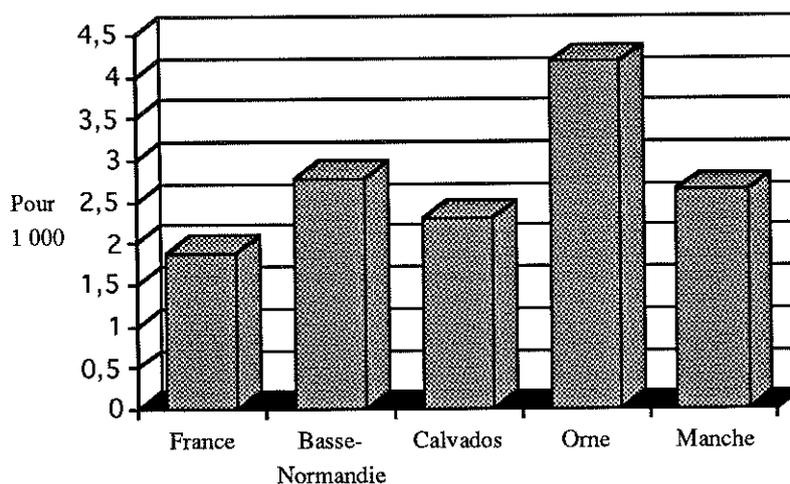
Certains groupes d'enfants présentent, du point de vue épidémiologique, un risque accru de Mort Subite du Nourrisson. Ce sont les enfants prématurés (moins de 36 semaines de gestation) ou hypotrophes (caractérisés par un petit poids). Ces nouveau-nés sont marqués par une maturation insuffisante du système cardio-respiratoire et présentent, par conséquent, des anomalies cardiaques ou respiratoires. Le corps médical s'attache donc à réduire la prématurité et les facteurs de risques d'hypotrophie. Le rapport du Comité Technique Régional de la Naissance de Basse-Normandie a décelé les zones caractérisées par un taux de prématurité spontanée particulièrement élevé (cf. Carte N° 15). Des actions médico-sociales préventives doivent être accentuées dans les secteurs à risques à partir des connaissances épidémiologiques actuelles.

Aujourd'hui, la médecine propose un appareillage de surveillance cardio-respiratoire à domicile. Ce matériel détecte les apnées et les anomalies cardiaques. La Basse-Normandie dispose de 67 appareils qui ont permis le monitoring, ces dix dernières années, de 827 enfants. Cette surveillance médicale préventive est souvent proposée aux parents pour restaurer un équilibre familial profondément perturbé par le souvenir de la mort d'un enfant.

En 1982, devant l'ampleur du phénomène M.S.N., des associations parentales, de type loi 1901, se mobilisent et assurent l'achat de moniteurs. En 1986, une circulaire ministérielle préconise les transferts des compétences de ces associations à des centres de référence de la M.S.N. implantés dans les centres hospitalo-universitaires. Le mouvement associatif se fédère dès lors à l'association nationale "Naître et Vivre". Il perdure un soutien psychologique auprès des familles touchées par le drame de la Mort Subite du Nourrisson.

En 1991, le service du Professeur VENEZIA a estimé le taux de M.S.N., en Basse-Normandie, à 2,7 pour mille (France : 1,89 pour mille)¹. Au regard de la figure N° 13, nous observons des disparités départementales assez nettes.

FIG N° 13
TAUX DE M.S.N.
(Source : C.H.R., 1991)



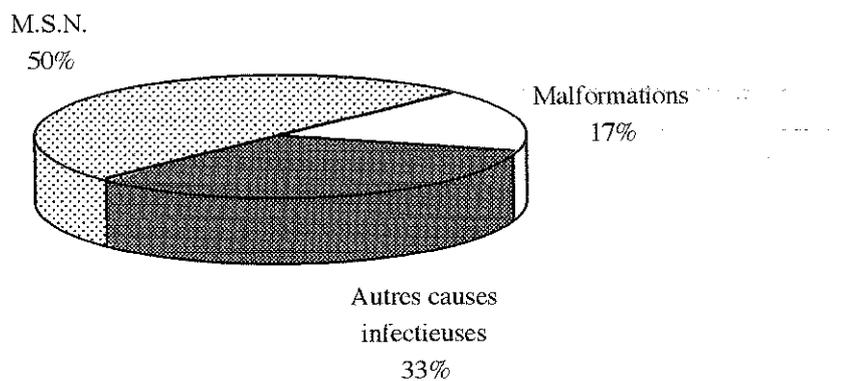
Le Calvados se situe à la meilleure place suivi de peu par la Manche. Ces résultats semblent refléter une prise en charge précoce et intensive des grossesses à risques dans ces deux départements. Le taux de M.S.N. dans l'Orne est 55% plus élevé que la moyenne nationale. Cette situation reste assez inexplicable.

Dans 15% des cas, l'autopsie révèle que la M.S.N. est due à des malformations et à des infections. Et donc dans 85% des cas, le motif du décès reste inconnu. La presse parle de l'ampleur du phénomène de la Mort Subite du Nourrisson. Il faut rappeler que la proportion des décès, en valeur relative, dus à la M.S.N. ne cesse d'augmenter mais du fait de la disparition de certaines pathologies infectieuses ou congénitales. Les malformations et les infections sont aujourd'hui bien appréhendées par le corps médical grâce aux progrès scientifiques et à l'utilisation de nouveaux instruments d'observation (échographie...). (cf. Fig N° 14).

Les médecins doivent se montrer attentifs aux déclarations et aux constatations des parents au cours des premiers mois de vie du nouveau-né. Une intervention médico-sociale à l'amont peut réduire la fréquence de Mort Subite du Nourrisson.

¹ Ce taux se rapporte aux enfants qui décèdent entre le quinzième jour et les douze premiers mois de vie.

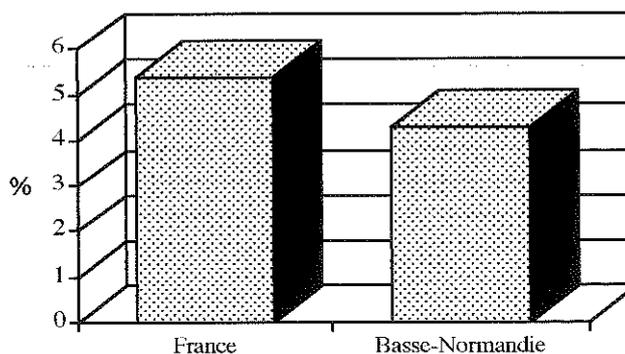
FIG N° 14
CAUSES DE MORTALITÉ PÉRINATALE



3.3 La prématurité

Malgré les mesures préventives et un meilleur suivi des femmes enceintes, 5,4% des grossesses en France se terminent prématurément. Une étude du Comité Technique Régional de la Naissance de Basse-Normandie, menée de 88 à 90, estime le taux global de la prématurité de la région à 4,3%. La prématurité correspond à un âge gestationnel inférieur à 37 semaines d'aménorrhée.

FIG N° 15
TAUX GLOBAL DE PRÉMATURITÉ
(SOURCE : C.T.R.N., Basse-Normandie, 1990)



Les progrès de la néonatalogie font que les enfants de poids très faible (1 000 g et même moins) sont sauvés grâce à une hospitalisation de plusieurs mois qui minimise les risques de séquelles (troubles sensoriels, retards moteurs...).

3.3.1 La prématurité : reflet d'inégalités sociales

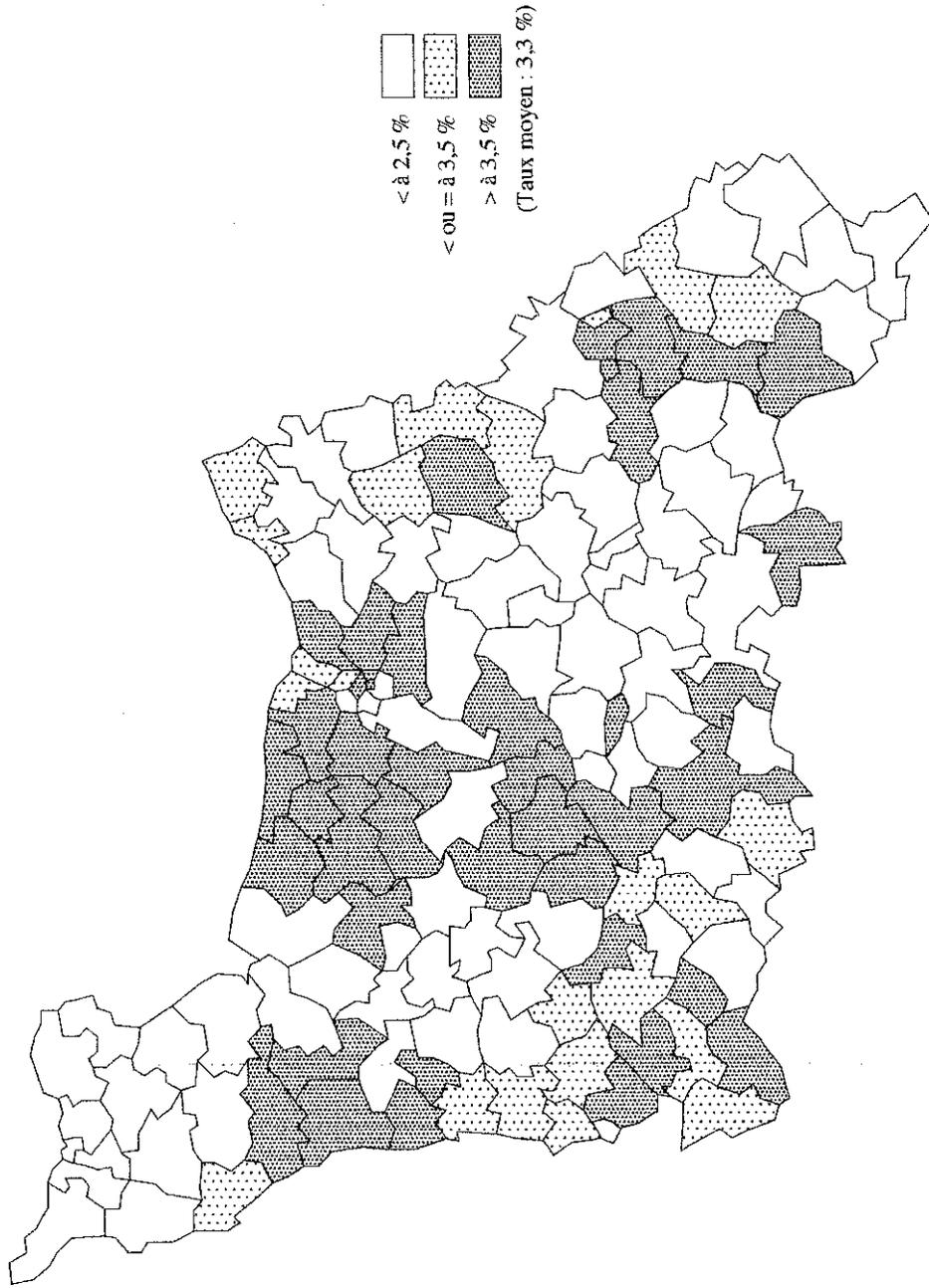
La carte N° 15, réalisée à l'échelle cantonale, révèle que la prématurité n'affecte pas de manière homogène et uniforme le territoire bas-normand. L'Avranchin littoral, le sud-ouest de la presqu'île du Cotentin, le Bessin, le Bocage Virois, le Domfrontais, le nord-ouest du Perche, les Marais de la Dives, les agglomérations de Caen et d'Alençon et les villes de Coutances, Flers et L'Aigle accusent un taux de prématurité spontané supérieur à 3,5%. Par conséquent, la prématurité semble dominer dans les zones rurales qui associent polyculture et élevage et dans les secteurs urbains qui présentent des quartiers à "risques".

Les agricultrices sont insuffisamment informées des risques obstétricaux qu'elles encourent en maintenant leur activité professionnelle jusqu'à l'accouchement. La station debout prolongée et le travail physique intense favorisent la prématurité. Plusieurs études sociologiques révèlent que le taux de remplacement des femmes enceintes, dans leur activité, touche moins de 10% des catégories socio-professionnelles agricoles. Sur le plan social, l'agricultrice doit travailler continuellement. Sur le plan psychologique, la venue d'une "étrangère", au sein d'une cellule familiale unie, entraîne des dysfonctionnements dans la répartition des tâches. Le remplacement n'est donc pas aisé en milieu rural.

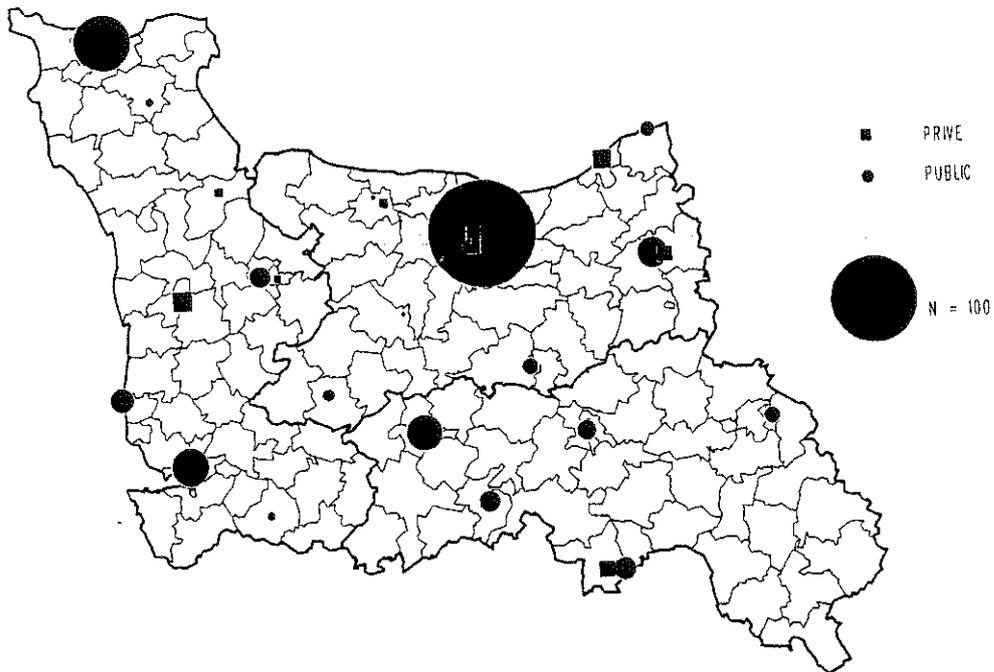
De même, les milieux socio-économiques défavorisés des grandes et petites villes accusent des taux de prématurité élevés. Travail à la chaîne, tabagisme, toxicomanie, alcoolisme, monoparentalité, chômage, ressources insuffisantes et illégitimité sont des facteurs de risques de prématurité. Dans ces deux cas de figure, la prématurité spontanée révèle un recours insuffisant aux modalités de prévention sociales existantes et un dysfonctionnement susceptible d'être corrigé par une action médico-sociale et une interconnexion entre corps médical et acteurs sociaux.

Le Nord-Cotentin, le Pays Saint-Lois, la Plaine de Falaise-Argentan, le sud-Perche et le nord du Pays d'Auge affichent, quant à eux, un taux de prématurité spontané inférieur à la moyenne régionale. Ces cinq secteurs géographiques bénéficient de la conjonction de facteurs sociaux et médicaux favorables à la non-prématurité. D'une part, des secteurs urbanisés, industriels et tertiaires bénéficient de la proximité de plateaux techniques et des visites prénatales intensives assurées par les sages-femmes de la P.M.I. (Cotentin, Plaine de Falaise-Argentan et Nord Pays d'Auge).

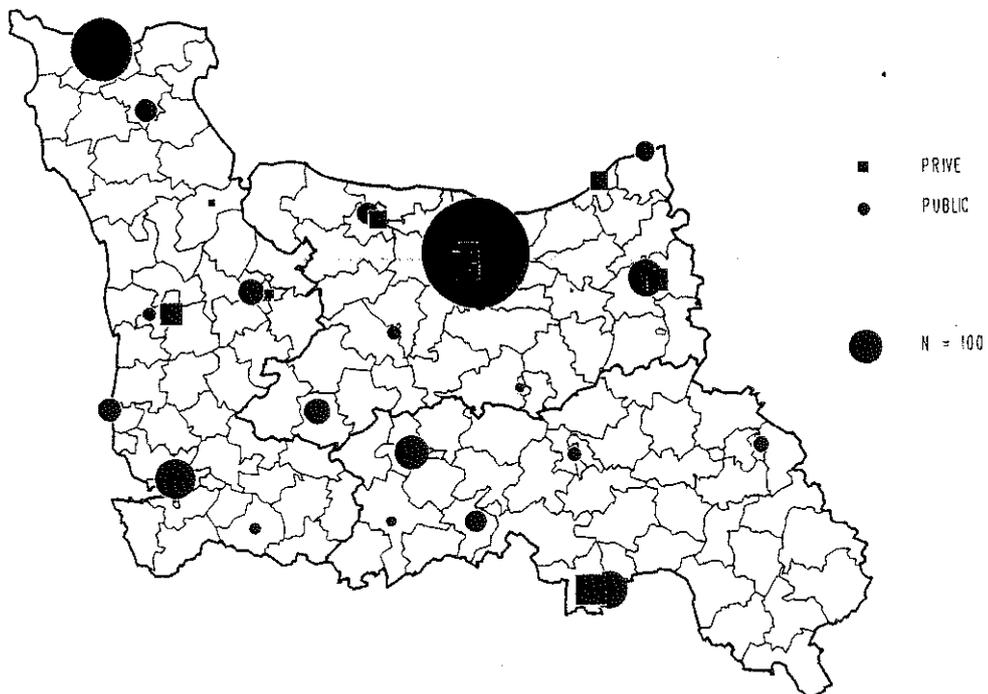
CARTE N° 15
TAUX DE PRÉMATURITÉ SPONTANÉE EN BASSE-NORMANDIE
(SOURCE CTRN B-N, 1987-89)



CARTE N° 16
SITE DES NAISSANCES DES GRANDS PRÉMATURÉS
EN BASSE-NORMANDIE 1987-89
(SOURCE : C.T.R.N.)



CARTE N° 17
SITE DES NAISSANCES DES PRÉMATURÉS
EN BASSE-NORMANDIE 1987-89
(SOURCE : C.T.R.N.)



D'autre part, le service de gynécologie-obstétrique du centre hospitalier de Saint-Lô privilégie le transfert des grands prématurés vers le C.H.R. de Caen. La situation du sud-Perche est originale. Après la fermeture de la maternité de Mortagne-au-Perche, il y a quelques années, des consultations prénatales ont été maintenues par une équipe gynécologique de la ville d'Alençon qui se déplace une à deux fois par mois. Les services de gynécologie-obstétrique de Mamers et de Nogent-le-Rotrou complètent les visites ambulatoires des praticiens alençonnais.

3.3.2 Sites des naissances des prématurés en Basse-Normandie (cf. Cartes N° 16 et N° 17)

Les sites de naissance des prématurés sont dominés par Caen, Cherbourg, Avranches, Lisieux et Alençon. Les grands prématurés naissent ou sont transférés vers les plateaux techniques ou les maternités équipées d'unités de néonatalogie performantes : Caen, Cherbourg, Avranches et Lisieux. Dans les départements de la Manche et de l'Orne, les services de néonatalogie assument de manière complémentaire la couverture de territoires tantôt diffus et à faible densité de population (Avranchin et Pays Flérien) ou tantôt concentré et très urbanisé (Nord-Cotentin).

Le service de néonatalogie du C.H.R.U de Caen exerce une grande attraction sur l'ensemble du Calvados, le Pays Saint-Lois et le Coutançais. Les obstétriciens de l'hôpital Mémorial de Saint-Lô favorisent, depuis quelques années, les transferts des grands prématurés vers le C.H.R. de Caen. De même, le centre hospitalier d'Alençon recourt souvent aux équipes du Mans ou même de Caen dans les cas de naissances difficiles, de grossesses multiples ou de grande prématurité.

Nous voyons que l'interconnexion entre les petites maternités dotées d'équipements de base et les unités de néonatalogie des plateaux techniques optimise la prise en charge médicale du prématuré. Seuls les centres spécialisés et performants de Cherbourg, Avranches, Caen, Saint-Lô, Flers et Lisieux sont capables d'assurer en permanence les soins inhérents à la prématurité.

3.4 Liaisons du bloc obstétrical avec les différents services de l'établissement

(cf. Tableaux N° 9 et N° 10 d'après une étude conduite par l'U.F.R. de Médecine de Caen sur l'Urgence)

Le service de gynécologie-obstétrique d'un établissement doit posséder des liaisons avec le bloc opératoire, le service de réanimation, l'unité de néonatalogie et les services pédiatriques pour garantir une réponse médicale satisfaisante et sécurisante. Au regard, des Tableaux N° 9

TABEAU N° 9
PLATEAUX TECHNIQUES DES MATERNITES PRIVÉES

	Transferts des grands prématurés et des cas critiques	Nombre de sages femmes Temps plein + partiel	Disponibilité des gynécologues obstétriciens	Disponibilité des pédiatres	Echographie	Bloc opératoire	Réanimation
Secteur privé:							
Cl. ST-Martin Caen	C.H.R. Clémenceau Caen	5	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible
Cl. Miséricorde Caen	C.H.R. Clémenceau Caen	8	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible
Polycl. du Parc Caen	C.H.R. Clémenceau Caen	5	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible
Cl. Croix Rouge Bayeux	Service pédiatrie du C.H. de Bayeux Service de néonatalogie du C.H.R. Clémenceau Caen	6	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible
Cl. Buissonnets Lisieux	C.H. Lisieux C.H.R. Clémenceau Caen	5	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible
Polycl. de Deauville	C.H. Lisieux	4	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible
Cl. H. Guillard Coutances	C.H. Avranches	5	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible
Cl. ST Jean ST-Lô	C.H. Saint-Lô	3	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible
Cl. ST Joseph Alençon	Services de pédiatrie et de néonatalogie d'Alençon ou C.H.R. du Mans ou de Caen	5	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible



Disponibilité astreinte



24 heures sur 24



Absent



Non disponible



Fonctionnel 24 heures sur 24

TABLEAU N° 10
PLATEAUX TECHNIQUES DES MATERNITES PUBLIQUES

Secteur public :	Unités de néonatalogie		Nombre de sages femmes Equivalent temps plein	Disponibilité des gynécologues obstétriciens	Disponibilité des pédiatres	Echographique	Bloc opératoire	Réanimation
	Equipement	Nombre de lits						
C.H.R. Caen	☐	45	65,8	■	■	■	■	■
C.H. Bayeux			5	■	■	■	■	■
C.H. Lisieux	☐	19	8,5	■	■	■	■	■
C.H. Honfleur			4	■	■	■	■	■
C.H. Falaise			6	■	■	■	■	■
C.H. Vire			7,5	■	■	■	■	■
C.H. Amay			4	■	■	■	■	■
C.H. Cherbourg	☐	24	22,4	■	■	■	■	■
C.H. Valognes			6	■	■	■	■	■
C.H. Saint-Lô	☐	30	11,1	■	■	■	■	■
C.H. Granville			7	■	■	■	■	■
C.H. Avranches	☐	20	10	■	■	■	■	■
C.H. Saint-Hilaire			3,5	■	■	■	■	■
C.H. Flers	☐	15	8	■	■	■	■	■
C.H. Alençon	☐	14	14,5	■	■	■	■	■
C.H. l'Aigle			5	■	■	■	■	■
C.H. Argentan			6	■	■	■	■	■
C.H. La Ferté-Macé			3	■	■	■	■	■
C.H. Domfront			4	■	■	■	■	■

■ Disponibilité astreinte

■ 24 heures sur 24

☐ Absent

☐ Non disponible

■ Fonctionnel 24 heures sur 24

et 10, il n'existe pas de situation idéale hormis Cherbourg et le centre hospitalo-universitaire de Caen.

3.4.1 Bloc opératoire et services de réanimation

La totalité des établissements hospitaliers dispose d'un bloc opératoire fonctionnel 24 heures sur 24. La situation est beaucoup moins satisfaisante dans le domaine de la réanimation. En effet, 56% des établissements, répertoriés ici, ne disposent pas de services de réanimation et recourent par conséquent, aux transferts d'urgence, quand des complications à l'accouchement se présentent. En outre, 57% des maternités à but lucratif ou non conventionnées ne disposent pas de services de réanimation et recourent aux équipements du secteur public. De même, les plus petits centres hospitaliers publics (Honfleur, Aunay-sur-Odon, Vire, Saint-Hilaire-du-Harcouët, Domfront, La Ferté-Macé, L'Aigle et Argentan) recourent aux grands établissements locaux. La complémentarité entre secteur public et secteur privé, l'interconnexion entre les établissements de base et les plateaux techniques complets sont garantes d'une prise en charge optimale des parturientes et des nouveau-nés.

3.4.2 Unités de néonatalogie

Seuls les services de Lisieux, Avranches, Saint-Lô, Cherbourg, Alençon et Caen disposent d'unités de néonatalogie et garantissent des conditions d'accueil satisfaisantes pour les nouveau-nés.

Les établissements de Lisieux, Flers, Avranches et Saint-Lô assurent de manière complémentaire la couverture des territoires ruraux. Ce sont les relais des plateaux techniques les plus performants excentrés au nord des départements de la Manche et du Calvados.

L'ouverture d'une unité de néonatalogie à Alençon, à la fin des années 80, n'a pas amené l'optimisation des services pédiatriques escomptée par l'ensemble du corps médical local. Le nombre de lits installés, en 1993, révèle l'inadéquation entre l'offre médicale et les besoins de la population. Il ne rejoint pas les capacités d'accueil enregistrées dans des villes moyennes, de moindre importance, comme Lisieux et Saint-Lô. L'inadaptation de ce service est dénoncée par certains intervenants médico-sociaux qui désapprouvent la prise en charge systématique des grands prématurés et des pathologies du nouveau-né par les équipes pédiatriques du Mans. Il serait possible d'optimiser les équipements du centre hospitalier d'Alençon et d'éviter l'éloignement mère-enfant.

Les maternités privées à but lucratif et non conventionnées ne disposent pas d'unités de néonatalogie. Elles assurent la mutation de la jeune maman et le transfert des grands prématurés. L'interconnexion entre le privé et le public garantit indirectement une réduction de la mortalité périnatale et un taux de mortalité infantile peu élevé.

3.4.3 Permanence des gynécologues et des pédiatres

3.4.3.1 Les gynécologues

Dans le secteur public, trois maternités disposent d'un médecin gynécologue accoucheur sur place, 24 heures sur 24 : Caen, Cherbourg et Lisieux. Ces établissements assurent 46% des accouchements du secteur public et calquent, par conséquent, l'offre médicale aux besoins de la population. La fréquence des accouchements est plus importante dans ces bassins de population et d'emploi.

Dans les cliniques privées, l'obstétricien n'est pas à plein temps, en particulier si son cabinet de consultation est situé hors de la maternité. L'activité moyenne des établissements privés est d'environ 500 accouchements par an, soit moins de deux interventions par jour. Nous comprenons, par conséquent, que la présence permanente d'un obstétricien ne se justifie pas et entraînerait des dépenses de fonctionnement inutiles. Les équipes obstétricales, comme nous l'avons vu précédemment, minimisent, par ailleurs, les risques de complication à l'accouchement en confiant les patientes à risques aux établissements publics.

3.4.3.2 Les pédiatres

Seules les grandes maternités (C.H.R. de Caen et le centre hospitalier de Cherbourg) disposent d'un pédiatre présent 24 heures sur 24. Dans 64% des maternités, la disponibilité du personnel pédiatrique est astreinte. Ces établissements sont caractérisés par une activité comprise entre 400 et 770 accouchements par an. En outre, sept établissements n'ont pas recours aux pédiatres. Ce sont généralement des maternités situées en zone rurale (Saint-Hilaire du Harcouët, La Ferté-Macé, Domfront, Aunay-sur-Odon) ou en zone mixte (Valognes) qui accusent une insuffisance quantitative en spécialistes. Tout comme le gynécologue, le pédiatre se cantonne aux zones urbaines et périurbanisées et reste un intervenant secondaire dans les petites maternités.

3.4.3.3 Réflexions sur la restructuration des maternités préconisée par les pouvoirs publics

Le rapport PAPIERNIK, paru en janvier 1993, préconise le regroupement des maternités et la réorganisation des structures hospitalières avec la création de centres de gynécologie-obstétrique opérationnels 24 heures sur 24. De plus, ils seraient dotés des plateaux techniques indispensables : service de réanimation, bloc opératoire, présence d'anesthésistes et de pédiatres spécialisés... Cette restructuration de l'ensemble des maternités s'applique aux régions dotées d'axes de communication rapides et bien reliés. Mais l'est-elle pour une région encore rurale marquée par le parallélisme de ses voies de communication ? L'accouchement reste une activité d'urgence et ne supporte ni l'attente ni les longs trajets. La politique, préconisée par le rapport du Haut Comité de la Santé Publique ne vise-t-elle pas indirectement à renforcer les inégalités à l'accessibilité aux équipements de soins entre urbains et ruraux ? En outre, les zones rurales accusent un déficit quantitatif en spécialistes et une implantation qualitative insuffisante en équipements de bases. La planification actuelle tend à la structuration de plateaux techniques complets dans des villes de rayonnement régional ou départemental. Les moyens financiers et humains, une fois concentrés dans les principaux bassins d'emploi et de population, accentuent l'enclavement des zones rurales et l'inertie des petites villes.

3.4.4 Les laboratoires (cf. Carte N° 18)

La quasi-totalité des maternités bas-normandes disposent 24 heures sur 24 des services des laboratoires publics ou privés auxquels elles sont généralement associées. Au regard de la carte, excepté le Pré-Bocage (Aunay-sur-Odon), les laboratoires se répartissent de manière homogène à l'ensemble du territoire bas-normand.

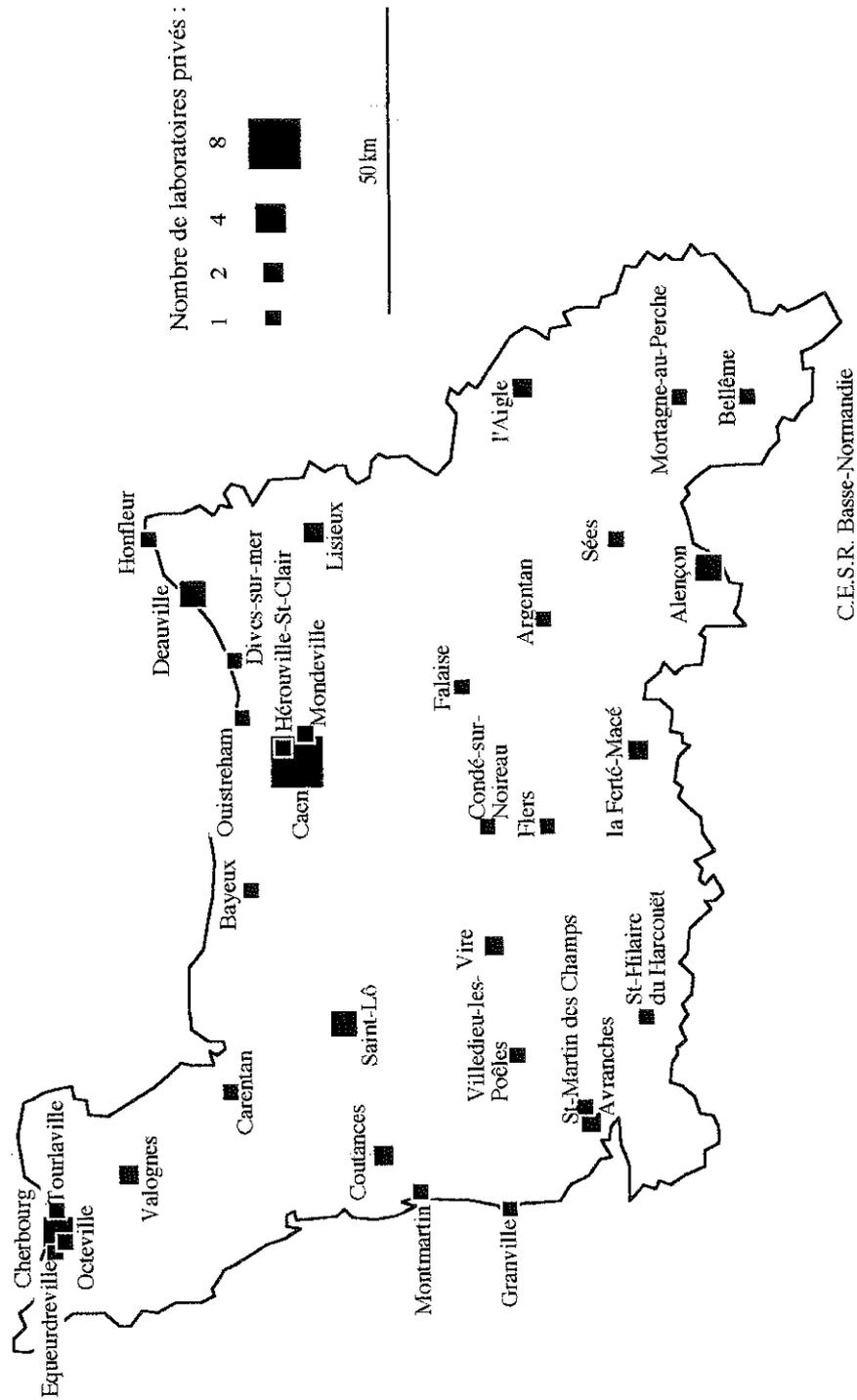
3.5 Transports et transferts des nouveau-nés

Seuls sept établissements disposent d'unités de néonatalogie. Par conséquent, les transferts inter-hospitaliers des nouveau-nés prématurés ou présentant une pathologie particulière sont fréquents. Certes les gynécologues orientent de plus en plus les femmes à risques vers les maternités équipées d'un bloc opératoire, d'une salle de réanimation et d'une unité néonatale. Ces précautions minimisent ainsi les situations de détresse et le recours à l'Aide Médicale Urgente.

En Basse-Normandie, il n'existe pas de S.M.U.R. pédiatrique (Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation) comme d'ailleurs dans la quasi-totalité des régions françaises. Seules les très

CARTE N° 18

LOCALISATION DES LABORATOIRES D'ANALYSES MÉDICALES PRIVÉS



grandes maternités d'Ile-de-France (Clamart et Necker), Rhône-Alpes (Saint-Étienne et Lyon) et Languedoc-Roussillon (Montpellier) disposent d'une équipe pédiatrique d'urgence mobilisable 24 heures sur 24.

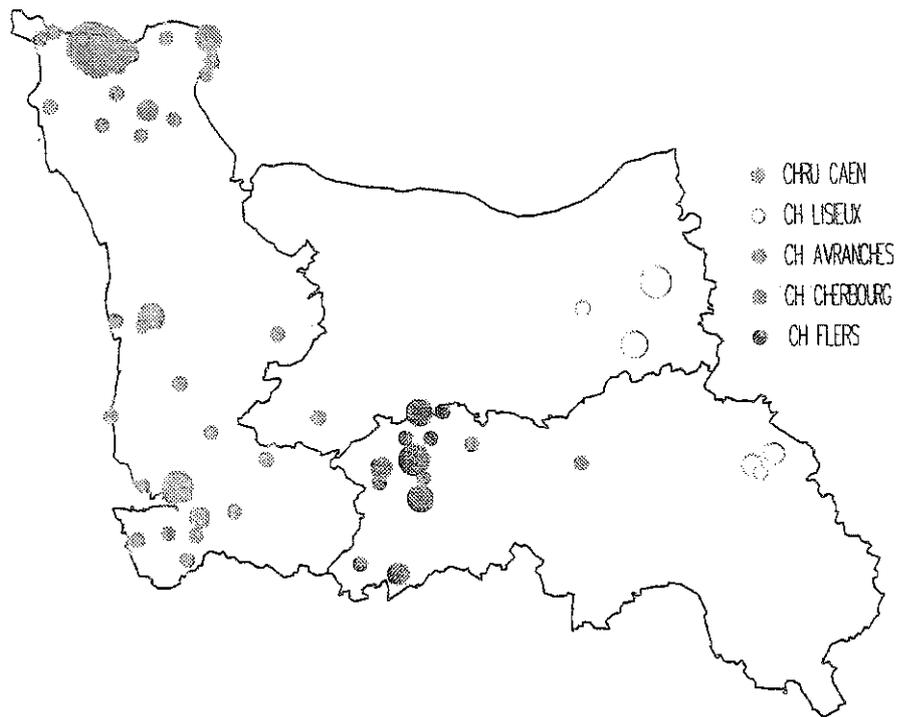
Les problèmes posés par les transferts des nouveau-nés en Basse-Normandie restent assez nombreux. L'insuffisance du personnel pédiatrique dans les centres hospitaliers de la région est un facteur des dysfonctionnements observés. Le transport inter-hospitalier d'un nouveau-né induit une désorganisation des services de pédiatrie et de néonatalogie quand un pédiatre s'absente quelques heures. Le C.H.R.U. de Caen répond à la quasi-totalité des pathologies du nouveau-né. Mais certaines infections et malformations sont du ressort de plateaux techniques compétents en la matière. Le transfert de l'enfant jusqu'en région parisienne, par exemple, pose des problèmes d'organisation. Les équipes parisiennes ne se déplacent plus. Le SAMU 14, de son côté, intervient principalement pour le recrutement des services du C.H.R. de Caen et dispose, par ailleurs, d'un chariot pédiatrique. Certains préconisent l'achat d'un hélicoptère pour optimiser les transferts interrégionaux. D'autres proposent la création de nouveaux postes de pédiatres dans les secteurs défavorisés. Une redistribution géographique des moyens humains et une adéquation entre l'offre médicale et les besoins de la population peuvent améliorer le système de soins de la région.

L'étude globale des "bassins de recrutement" des nouveau-nés (cf. Cartes N° 19 et N° 20) révèle une hiérarchie entre petits établissements et plateaux techniques complets, la complémentarité secteur public - secteur privé et le rayonnement intrarégional du C.H.R.U. de Caen.

Dans le département de la Manche, le centre hospitalier de Cherbourg intervient sur tout le Cotentin et répond aux pathologies les plus fréquentes du nouveau-né. Cet établissement dispose, par ailleurs, d'un plateau technique complet. L'équipe pédiatrique se relaie et assure une permanence effective 24 heures sur 24. Le bloc opératoire et le service de réanimation sont fonctionnels à toute heure du jour et de la nuit. L'hôpital de Cherbourg assure une bonne couverture médicale et pourvoit aux insuffisances du centre hospitalier de Valognes. Le service de néonatalogie de l'hôpital Mémorial de Saint-Lô n'est pas en mesure d'assurer la ventilation au long cours des grands prématurés. Il privilégie l'accouchement de ces nouveau-nés au C.H.R. de Caen puisque techniquement le transport de l'enfant dans le ventre de sa mère est plus simple que dans une couveuse. Avranches bénéficie d'une bonne réputation. Ce centre recrute des nouveau-nés du centre et du sud-Manche (Saint-Hilaire-du-Harcouët, Granville et Coutances).

Les équipes du C.H.U. de Caen desservent l'ensemble du département du Calvados et interviennent ponctuellement dans les départements de la Manche et de l'Orne. Elles disposent

CARTE N° 19
"BASSINS DE RECRUTEMENT" DES GRANDS PRÉMATURÉS
EN BASSE-NORMANDIE 1987-89
(SOURCE : C.T.R.N.)

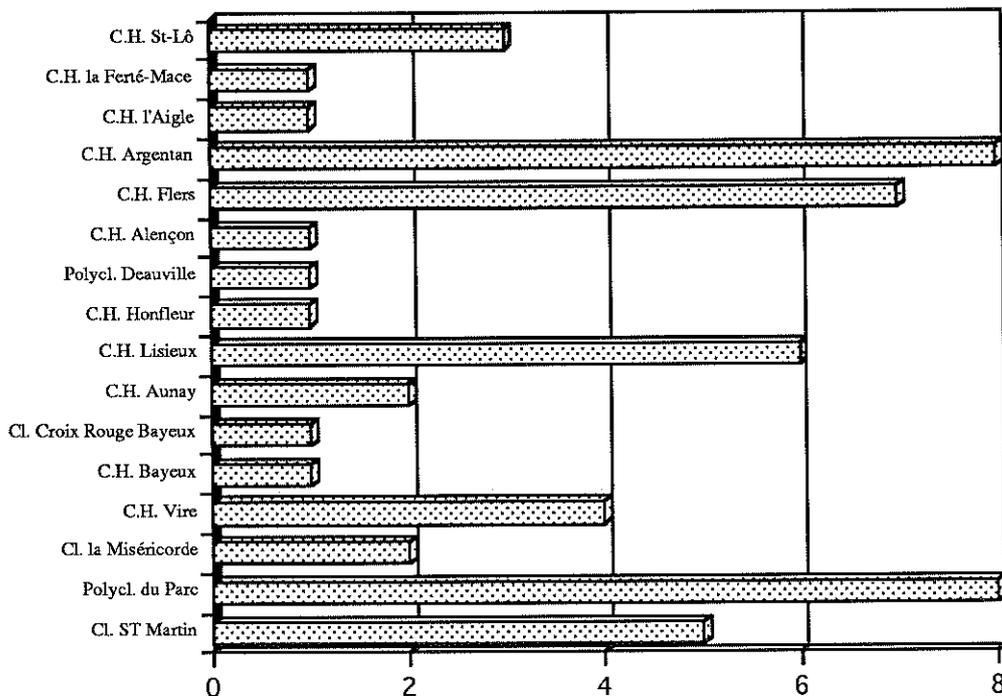


CARTE N° 20
"BASSINS DE RECRUTEMENT" DES GRANDS PRÉMATURÉS
DU C.H.R.U. DE CAEN 1987-89
(SOURCE : C.T.R.N.)



d'un chariot pédiatrique. La figure N° 16 met en évidence les transferts secondaires pédiatriques assurés par le SAMU 14 entre les différents centres hospitaliers de la région et le service de néonatalogie du C.H.R.U.. Le SAMU 14 intervient donc dans 28% des cas dans l'agglomération caennaise (cliniques Saint-Martin et de la Miséricorde, polyclinique du Parc) et dans 32% des cas dans le département "hors agglomération" caennaise (C.H. de Bayeux, Honfleur, Falaise, Lisieux, Aunay-sur-Odon et Vire, clinique de Bayeux, polyclinique de Deauville). Il faut signaler la fréquence des interventions dans le département de l'Orne : 34% sur l'ensemble des transports secondaires assurés par le SAMU 14. La sous-représentation de la Manche révèle les objectifs des équipes obstétriques et pédiatriques de ce département. De leur côté, les gynécologues du centre hospitalier de Saint-Lô développent les transferts anténataux des femmes à risques vers Caen. Ils tentent de minimiser les risques de prématurité et d'infections et donc les complications liées à la difficulté d'organiser le transfert des nouveau-nés fragilisés. Quant aux centres de Cherbourg et d'Avranches, ils assurent une couverture satisfaisante des besoins médicaux des nouveau-nés.

FIG N° 16
TRANSFERTS SECONDAIRES PÉDIATRIQUES ASSURÉS
PAR LE SAMU 14 EN DIRECTION DU SERVICE DE NÉONATOLOGIE
DU C.H.R. DE CAEN



Dans le département de l'Orne, les hôpitaux de L'Aigle, Argentan et Flers font appel au SAMU 14 pour les transferts pédiatriques et confient les cas les plus critiques au service de néonatalogie du C.H.R. Caen-Clémenceau. Ce tropisme est intéressant. Il signale peut-être un manque de moyens dans le domaine de la néonatalogie et de la réanimation néonatale dans l'Orne. Au regard de la Carte N° 19, l'unité néonatale de Flers dessert les cantons périphériques de l'axe Condé-sur-Noireau/Domfront.

3.6 Intervention des psychologues et des pédopsychiatres

La médecine pratiquée en Basse-Normandie reste résolument organiciste. Certains intervenants médico-sociaux regrettent l'absence des psychologues dans les maternités. A l'accouchement, la femme se trouve généralement dans une situation psychologique fragilisante. L'événement de la naissance génère souvent un état de stress. La présence d'un psychologue, dans un service de gynécologie-obstétrique, optimiserait les contacts entre les patientes et le corps médical. De plus, le psychologue reste le seul à déceler les problèmes sous-jacents à l'intrusion du nouveau-né dans une cellule familiale déjà fragilisée. Certes, les sages-femmes, les médecins et les puéricultrices, au cours des consultations, engagent un dialogue qui s'avère à long terme bénéfique et thérapeutique. Seulement, ces intervenants ne sont pas formés à conduire un entretien psychologique et appréhendent certains problèmes affectifs sans en connaître la réelle signification. Au C.H.R. de Caen, un poste de psychologue vient d'être créé mais reste vacant. Ce praticien de "l'esprit et de l'affect" semble encore susciter la suspicion des cliniciens. Les grandes maternités de la région parisienne accueillent depuis quelques années des psychologues dans leurs services. L'intervention de ces praticiens tend peu à peu à se généraliser dans les services de gynécologie-obstétrique des centres hospitalo-universitaires français.

Les maternités bas-normandes disposent en général de bonnes liaisons entre le bloc obstétrical et les différents services inhérents à la néonatalogie et à l'obstétrique. Des remarques peuvent être évoquées au sujet de l'organisation des transferts des tout-petits vers les unités néonatales implantées dans les maternités les plus actives et vers les services de chirurgie infantile.

Par ailleurs, le taux de prématurité semble compressible si des actions préventives sont conduites dans les secteurs à risques (monde rural et agricole, milieux urbains défavorisés). La

prise en charge des femmes fragilisées sur le plan psychique après un accouchement devrait se généraliser dans un futur proche. Ce type de soins semblait être laissé de côté par les cliniciens et les intervenants médicaux des services de gynécologie-obstétrique.

VIVRE ET GRANDIR DE 0 À 6 ANS

Comment vivent les enfants de notre région tant qu'ils n'ont pas atteint l'âge de la scolarité obligatoire à savoir cinq ans révolus? De quels établissements de soins, de loisirs et d'éducation disposent-ils ? Comment se répartissent ces équipements sur le territoire bas-normand ? Détecte-t-on des disparités locales ? Existe-t-il une bonne adéquation entre l'offre médico-sociale et les besoins des jeunes enfants ? Pour répondre à ces questions, une radioscopie du groupe constitué des moins de six ans s'impose.

Il faut savoir tout d'abord que les enfants d'âge préscolaire n'ont guère de liens sociaux sans la médiation des parents. Ils disposent certes d'équipements qui leur sont propres (crèches, haltes-garderies, écoles maternelles, établissements de soins...) mais leurs caractéristiques sociales se calquent généralement sur celles de leurs familles. En définitive, ce groupe social ne peut être isolé des autres et reste dépendant de l'évolution des modèles familiaux, parentaux et sociaux.

En outre, l'environnement social des petits enfants reproduit l'évolution récente de la société française. Il doit s'adapter à de nouvelles données : l'activité féminine et le pluralisme des modèles familiaux. Depuis les années 60, le nombre de femmes actives ne cesse d'augmenter. Ainsi, en 1990, on estime à 47% la part des femmes dans la population active bas-normande (France : 43%). La société s'est plus ou moins bien adaptée à cette évolution. Elle laisse aux femmes qui ont des enfants à charge en organisant et en développant l'accueil des enfants la possibilité légitime de poursuivre une activité professionnelle. Les femmes recourent ainsi systématiquement, selon des choix financiers et sociaux, à des structures collectives (crèches, haltes-garderies, pouponnières, écoles maternelles...), à des nourrices agréées ou non déclarées, ou bien à un membre de la famille. Néanmoins, les nombreuses initiatives des Caisses d'Allocations Familiales, des collectivités territoriales et des associations familiales ne sont pas suffisantes et l'accueil de la petite enfance ne correspond pas toujours aux besoins des parents actifs. L'inadéquation entre l'offre et la demande persiste malheureusement. Faire garder son enfant devient "une course à la débrouille".

Depuis la banalisation du concubinage et la précocité des divorces, l'enfant n'est pas épargné par les nouveaux modèles et échecs familiaux : cohabitation des parents, dislocation familiale, monoparentalité, remariage... Par ailleurs, l'enfant de moins de six ans se trouve généralement au sein d'une famille qui n'a pas atteint sa taille finale. Sa place sociale est renouvelée à la naissance d'un petit frère ou d'une petite sœur. La cellule familiale connaît des évolutions

structurelles successives. En définitive, l'environnement social de l'enfant est en perpétuel mouvement et le statut du tout-petit n'est jamais définitif. L'absence d'identification familiale ou les déchirures parentales peuvent engendrer et générer des dérapages sociaux plus ou moins irréversibles.

Sur le plan statistique, il est difficile de repérer les 0-6 ans. Nous disposons généralement de données répertoriées par tranches d'âge quinquennales : 0-4 ans et 5-9 ans. Mais aujourd'hui, les enfants de moins de six ans sont individualisés du reste de la population par les statisticiens des organismes sociaux et économiques. Ils suscitent, ces dernières années, un regain d'intérêt auprès des démographes, des économistes, des géographes et des sociologues parce qu'ils composent un groupe homogène. Ces enfants recourent, en effet, aux mêmes équipements et ont des besoins médico-sociaux similaires. Avant l'entrée à l'école élémentaire, les enfants dépendent essentiellement de leurs parents, de leurs assistantes maternelles et de leurs institutrices. Le cours élémentaire marquera l'étape vers une autonomie progressive. En définitive, les disparités pour la tranche d'âge 0-6 ans sont donc assez réduites. Seul le milieu social génère des inégalités sociales et appelle une prise en charge de certaines pathologies enfantines et de problèmes sociaux.

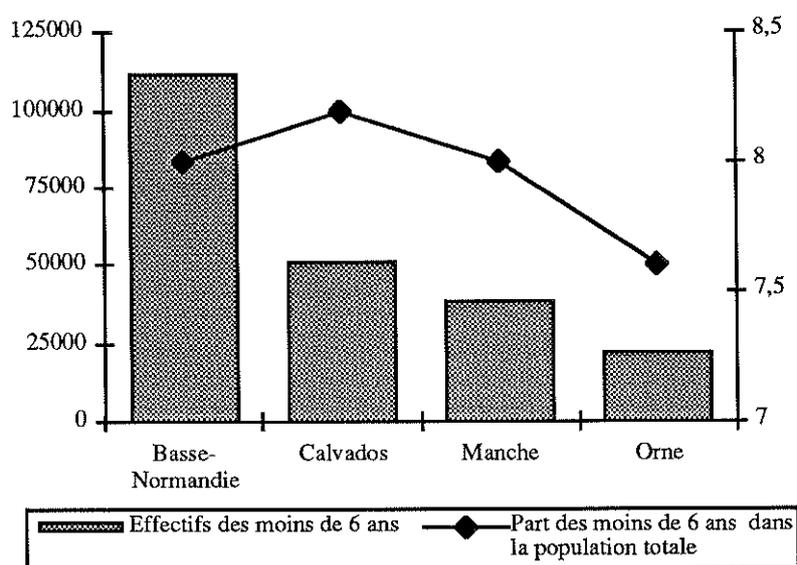
En 1992, les moins de six ans représentent en Basse-Normandie 8% de la population régionale (soit 111 841 jeunes enfants). Des petites différences apparaissent entre les départements et témoignent d'un plus ou moins grand dynamisme démographique local. Ainsi dans le Calvados, on recense 8,2% d'enfants de moins de six ans ; dans la Manche, 8% et dans l'Orne, 7,6%. (cf. Fig N° 17).

En cinquante ans, l'état de santé des petits enfants s'est beaucoup amélioré. Le risque de décéder avant un an est dorénavant inférieur à 1%. Les services de santé publique ont engagé, depuis la fin de la dernière guerre mondiale, une lutte contre les handicaps, les inadaptations de tous ordres et les inégalités devant la santé. Les agents de la Protection Maternelle et Infantile (P.M.I.), les généralistes et les spécialistes contrôlent le développement et la santé des nourrissons et des jeunes enfants jusqu'à six ans. En 1991, par exemple, les médecins et les puéricultrices P.M.I. des départements du Calvados, de la Manche et de l'Orne ont consulté plus de 13 000 nouveau-nés et près de 15 000 enfants âgés de 4 à 5 ans (soit au total 25% des moins de 6 ans). Ils assurent les vaccinations obligatoires et effectuent les contrôles statur pondéraux, visuels et auditifs. Ce sont les observateurs de terrain des divers dysfonctionnements sociaux inhérents à certains milieux socio-économiques défavorisés.

Les enfants de moins de six ans représentent dans notre pays 8% des hospitalisés de court séjour. Les infections et les malformations congénitales tendent à se raréfier grâce à un suivi intensif des grossesses mais les accidents domestiques restent assez fréquents. Ainsi, sur le plan national, le taux d'hospitalisation liée aux accidents domestiques en 1987 est de 17,5% pour les

enfants de moins d'un an, de 18,4% pour les enfants âgés de 1 à 4 ans et enfin de 14,5% pour les 5-9 ans. De la naissance à un an, les pathologies périnatales dominent : prématurité et hypotrophie. En outre, de 1 à 6 ans, l'enfant commence à marcher et à explorer son environnement. Il est alors plus ou moins exposé aux chutes, aux empoisonnements, aux brûlures et aux asphyxies. Les campagnes d'information et de prévention sur les risques encourus au domicile et sur la route doivent être conduites auprès des parents, des instituteurs et du personnel parascolaire.

FIG N° 17
LES MOINS DE 6 ANS
DANS LA POPULATION RÉGIONALE
(Source D.R.A.S.S., 92)



Les jeunes enfants, inadaptés ou déficients, sont dorénavant suivis par les services et les établissements spécialisés pour l'enfance handicapée. Les centres d'action médico-sociale précoce prennent en charge les petits handicaps, d'origine sensorielle, motrice ou mentale, des enfants de moins de six ans. Ils assurent, avec la collaboration des praticiens libéraux et des équipes de P.M.I., le dépistage et les cures de réadaptation. Ces établissements s'implantent progressivement en Basse-Normandie. Les polyhandicapés et les déficients moteurs ou mentaux sont placés dans des établissements spécialisés ou peuvent être suivis à domicile par des équipes médico-sociales itinérantes. Ces jeunes patients demandent des infrastructures lourdes et des moyens humains considérables.

Ces dix dernières années, les situations précaires semblent s'être étendues à une nouvelle catégorie de pauvres : les familles nombreuses, les jeunes en voie d'insertion, les personnes âgées, les handicapés et les cellules monoparentales. Les détresses sociales familiales se

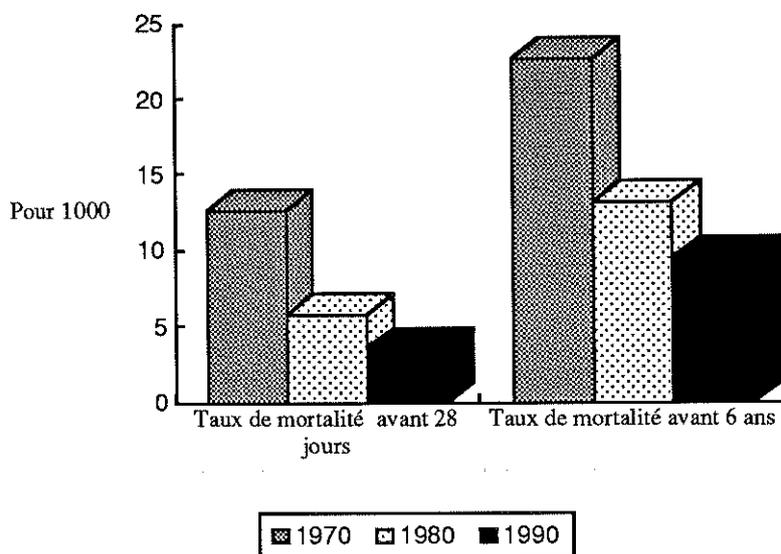
répercutent sur le développement affectif, mental et psychique du petit enfant. Les différentes mesures de la politique sociale dessinent des catégories de population aujourd'hui bien connues des intervenants médico-sociaux. Ainsi, le dispositif R.M.I. (Revenu Minimum d'Insertion) a révélé l'existence d'une population en difficulté jusqu'alors inconnue des circuits traditionnels de l'action sociale. En Basse-Normandie, on observe une augmentation de 43% du nombre d'allocataires du R.M.I. entre 1990 et 1992. En outre, les bénéficiaires de cette prestation sociale représentent 18,8 individus pour 1 000 personnes âgées de 25 à 59 ans (France : 16,2 pour 1 000). En quelques années, le climat social s'est dégradé. Cette situation s'est accompagnée de dérapages sociaux et de nombreuses situations de détresse qui ont augmenté malheureusement les cas de malveillance et de maltraitance des enfants. Les parents isolés et marginalisés sont quotidiennement confrontés à des problèmes socio-économiques : chômage, manque de qualification, précarité du logement, dislocation familiale et santé défaillante. Ils ont quelques difficultés pour assumer d'une part les échecs professionnels et familiaux et d'autre part la responsabilité morale de l'éducation d'un jeune enfant. Les équipes de P.M.I., les agents de l'A.S.E. (Aide Sociale à l'Enfance) et les associations collaborent et coordonnent des actions préventives au domicile des familles à risques et dans les centres d'action médico-sociale. Les associations caritatives et les établissements d'hébergement sociaux accueillent ces populations exclues du circuit social normal. Ils apportent un soutien psychologique et financier à de jeunes parents et à des jeunes mères isolées sans ressources et sans famille. La santé du petit enfant dépend fondamentalement de l'environnement social de ses parents.

Parallèlement à ces nouvelles données sociales, l'évolution du statut et des modes de vie de l'enfant s'est accompagnée d'un développement important des métiers de la petite enfance. L'implantation de crèches et des haltes-garderies dans les villes s'est accompagnée d'un regain d'intérêt pour les activités liées à l'encadrement médical et social des jeunes enfants. Ces structures ont suscité de nouvelles vocations et donc de nouvelles formations. Les puéricultrices, les assistantes maternelles et les auxiliaires de puériculture sont ainsi devenues les principales intervenantes médico-sociales et les médiatrices entre l'enfant et sa famille. De même, pour résoudre les délicats problèmes liés à la garde des enfants de plus de deux ans, beaucoup de parents recourent aux écoles maternelles. En 1992, on estime, en Basse-Normandie, à près de 74% les enfants scolarisés âgés de 2 à 6 ans (soit 69 575 individus) et à plus de 84% les enfants scolarisés âgés de 3 à 6 ans. La scolarisation progressive des tout-petits s'est alors accompagnée d'une restructuration du corps enseignant. Ainsi, sur le plan national, 25% des enseignants du primaire sont dorénavant affectés à l'enseignement préélémentaire. Pendant les vacances scolaires, les problèmes de garde se renouvellent. Les parents actifs confient leur progéniture aux animateurs des centres de vacances et de loisirs qui accueillent, en France, chaque été, près d'un million d'enfants (dont un quart des moins de 6 ans).

1. Les acteurs médico-sociaux de la tranche de vie 0-6 ans

Au début du siècle, près d'un nourrisson sur dix mourrait avant d'atteindre un an. Les infections, les maladies respiratoires ou métaboliques et les malformations congénitales étaient très fréquentes et entraînaient la mort de milliers d'enfants chaque année. Grâce aux progrès scientifiques, à l'élévation du niveau de vie (habitat, eau courante, ...), à l'adoption de nouveaux comportements médico-sociaux et à des programmes de santé publique, la situation sanitaire des petits enfants s'est améliorée. En 1890, la mortalité infantile oscillait entre 150 pour 1 000 et 200 pour 1 000; de nos jours, elle se situe au-dessous du seuil des 10 pour 1 000. De même, le taux de mortalité périnatale a reculé de 70% et le risque de décéder entre 0 et 6 ans, de 58% entre 1970 et 1990 (cf. Fig 18).

FIG N° 18
LA MORTALITÉ DES ENFANTS
EN FRANCE



Les acteurs médico-sociaux de la tranche d'âge 0-6 ans sont multiples. Famille, animateurs, instituteurs, médecins généralistes et spécialistes, assistantes maternelles, puéricultrices interviennent chacun à leur manière à une période clé de l'enfance. Les situations de crises vécues dans la petite enfance laissent des traces indélébiles et engendrent des inadaptations sociales (troubles du comportement, ...). Les pouvoirs publics, les professionnels de la santé et

les intervenants sociaux se sont attelés, ces cinquante dernières années, à protéger les intérêts du couple mère-enfant. Ils tentent de favoriser le développement du tout-petit dans son environnement et pallient aux divers dysfonctionnements sociaux inhérents à certains milieux sociaux.

Dès les premières années d'après-guerre, les pouvoirs publics généralisent une protection renforcée auprès des femmes enceintes, des jeunes mères et des enfants de moins de six ans. Ils favorisent, par ailleurs, une reprise de la fécondité et engagent, par conséquent, une lutte contre la mortalité infantile.

Dans les années 50 et 60, le "baby-boom" s'accompagne d'une croissance de la consommation, de la diffusion des savoirs essentiels et d'une amélioration des conditions d'hygiène. L'évolution économique et sociale se reflète directement sur l'état de santé de la population. La morbidité maternelle et la mortalité infantile juvénile reculent. Ces progrès sont attribués à l'action de la P.M.I. (structure fondée en 45) et aux efforts menés par les praticiens libéraux.

Dans les années 70, la P.M.I. et le corps médical intensifient leurs actions dans le domaine de la maternité et de l'enfance. Ils interviennent dorénavant dès la conception de l'enfant et assurent un suivi intensif de la grossesse. Dans ce contexte, le premier programme périnatal s'élabore en 1972. Les objectifs sont, dès lors, de réduire la morbidité et de prévenir les handicaps du jeune enfant. Au regard de la figure N° 18, nous constatons l'efficacité de cette nouvelle politique médico-sociale. Ces taux expriment une collaboration étroite entre la médecine salariée et la médecine libérale. Dans les maternités, on remédie progressivement à la pénurie d'obstétriciens qualifiés. Dans les U.F.R. de médecine, on favorise l'enseignement de la néonatalogie et de la pédiatrie. Avec les progrès technologiques, on recourt à de nouveaux instruments de surveillance médicale (l'échographie, l'amnioscopie, ...). Et on banalise les examens prénataux et l'accouchement dans des structures adéquates (liaisons avec le bloc opératoire, le service de réanimation, ...). Dans ces conditions, la diminution progressive des taux de mortalité infantile, périnatale et maternelle est garantie.

Aujourd'hui, les objectifs médico-sociaux s'orientent vers la prévention des handicaps, des malformations, des inadaptations, des déficiences et de la maltraitance. Les équipes de P.M.I. intensifient leurs actions dans les quartiers à risques. Les spécialistes des enfants se diversifient et conquièrent les petites et moyennes villes. En définitive, la santé des moins de six ans semble dépendre de la complémentarité des compétences des équipes de P.M.I. et des praticiens libéraux. La cohésion du système de santé publique est donc fondamentale parce qu'elle permet la concrétisation des objectifs médico-sociaux fixés par l'État.

1.1 Le suivi médical

Dès leur naissance, les jeunes enfants sont soumis à une surveillance médico-sociale importante et régulière fixée par la législation. Selon le lieu de résidence et l'origine sociale des parents, l'enfant malade sera adressé au médecin de famille, à un pédiatre ou à un médecin de la Protection Maternelle Infantile. Si des déficiences sensorielles et des troubles psychologiques sont constatés, l'enfant sera orienté vers un spécialiste (orthophoniste, ophtalmologiste, O.R.L., ...) ou vers une structure de soins adaptée aux problèmes des tout-petits.

1.1.1 Quand le petit enfant est malade, généraliste ou pédiatre ?

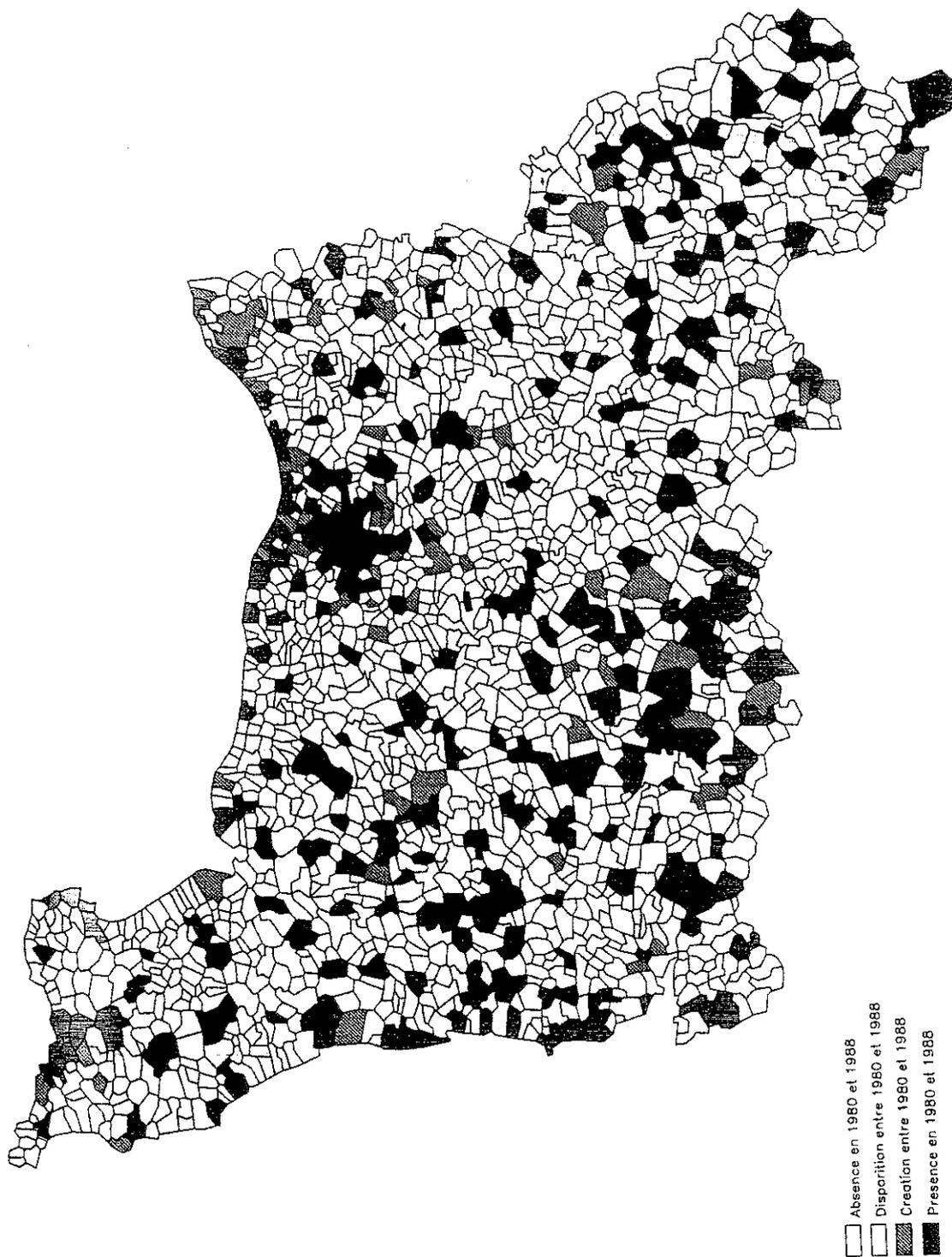
Les parents adressent généralement leurs enfants malades au médecin de famille. Ce comportement médico-social reste fixé à la quasi-totalité des catégories socioprofessionnelles. Le pédiatre reste généralement cantonné aux secteurs urbains. Par ailleurs, le recours à un spécialiste de l'enfant est en contradiction avec les habitudes acquises par la jeune maman à la maternité. En effet, les pédiatres dans la quasi-totalité des services de gynécologie-obstétrique bas-normands assurent quotidiennement une visite aux mères et les soins aux nourrissons. Ce sont, par conséquent, les premiers intervenants médico-sociaux dans la vie du jeune enfant. Mais à la sortie de la clinique, la maman se tourne spontanément vers son médecin de famille lorsque le nouveau-né est malade. Le pédiatre semble, en définitive, identifié à un intervenant hospitalier.

1.1.2 Densité et répartition des généralistes en Basse-Normandie

En Basse-Normandie, la répartition des généralistes se calque sur les grands bassins de population (agglomérations de Caen et de Cherbourg), les grands centres hospitaliers, les pôles économiques locaux (Condé-sur-Noireau, Lisieux, Saint-Lô, L'Aigle, Argentan, Alençon, Flers, ...), et les côtes touristiques (Courseulles-Honfleur, Granville-Agon-Coutainville). Mais elle s'uniformise également dans les zones rurales (Bocage Ornais, Coutançais, Mortainais, Bocage Virois. (CF. Carte N° 21).

Le maillage des cabinets généralistes est relativement lâche dans les zones en perte de vitesse (sud du Pays d'Auge, sud du Cotentin), dans les zones de monoculture (Plaine de Caen et Plaine d'Argentan) et dans les secteurs vieillissants (Perche et communes enclavées du département de la Manche).

CARTE N° 21
LOCALISATION DES GÉNÉRALISTES EN BASSE-NORMANDIE



- Absence en 1980 et 1988
- Disparition entre 1980 et 1988
- ▨ Création entre 1980 et 1988
- Presence en 1980 et 1988

Copyright IGN 1989 INSEE-SCEES 1980-1988

	France	Basse-Normandie	Calvados	Manche	Orne
Nombre	58 807	1 269	585	416	268
Densité pour 100 000 habitants	104	91	94	86	92
Densité pour 100 000 enfants de moins de six ans	1 501	1 134	1 148	1 073	1 210

Tableau N° 11 : Répartition des 1 269 généralistes libéraux entre les trois départements bas-normands

Au regard du tableau N° 11, la Basse-Normandie accuse un certain déficit en médecins généralistes si on se réfère à la moyenne nationale (104 pour 100 000 habitants). Le Calvados affiche une densité supérieure à celles des départements de l'Orne et de la Manche. Plusieurs facteurs rentrent en jeu. L'agglomération caennaise, bastion économique bas-normand, est un "réservoir" de clients potentiels. De plus, la structure socioprofessionnelle de cette population (ouvriers, employés, cadres moyens et supérieurs, artisans, commerçants) conditionne une consommation de soins médicaux supérieure à la moyenne. L'offre crée la demande. La demande conditionne l'offre.

Dans les départements ruraux de l'Orne et de la Manche, la situation est différente. La densité est moindre. La carte N° 21 montre que le réseau de généralistes couvre la demande sur l'ensemble de ces deux territoires. Mais l'offre reste inférieure à la moyenne nationale. Il semble, par conséquent, que des comportements médico-sociaux inhérents aux campagnes persistent encore aujourd'hui. Les géographes et les sociologues ont montré dans de nombreuses études que les ménages agricoles consultent peu et ne sont pas de gros consommateurs de soins médicaux. L'offre médicale, dans ce cas de figure, s'est adaptée aux besoins limités et restreints des populations rurales. Le recours aux soins spécialisés (pédiatrie, orthophonie, ophtalmologie, ...) est imposé dans un ménage agricole par le médecin de famille et reste majoritairement spontané dans un ménage urbain. La dichotomie milieux ruraux-zones urbaines persiste et semble liée à des traits culturels et à des identifications sociales différentes.

Au regard du tableau N° 12, on constate que le département du Calvados concentre 63% des généralistes salariés sur son territoire. Ce taux explicite le poids économique et médico-social du C.H.R.U. de Caen. Les départements de l'Orne (15%) et de la Manche (23%) ne sont pas dotés d'une infrastructure hospitalière comparable. Seuls les hôpitaux de Cherbourg et d'Alençon affichent un grand nombre de praticiens généralistes salariés.

	France	Basse-Normandie	Calvados	Manche	Orne
Nombre	19 213	423	265	96	62
Densité pour 100 000 habitants	34	30	42	19	21
Densité pour 10 000 enfants de moins de six ans	49,1	37,8	52	24,7	28

Tableau N° 12 : Répartition des 423 médecins généralistes salariés entre les trois départements bas-normands

Le nombre de généralistes salariés, une fois rapporté à la population totale et à celle des moins de six ans, indiquent des disparités départementales de densité. Le Calvados conserve évidemment la première place. Mais, la Manche glisse à la troisième place au profit de l'Orne.

1.1.3 Densité des pédiatres

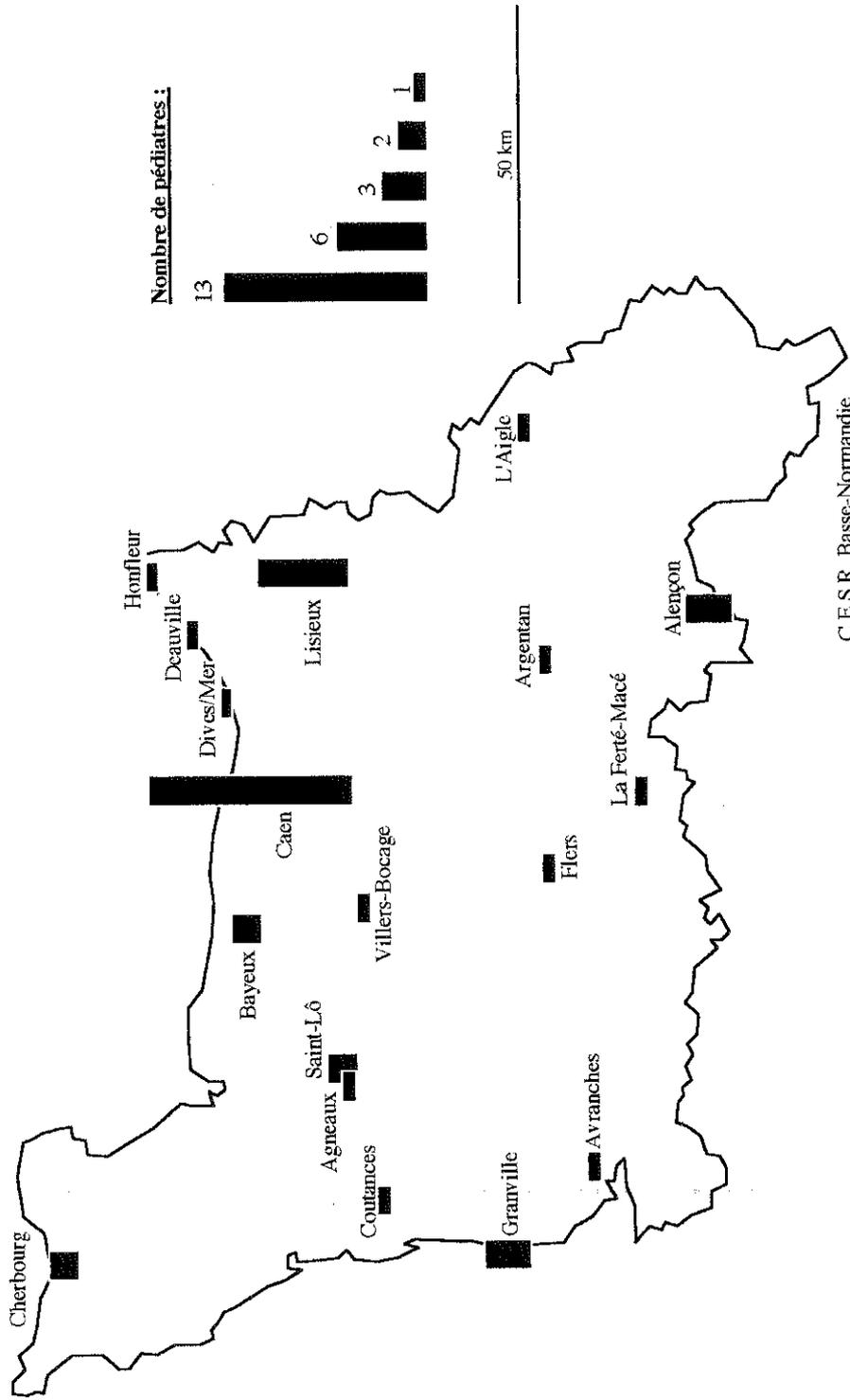
1.1.3.1 Vision régionale

Vingt-et-un ans après le premier programme périnatal mis sur pied par les professionnels de la santé et les pouvoirs publics, la répartition des cabinets pédiatriques s'est uniformisée à la quasi-totalité des villes moyennes et des agglomérations bas-normandes. La clientèle potentielle des pédiatres est largement recouverte par celle des généralistes. Cette équation est réelle dans une région rurale attachée aux services "polyvalents" des généralistes. La carte N° 22 montre que les pédiatres sont sur-représentés dans l'agglomération caennaise et qu'ils affichent une activité réduite sur le reste du territoire. Leur répartition géographique se calque sur les villes dotées d'au moins une à plusieurs maternités à quelques exceptions près (Agneaux, Villers-Bocage et Dives-sur-Mer), sur les principaux pôles économiques et sur les stations balnéaires fréquentées ponctuellement par des C.S.P. bien informées et exigeantes en soins particuliers (littoral de la Côte Fleurie).

Les 43 pédiatres en activité se répartissent en Basse-Normandie entre les trois départements comme suit :

- Calvados : 4,9 pédiatres pour 10 000 enfants de moins de six ans ;
- Manche : 3,1 pédiatres pour 10 000 enfants de moins de six ans ;
- Orne : 2,7 pédiatres pour 10 000 enfants de moins de six ans ;
- Région : 3,8 pédiatres pour 10 000 enfants de moins de six ans ;

CARTE N° 22
 LOCALISATION DES PÉDIATRES EXERCANT À TITRE LIBÉRAL EN BASSE-NORMANDIE



C.E.S.R. Basse-Normandie

- France : 7,7 pédiatres pour 10 000 enfants de moins de six ans.

Le Calvados est parmi les départements bas-normands le mieux doté mais accuse un déficit important en personnel pédiatrique si l'on s'en réfère à la moyenne nationale.

1.1.3.2 Vision nationale

La carte N° 23 révèle un tropisme déjà observé dans la première partie : l'attrait des spécialistes pour le sud, les grandes métropoles et les régions riches. En Ile de France, en Alsace et dans les régions de la moitié du sud, la densité des pédiatres est comprise entre 65 et 123 pour 100 000 enfants de moins de six ans. Dans la moitié nord, la densité est inférieure à 65 pour 100 000 enfants de moins de six ans. Des raisons culturelles et socio-économiques sont certainement à la base de cette opposition nord-sud. L'urbanisation, le dynamisme économique et la proximité d'équipements hospitaliers de haute technicité génèrent des comportements médico-sociaux nouveaux orientés vers la spécificité des compétences des professionnels de la santé.

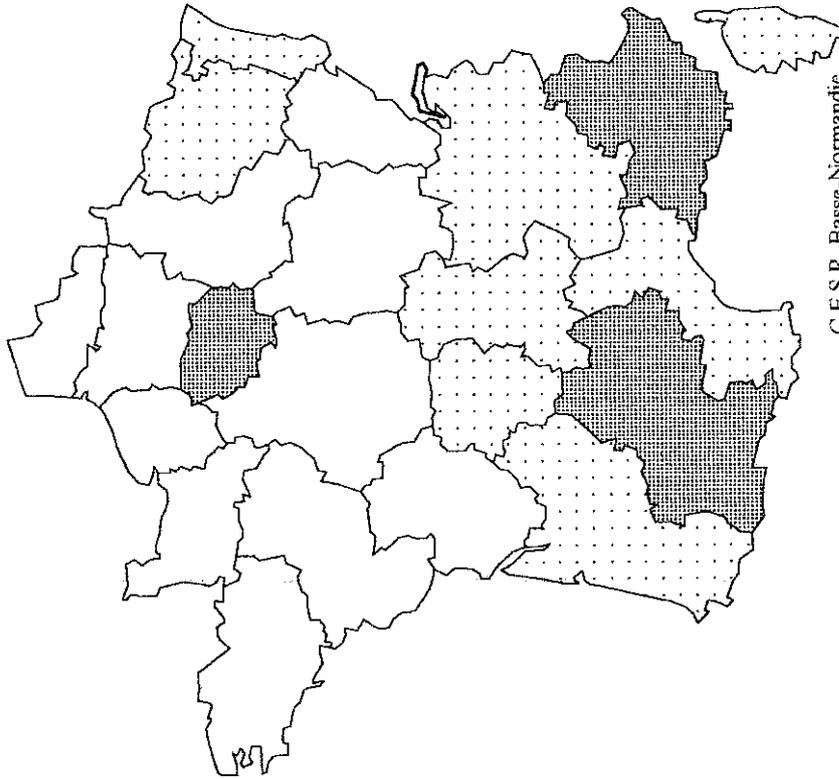
1.1.4 Disparités locales entre zones rurales et zones urbaines

La carte N° 22 identifie sept secteurs caractérisés par l'absence des pédiatres exerçant à titre libéral : le Sud-Cotentin, le Mortainais, le Domfrontais, le Bocage Virois, la Suisse Normande, le Perche et le sud de la Plaine de Caen. Les disparités géographiques persistent puisque dans les zones rurales, les spécialistes ne se substituent pas au généraliste dans un domaine de même compétence.

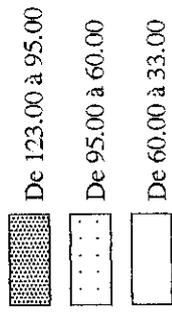
Certains parents, face à des pathologies particulières (problèmes de croissance, digestifs, alimentaires, moteurs, ...), adressent leurs enfants spontanément à un pédiatre. Ce recours est dicté par un comportement médico-social propre aux catégories socioprofessionnelles informées. Les réponses apportées au questionnaire du C.E.S.R. adressé aux pédiatres exerçant à titre libéral laissent apparaître des comportements de santé inclinés par l'appartenance sociale et la proximité du service offert. La clientèle est composée majoritairement de citadins, et cela, quel que soit le degré d'urbanisation du site d'implantation du cabinet pédiatrique. La démarche est quasi spontanée lorsque le pédiatre se trouve dans une ville d'au moins 15 000 habitants. Au contraire, dans les petites communes rurales bien reliées aux pôles économiques ou dans les grandes villes bien équipées en soins spécialisés, les généralistes adressent certains enfants affectés par une pathologie singulière aux pédiatres. En définitive, la place du

CARTE N° 23

DENSITÉ DES PÉDIATRES EN FRANCE
(POUR 100 000 ENFANTS DE MOINS DE SIX ANS)



Nombre de pédiatres en France pour 100 000 enfants de moins de 6 ans :



C.E.S.R. Basse-Normandie

généraliste reste prépondérante dans les villes moyennes non dotées d'un cabinet pédiatrique ou dans les communes rurales enclavées.

Le rayon d'activité d'un cabinet pédiatrique semble être en moyenne de 25 kilomètres. Mais on peut dresser une typologie en fonction de certains critères économiques et géographiques. Le rayon d'activité s'étire jusqu'à 40 kilomètres lorsque le site d'implantation du cabinet est bordé par des secteurs ruraux, enclavés, soumis à une absence généralisée des spécialistes. C'est le cas de Cherbourg (Sud-Cotentin), de Coutances (Landes de Lessay), d'Avranches (Sud-Manche et Mortainais), de Granville (zone comprise entre sud du Pays Saint-Lois et nord de l'Avranchin), de Villers-Bocage (Bocage Virois), de Lisieux (Pays d'Auge et l'est de la Plaine de Caen), de L'Aigle (nord du Perche et est des Plaines de l'Orne), d'Alençon (sud-ouest du Perche et sud des Plaines de l'Orne) et d'Argentan (Plaines de l'Orne et sud de la Plaine de Caen). Le rayon d'activité se rétracte lorsque plusieurs cabinets partagent une même clientèle potentielle. Ainsi, les pédiatres de l'agglomération Saint-Loise consultent des patients résidant dans un rayon de 25 kilomètres. Enfin, le rayon d'activité se réduit lorsque plusieurs cabinets sont en concurrence directe. Les praticiens de Bayeux perdent une clientèle potentielle originaire de l'est du Bessin au profit de l'agglomération caennaise. Flers et La Ferté-Macé se partagent des patients sur un secteur qui privilégie le médecin de famille à tout autre intervenant médical.

1.1.5 Actions de la P.M.I. dans le domaine de la petite enfance

La P.M.I. assure le suivi médical du jeune enfant. Elle gère les carnets de santé et contrôle le développement physique, mental et affectif du petit enfant avec ou sans la collaboration de la médecine libérale.

1.1.5.1 L'action médico-sociale générale

Elle s'articule autour d'un certain nombre d'actes médicaux et administratifs obligatoires. Lors de la déclaration de naissance, le carnet de santé est délivré gratuitement. Ce document sera présenté aux intervenants médicaux à chaque consultation. Une circulaire du 13 juin 1973 stipule que tous les enfants sont soumis à un contrôle médical continu : neuf examens sont effectués au cours de la première année ; trois au cours de la seconde année et un examen semestriel jusqu'à l'âge de six ans. Les examens pratiqués dans les huit premiers jours de la naissance et au cours des neuvième et vingt-quatrième mois permettent d'établir un certificat de santé. Ce document est inséré dans le carnet de santé de l'enfant. Il comporte un certificat médical confidentiel qui, une fois rempli, est adressé au médecin départemental de P.M.I.. Une attestation d'examen est alors remise aux parents.

La P.M.I. centralise les certificats de santé du 24^{ème} mois et recense la quasi-totalité des enfants vaccinés contre la diphtérie, la coqueluche, la polio, la rougeole, la rubéole, les oreillons et la tuberculose. Au regard du tableau N° 13, la couverture vaccinale, selon les données recueillies par les P.M.I., varient selon les départements et selon les postes. Si le R.O.R. (Rougeole, Oreillons, Rubéole) ne s'est pas généralisé à l'ensemble des enfants, le D.T. Polio et le B.C.G. sont des vaccins obligatoires qui touchent entre 80% et 96% de la population des deux ans. Les taux enregistrés ci-dessous ne prennent pas en compte la totalité des vaccinations réalisées dans les trois départements bas-normands mais soulignent quelques disparités dans les politiques médico-sociales. Il faut signaler qu'il n'existe pas de registre de vaccinations dans toutes les communes. Seules les villes dotées, avant 1984, de bureaux municipaux d'hygiène et de santé devenus aujourd'hui les services communaux d'hygiène et de santé organisent des séances des vaccinations auprès de leur population résidente.

	ORNE (1991)	MANCHE (1990)	CALVADOS (1991)
Diphtérie-tétanos	95%	82%	96%
Coqueluche	93%	82%	95%
Polio	93%	82%	85%
Rougeole, Oreillons, Rubéole (R.O.R.)	69%	46%	74%
B.C.G.	80%	94%	91%

Tableau N° 13 : Vaccinations des enfants de deux ans (données issues des certificats de santé du 24^{ème} mois reçus par les services départementaux de P.M.I.)

Avec les différentes actions médico-sociales menées par les Conseils Généraux, les anomalies, les maladies, les infirmités mentales, les retards sensoriels ou moteurs sont à de rares exceptions près dépistés et sont pris en charge précocement. Les services de P.M.I. ou les instituteurs orientent l'enfant handicapé, retardé ou inadapté vers les centres d'hygiène mentale, les C.M.P.P. (Centre Médico-Psycho-Pédagogique) ou les C.A.M.S.P. (Centre d'Action Médico-Sociale Précoce).

1.1.5.2 Une action en faveur de l'enfant dans son environnement

Certes, la surveillance médicale relève généralement de la médecine libérale. Mais, certaines familles, en marge du circuit social normal, ne font pas les démarches de santé nécessaires pour

des raisons psychologiques. La P.M.I. peut apporter, par conséquent, un soutien fondamental aux milieux socio-économiques défavorisés et peut aider ces derniers à intégrer les réseaux du système de santé.

En outre, les dépenses de santé et de prévention ne sont guère privilégiées dans les familles au budget limité. La P.M.I. veille, par conséquent, au bien-être de l'enfant en assurant des consultations gratuites à domicile. Les intervenants médico-sociaux appréhendent, ainsi dans sa globalité, l'enfant et son environnement familial, affectif et matériel.

Le rôle de ce service s'étend également à l'organisation et au développement des modes d'accueil du jeune enfant. Toutes les questions liées à l'implantation de nouvelles structures de garde du jeune enfant seront développées dans le troisième chapitre.

1.1.6 Visites à domicile des puéricultrices

L'objectif essentiel de ces visites à domicile est d'engager un dialogue avec les parents sur les problèmes liés à l'organisation matérielle de la famille, à l'alimentation du nouveau-né, aux soins quotidiens à apporter (pesée, préparation des biberons, hygiène...).

Ces interventions se font selon plusieurs modalités :

- dès que l'infirmière puéricultrice est informée des naissances sur son secteur, elle propose par courrier une visite aux familles qui restent libres d'accepter ou non ce service ;

- la puéricultrice intervient systématiquement :

* auprès des familles qui ont précédemment fait appel aux services de la P.M.I. pour des naissances antérieures ;

* auprès des familles signalées par les intervenants sociaux ;

* ou suite à un signalement prioritaire émanant du médecin de P.M.I. du secteur.

Les effectifs des infirmières puéricultrices classent les départements bas-normands par rapport à la moyenne nationale dans la situation suivante :

- Calvados : 1 puéricultrice pour 178 naissances ;

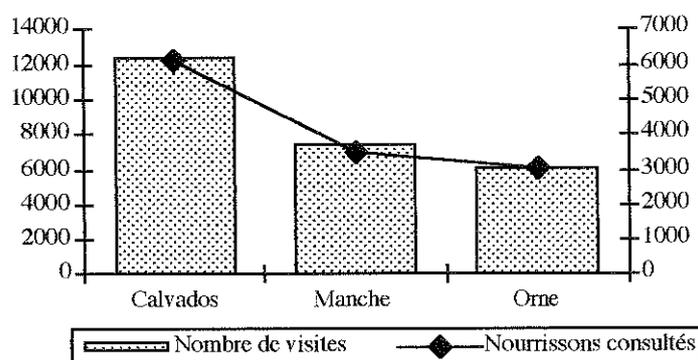
- Manche : 1 puéricultrice pour 416 naissances ;

- Orne : 1 puéricultrice pour 188 naissances ;

- France : 1 puéricultrice pour 189 naissances.

Les départements de l'Orne et du Calvados s'alignent sur la moyenne nationale et disposent vraisemblablement d'effectifs suffisants. Le département de la Manche, quant à lui, accuse un certain déficit, ses effectifs ne rejoignent en aucun cas ceux enregistrés sur le reste du territoire français. Les remarques, énoncées au sujet des visites à domicile des sages-femmes, sont également valables pour les interventions des puéricultrices. La réorganisation du service P.M.I. conduira certainement à une optimisation des actions médico-sociales ambulatoires et à la création de nouveaux postes.

FIG N° 19
VISITES À DOMICILE ASSURÉES
PAR LES PUÉRICULTRICES P.M.I.



Le nombre de nourrissons vus à domicile rapporté au nombre de naissances révèle des disparités dans l'offre médicale (cf. Fig N° 19). En effet, 75% des nourrissons du département du Calvados bénéficient d'une visite à domicile, contre 84% dans le département de l'Orne et 57% dans la Manche. La réorganisation du service P.M.I. du département de la Manche en 1992 s'accompagne de nouvelles orientations, en l'occurrence, la prévention au domicile des parents et des jeunes mères.

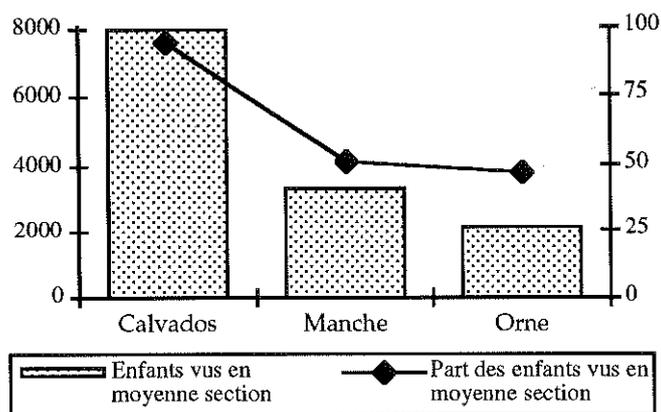
1.1.7 Bilan de santé dans les écoles maternelles

Ce bilan, institué depuis 1969, s'adresse aux enfants scolarisés dans les écoles maternelles en moyenne section (âge compris entre 4 et 5 ans). Il est assuré par le médecin de P.M.I. et la puéricultrice de la circonscription médico-sociale. L'objectif de ce bilan est de contrôler l'hygiène capillaire et de dépister les anomalies de croissance staturo-pondérale, les déficiences visuelles, les troubles du langage, les handicaps moteurs et les pathologies O.R.L. ou dentaires.

Les enfants sont convoqués dans un local de l'école maternelle. Ils sont généralement accompagnés de leurs parents, le plus souvent de leurs mères. A la fin de la visite médicale, les conclusions du bilan sont remises aux parents et sont rapportées sur le carnet de santé et sur le dossier médical. Si une inadaptation psychologique, une déficience sensorielle, un trouble du

langage ou un handicap est suspecté, l'enfant est adressé, avec l'accord des parents, à son médecin traitant, à un spécialiste (O.R.L., orthophoniste, ophtalmologiste, psychologue, ...) ou à un centre spécialisé (C.A.M.S.P., C.M.P.P., ...).

FIG N° 20
NOMBRE D'ENFANTS VUS
EN MOYENNE SECTION EN 1991

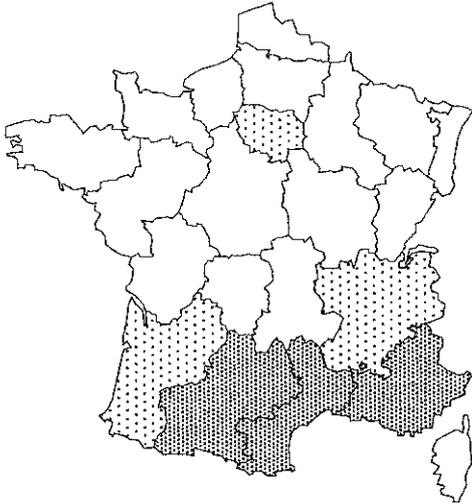


La figure N° 20 révèle certaines inégalités médico-sociales entre les trois départements. Le Calvados assure un bilan de santé auprès de la quasi-totalité (94%) des enfants âgés de 4 à 5 ans. L'activité du service de P.M.I. de l'Orne dans les écoles maternelles a été multipliée par cinq entre 1983 (393 enfants) et 1991 (2 159 enfants). La progression équivaut à 450% ! La politique engagée par cette équipe est satisfaisante mais en 1991, près de 53% des enfants de moyenne section n'ont pas fait l'objet d'un bilan de santé. Et dans le département de la Manche, les médecins de P.M.I. ont consulté plus de 50% des enfants âgés de 4 à 5 ans. Ce dernier taux n'affiche pas les efforts déployés dans le domaine de la petite enfance, il ne prend pas en compte les enfants qui sont absents le jour des consultations et qui sont invités plus tard à passer le bilan médical. Hormis ces considérations, l'activité des P.M.I. de l'Orne et de la Manche ne se généralisent pas à la majorité des écoles maternelles.

1.1.8 Observateurs quotidiens du bien-être de l'enfant

Les parents, les auxiliaires de puériculture, les institutrices et les animateurs des centres de loisirs sont des observateurs privilégiés. Quotidiennement, ils veillent chacun à leur manière au bon développement psychique et physique du petit enfant. Ce sont souvent les premiers à détecter et à dépister certaines anomalies : troubles du comportement, problèmes de communication, déficiences visuelles ou auditives, etc.. Ce sont les relais indispensables entre les professionnels de la santé et l'enfant.

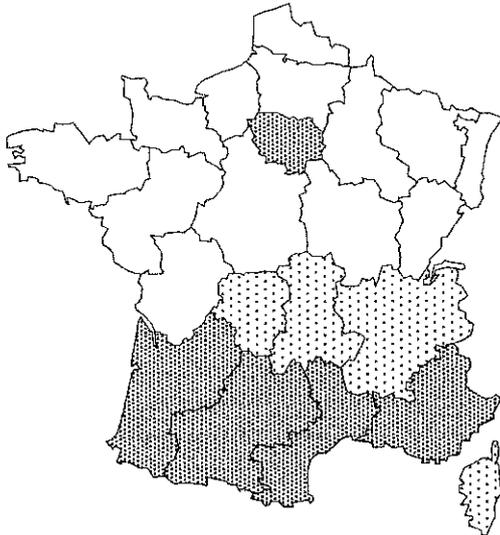
CARTE N° 24
DENSITÉ DES ORTHOPHONISTES EN FRANCE
(POUR 100 000 ENFANTS DE MOINS DE SIX ANS)



Nombre d'orthophonistes en France pour 100 000 enfants de moins de 6 ans :

-  De 439.00 à 350.00
-  De 350.00 à 250.00
-  De 250.00 à 142.00

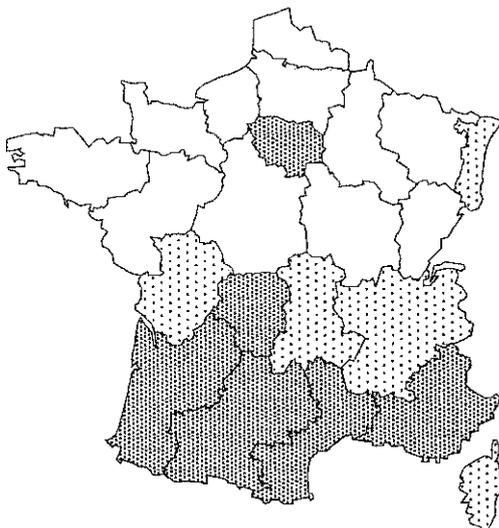
CARTE N° 25
DENSITÉ DES O.R.L. EN FRANCE
(POUR 100 000 ENFANTS DE MOINS DE SIX ANS)



Nombre d'O.R.L. en France pour 100 000 enfants de moins de 6 ans :

-  De 90.00 à 70.00
-  De 70.00 à 50.00
-  De 50.00 à 32.00

CARTE N° 26
DENSITÉ DES OPHTALMOLOGISTES EN FRANCE
(POUR 100 000 ENFANTS DE MOINS DE SIX ANS)



Nombre d'ophtalmologistes en France pour 100 000 enfants de moins de 6 ans :

-  De 173.00 à 135.00
-  De 135.00 à 95.00
-  De 95.00 à 59.00

1.2 La réponse médico-sociale à des problèmes spécifiques

Lorsque certaines déficiences sensorielles sont dépistées au cours d'un bilan médical pratiqué par les médecins de P.M.I. ou par le médecin traitant, l'enfant est adressé généralement à un spécialiste. Mais, une fois encore, les zones rurales sont défavorisées. Les cabinets des O.R.L., des orthophonistes et des ophtalmologistes sont implantés dans les villes. Certains traitements sont hebdomadaires et requièrent des déplacements longs entre le lieu de résidence et le site d'implantation du cabinet. Certaines consultations privilégient donc les citadins. Le département du Calvados a développé ces dernières années une stratégie de désenclavement des zones rurales avec le développement organisé des lignes du Bus Vert. Mais les passages sont trop espacés dans le temps et n'apportent pas la satisfaction escomptée par les jeunes mamans qui ne possèdent pas le permis de conduire. Se déplacer devient un obstacle et faire soigner son enfant devient un périple. Dans les départements de l'Orne et de la Manche, l'inadéquation entre les besoins de la population et l'organisation des transports interurbains sont amplifiés. Il n'existe pas une logistique semblable à celle du Calvados. Les pouvoirs publics devraient engager une réflexion autour de l'organisation de navettes qui seraient mises à la disposition des ruraux.

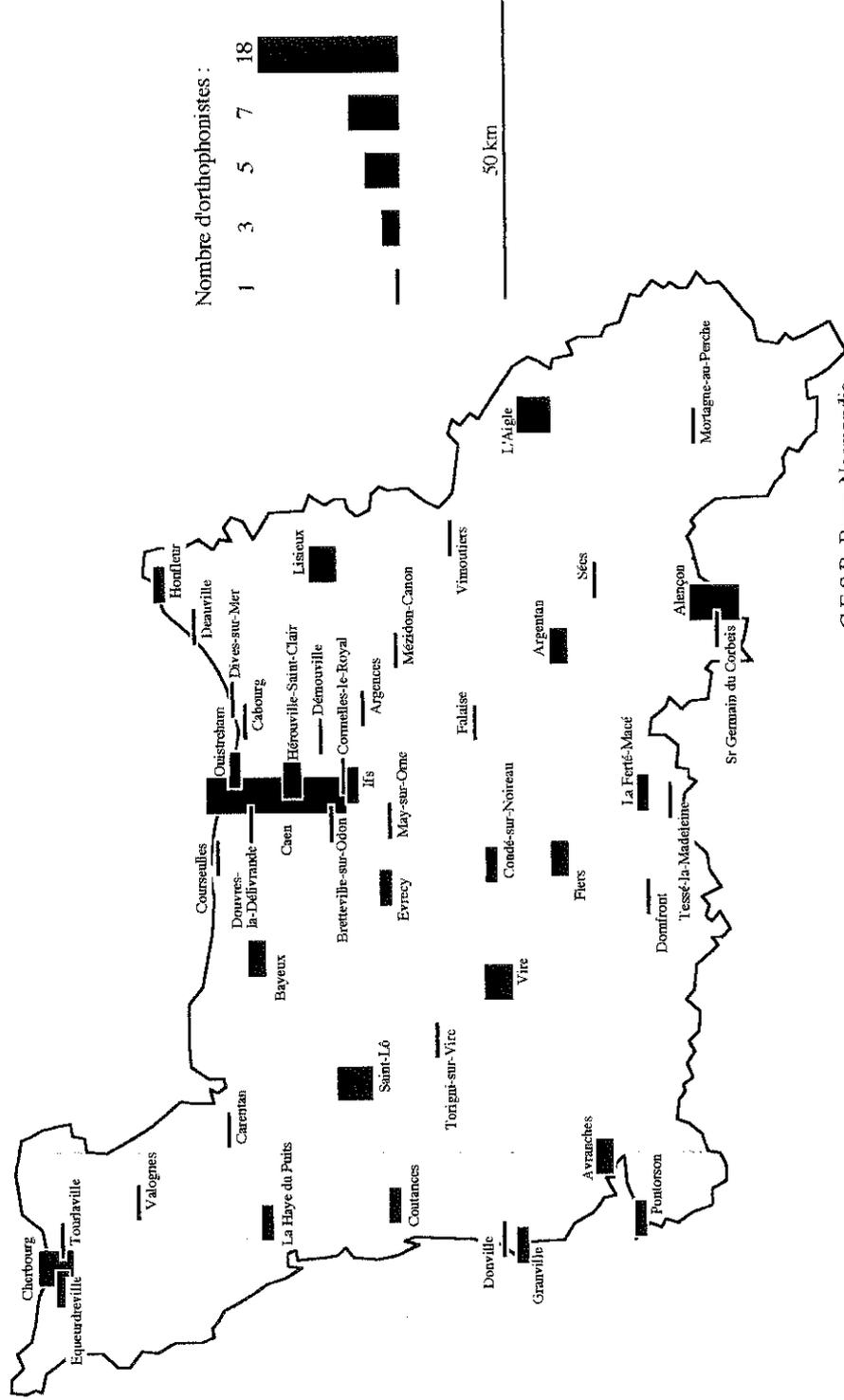
Nous évoquons, dans ce chapitre, les O.R.L., les ophtalmologistes et les orthophonistes. Ces trois spécialistes interviennent fréquemment dans la vie du jeune enfant de moins de six ans au même titre que les psychologues et les pédopsychiatres. Mais, face à une inadaptation ou à un handicap, ils sont souvent à l'origine d'une orientation vers une structure spécialisée (C.M.P.P. ou C.A.M.S.P.).

1.2.1 Densité et répartition des orthophonistes

La Basse-Normandie compte 169 orthophonistes, exerçant à titre libéral et salarié, répartis comme suit :

- Calvados : 17,9 pour 10 000 enfants de moins de six ans et 14,6 pour 100 000 habitants ;
 - Manche : 12,1 pour 10 000 enfants de moins de six ans et 9,8 pour 100 000 habitants ;
 - Orne : 14 pour 10 000 enfants de moins de six ans et 10,6 pour 100 000 habitants ;
 - Région : 15,1 pour 10 000 enfants de moins de six ans et 12 pour 100 000 habitants ;
 - France : 25,7 pour 10 000 enfants de moins de six ans et 18,5 pour 100 000 habitants.
-

LOCALISATION DES ORTHOPHONISTES EXERCANT À TITRE LIBÉRAL EN BASSE-NORMANDIE



Une fois encore, le Calvados est le mieux doté. Il concentre près de 54% des orthophonistes. L'Orne et la Manche accusent des densités moindres. La moyenne nationale explicite une sous-représentation de ces praticiens dans la région bas-normande. Mais au regard de la carte N° 24, les régions de la moitié nord, hormis l'Île de France, se caractérisent par des densités comprises entre 142 et 250 pour 100 000 enfants de moins de six ans. Elles se trouvent nettement au-dessous de la moyenne nationale.

La carte N° 27 montre une concentration des cabinets dans l'agglomération caennaise. Dans les départements de la Manche et de l'Orne, l'implantation des orthophonistes est relativement diffuse. Elle se calque sur les petits pôles économiques, les villes moyennes et les communautés urbaines. Même si la carte fait apparaître deux secteurs sous-équipés (Mortainais et sud-ouest du Cotentin), aucun bas-normand ne se situe à plus de 35 km d'un cabinet orthophoniste.

1.2.2 Densité et répartition des ophtalmologistes

Les 82 ophtalmologistes libéraux se répartissent plus ou moins uniformément sur le territoire bas-normand. On recense 35 praticiens dans le Calvados, 30 dans la Manche et 17 dans l'Orne.

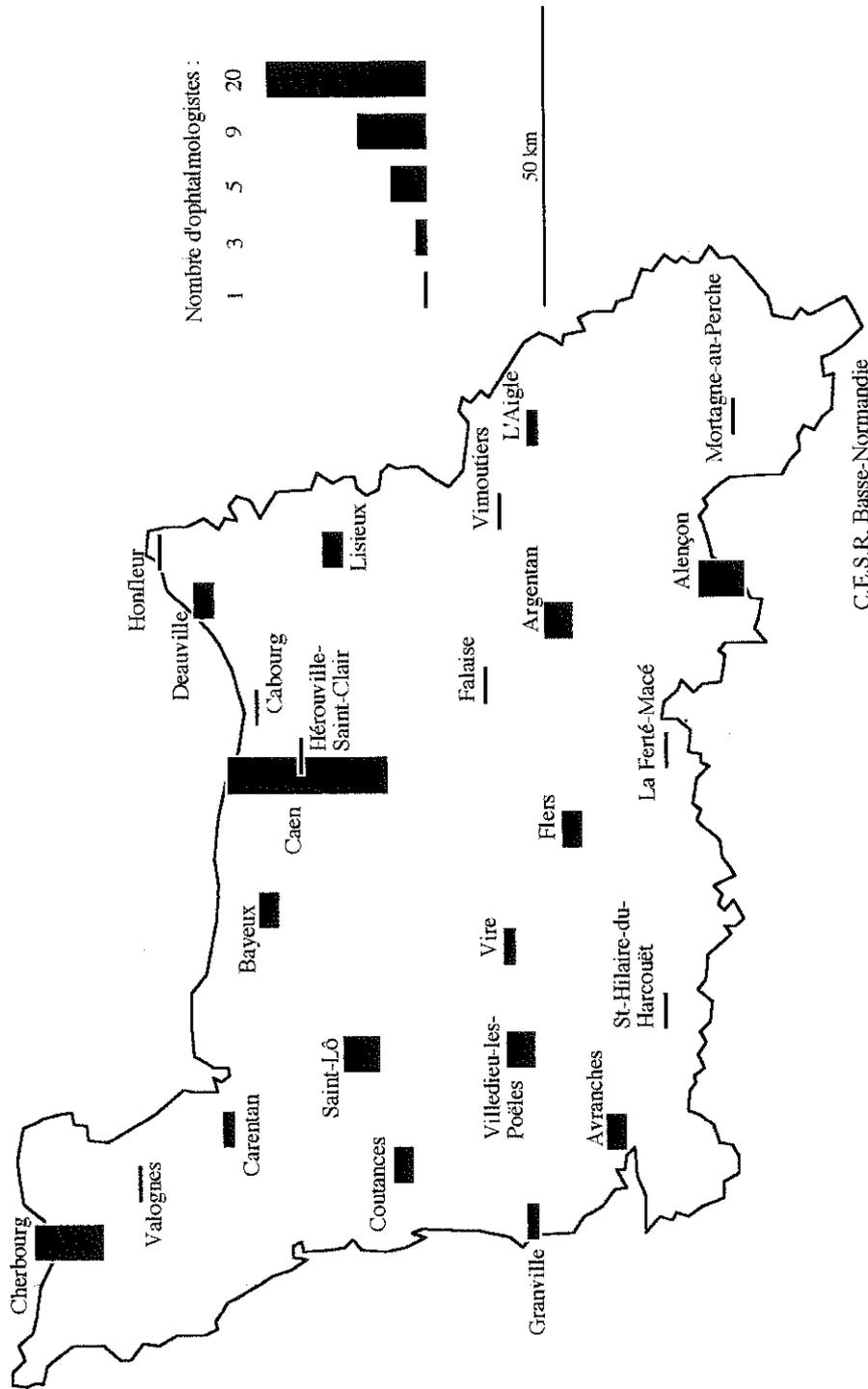
Les densités varient quelque peu d'un département à un autre :

- Calvados : 6,9 pour 10 000 enfants de moins de 6 ans et 5,6 pour 100 000 habitants ;
- Manche : 7,7 pour 10 000 enfants de moins de 6 ans et 6,3 pour 100 000 habitants ;
- Orne : 7,7 pour 10 000 enfants de moins de six ans et 5,8 pour 100 000 habitants ;
- Région : 7,3 pour 10 000 enfants de moins de six ans et 5,9 pour 100 000 habitants ;
- France : 11,3 pour 10 000 enfants de moins de six ans et 8,2 pour 100 000 habitants.

L'Orne et la Manche affichent une densité supérieure au Calvados. Les rapports sont tronqués par l'inégal poids démographique des moins de six ans sur les populations respectives des trois départements. En effet, une fois le nombre d'ophtalmologistes rapporté à la population totale, les inégalités géographiques sont gommées. L'Orne, la Manche et le Calvados accusent une densité de 6 ophtalmologistes pour 100 000 habitants. Au regard de la carte N° 26, la Basse-Normandie rejoint les régions situées au nord de l'axe Poitou-Charentes-Rhône-Alpes. L'Île de France et l'Alsace enregistrent respectivement une densité de 156 et 103 ophtalmologistes pour 100 000 enfants de moins de 6 ans et se rattachent aux régions de la moitié sud.

CARTE N° 28

LOCALISATION DES OPHTALMOLOGISTES EXERCANT À TITRE LIBÉRAL EN BASSE-NORMANDIE



La carte N° 28 montre une uniformisation des cabinets ophtalmologistes à l'ensemble des villes de taille moyenne et des agglomérations. On remarque la concentration de 20 praticiens à Caen. Contrairement aux précédentes cartes de localisation des spécialistes et malgré leur nombre, aucun secteur géographique ne semble négligé. Dans le département du Calvados, les habitants des cantons ruraux d'Aunay-sur-Odon, de Caumont-l'Éventé et de Villers-Bocage sont bien reliés à la capitale régionale et à Bayeux. Dans l'Orne, les ophtalmologistes ont conquis les petites villes dont le rayonnement économique est essentiellement local (La Ferté-Macé, Vimoutiers et Mortagne-au-Perche). Dans la Manche, les cabinets se répartissent uniformément du nord au sud dans les principales villes du département.

1.2.3 Densité et répartition des O.R.L.

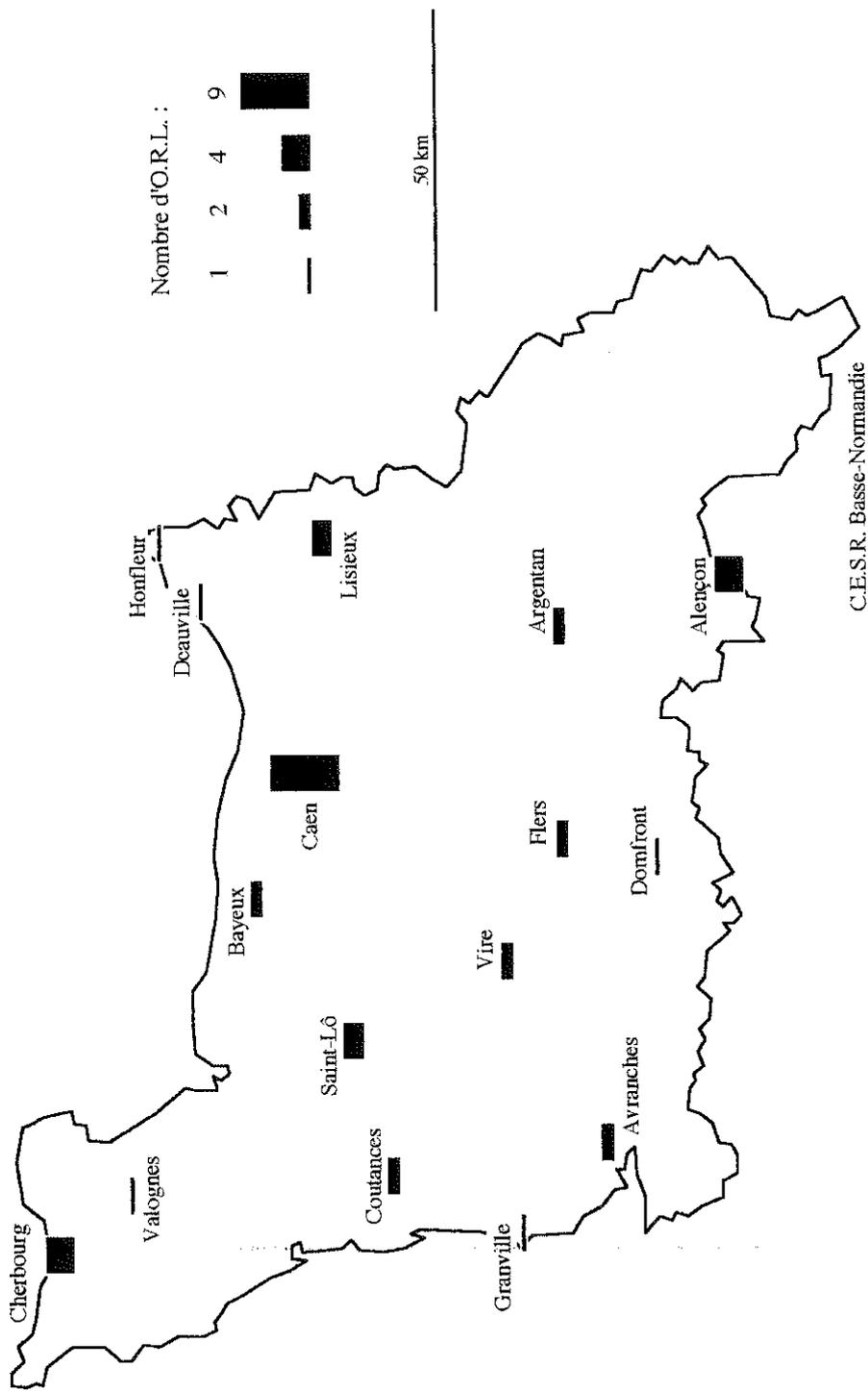
En 1992, la D.R.A.S.S. recense 38 O.R.L. en Basse-Normandie : 17 dans le Calvados, 13 dans la Manche et 8 dans l'Orne.

Les densités respectives sont :

- Calvados : 3,3 O.R.L. pour 10 000 enfants de moins de six ans et 2,7 pour 100 000 habitants ;
- Manche : 3,4 O.R.L. pour 10 000 enfants de moins de six ans et 2,7 pour 100 000 habitants ;
- Orne : 3,6 O.R.L. pour 10 000 enfants de moins de six ans et 2,7 pour 100 000 habitants ;
- Région : 3,4 O.R.L. pour 10 000 enfants de moins de six ans et 2,7 pour 100 000 habitants ;
- France : 5,9 O.R.L. pour 10 000 enfants de moins de six ans et 4,2 pour 100 000 habitants

L'acte médical des O.R.L. est largement recoupé par les compétences des généralistes. Ceci explique la sous-représentation de ces spécialistes dans notre pays. Si l'on rapporte le nombre d'O.R.L. à la population totale, la Basse-Normandie et la France affichent respectivement 3 et 4 O.R.L. pour 100 000 habitants. Mais, les écarts se creusent dans le rapport nombre d'O.R.L. - nombre d'enfants de moins de six ans. Ainsi, le Calvados affiche une densité inférieure à l'Orne alors même que ce département accuse une densité semblable dans le rapport nombre d'O.R.L. - nombre d'habitants. Le poids démographique de la population des moins de six ans tronque, par conséquent, ces résultats. La carte N° 25 révèle un tropisme déjà identifié à maintes reprises : l'attrait des régions sud, du secteur rhônalpin, et des zones fortement urbanisées et riches. On constate que les écarts de densité pour les O.R.L. sont nettement moins importants que ceux enregistrés pour les pédiatres, les ophtalmologistes et les orthophonistes.

CARTE N° 29
 LOCALISATION DES O.R.L. EXERCANT À TITRE LIBÉRAL EN BASSE-NORMANDIE



Sur le plan régional, les cabinets d'O.R.L. se cantonnent aux pôles économiques bas-normands (cf. Carte N° 29). Si le gros des effectifs se concentre dans le Calvados, les sites d'implantation dans la Manche restent malgré tout satisfaisants. L'Orne affiche une zone particulièrement desservie située à l'est de l'axe Argentan/Alençon. Cette cartographie explicite les difficultés rencontrées par les familles résidant dans les secteurs enclavés et ruraux lorsque l'enfant doit être consulté par ce spécialiste puisque les délais d'attente avant une première consultation sont généralement longs.

1.3. Les équipements de soins dans les établissements hospitaliers

1.3.1 Lits installés en chirurgie infantile et pédiatrie indifférenciées

Les statistiques mises à disposition ne permettent pas de différencier la part respective des lits installés en pédiatrie et en chirurgie infantile. On regroupe, par conséquent, sous la même rubrique ces deux disciplines.

Le secteur hospitalier compte trois services importants spécifiques aux enfants. La pédiatrie et la chirurgie infantile disposent de 69% des lits installés dans les établissements publics bas-normands ; la néonatalogie, 31%. Si les services pédiatriques ou de chirurgie infantile accueillent des enfants de tous âges, il n'en est pas de même pour les services de néonatalogie spécialisés dans les soins des nouveau-nés.

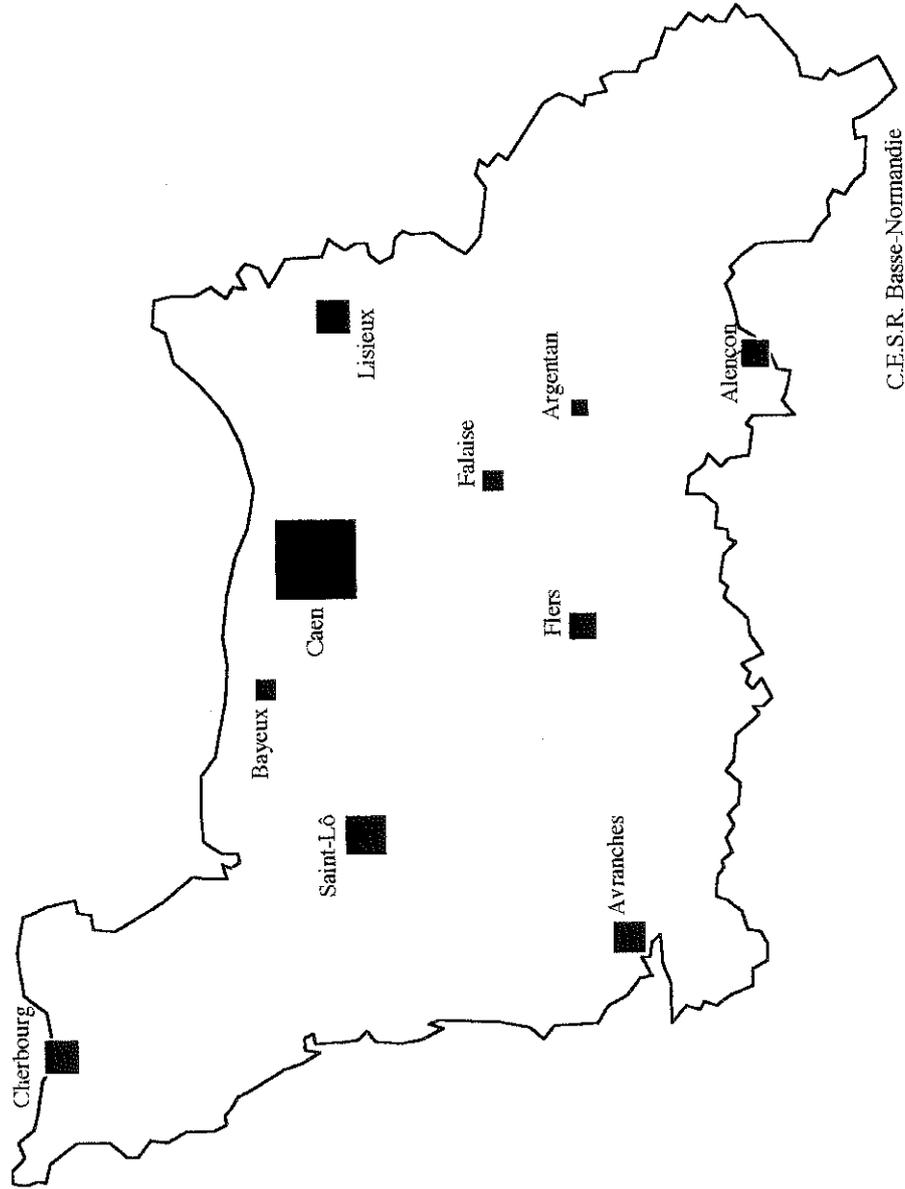
Le tableau, en vis à vis de la carte N° 30, montre que ces deux services comptent pratiquement autant de lits que la néonatalogie dans les hôpitaux suivants : Cherbourg (56%), Saint-Lô (57%) et Avranches (58%). Et certains centres hospitaliers privilégient, au contraire, les services médicaux infantiles aux soins des nourrissons : Lisieux (67%), Alençon (65%) et Flers (61%) ; les pourcentages sont ici relatifs aux lits installés en pédiatrie indifférenciée.

La carte N° 30 révèle sans surprise une concentration à Caen. Le C.H.R.U. dispose, en effet, de 32% des lits installés, dans la région, en pédiatrie, en chirurgie infantile et en néonatalogie. Outre le rayonnement intrarégional du centre hospitalo-universitaire, les établissements de Lisieux, de Bayeux et de Falaise uniformisent la réponse médicale et chirurgicale à la quasi-totalité de ce territoire. Ils se présentent comme les relais sanitaires des secteurs les moins urbanisés et les moins équipés.

Le département de la Manche compte trois établissements répartis de manière homogène : Avranches (au sud), Saint-Lô (au centre) et Cherbourg (au nord). On peut évoquer le regroupement des centres hospitaliers de Granville et d'Avranches qui optimise les spécificités

CARTE N° 30

LITS INSTALLÉS EN PÉDIATRIE DANS LES CENTRES HOSPITALIERS PUBLICS EN BASSE-NORMANDIE



Nombre de lits installés :

10 20 50 70 170



50 km

	Pédiatrie et chirurgie infantile, indifférenciées	Néonatalogie
Cherbourg	31	24
Saint-Lô	40	30
Avranches	28	20
Caen	124	45
Bayeux	22	19
Lisieux	39	
Falaise	21	14
Alençon	26	
Argentan	12	
Fiers	24	15

C.E.S.R. Basse-Normandie

de chacun de ces établissements : pour le premier, la pédiatrie et pour le second, la néonatalogie. La complémentarité de ces deux hôpitaux est exemplaire. Dans les années à venir, cette politique devrait se généraliser à l'ensemble des petits centres hospitaliers. Elle privilégie la technicité et la prestation de services au maintien d'activités insuffisamment rentables et compétitives.

Dans l'Orne, la situation n'est pas satisfaisante. A l'est de l'axe Argentan-L'Aigle, aucun établissement hospitalier ne dispose de services pédiatriques et de service de chirurgie infantile. Cela explicite les inégalités de la réponse médicale entre les habitants des zones urbaines, dynamiques et riches et les habitants des zones rurales et enclavées.

Les enfants de notre région atteints par un cancer sont généralement intégrés au service pédiatrique du C.H.R.U. de Caen et suivent, selon la pathologie, des soins au Centre Baclesse. Dans cet établissement, cinq enfants de moins de 6 ans suivaient une radiothérapie en externat en 1992. Le Centre Baclesse dispose de chambres de deux lits mis à la disposition de l'enfant malade et de son accompagnateur (père, mère, ...) mais n'a pas individualisé un service pédiatrique.

Les enfants sont hospitalisés dans les services de chirurgie infantile et de néonatalogie en moyenne deux semaines. L'hospitalisation dans les services hyper-spécialisés de certains établissements s'accompagnent parfois d'un éloignement parents-enfant pour une durée plus ou moins longue. Le C.H.R.U. de Caen a mis un foyer d'hébergement ("Le Logis", rue de l'Oratoire) à la disposition des familles confrontées à ce type de problèmes. Cette intéressante initiative pourrait, pour le bien-être de tous, se généraliser à l'ensemble des villes dotées de services chirurgicaux et médicaux très spécialisés.

1.3.2 La psychiatrie infanto-juvénile

En Basse-Normandie, quatre établissements dispensent des soins spécifiques aux malades mentaux. Les plus jeunes patients disposent au total de 118 lits (95% dans le secteur public et 5% dans le secteur privé) et de 166 places (70% dans le secteur public et 30% dans le secteur privé). Le département de la Manche compte deux établissements l'un public, situé à Pontorson et l'autre privé, à la Glacerie ; le Calvados, un situé Caen (clinique du Bon Sauveur) ; et l'Orne, un à Alençon (le C.P.O.).

La psychiatrie requiert un personnel et des équipements spécifiques et concerne quelques centaines de patients. Le nombre d'établissements est, par conséquent, restreint sur un territoire donné. La carte N° 31 différencie deux types d'accueil : l'hospitalisation complète c'est à dire de jour et de nuit (lits installés) et l'hospitalisation partielle de jour ou de nuit (places installées).

CARTE N° 31
LA PSYCHIATRIE INFANTO-JUVÉNILE

