
Les trois départements bas-normands affichent des taux d'équipement inégaux déterminés par des orientations médico-psychiatriques spécifiques:

- Calvados : 2 lits pour 1 000 enfants de moins de 6 ans ;
- Manche : 0,1 lit et 28 places pour 1 000 enfants de moins de 6 ans ;
- Orne : 0,4 lit et 2,6 places pour 1 000 enfants de moins de 6 ans ;
- Région : 1,1 lit et 1,5 places pour 1 000 enfants de moins de 6 ans ;
- France : 0,97 lits et 1,9 places pour 1 000 enfants de moins de 6 ans.

Ces rapports révèlent que les départements du Calvados et de l'Orne privilégient l'hospitalisation complète ; et la Manche, l'hospitalisation partielle. Le taux d'équipement régional rejoint approximativement la moyenne nationale.

1.3.3 Fréquence des hospitalisations des jeunes enfants

Depuis mars 87, les intervenants médico-sociaux usent d'un système européen de surveillance des accidents domestiques et de loisirs. Il s'agit du programme E.L.H.A.S.S. (European Home and Leisure Accidents Surveillance System) qui recense les accidents et détermine les actions préventives à conduire auprès de la population. Cinq ans après sa mise en place, les informations collectées concernent malheureusement les accidents survenus généralement dans les zones d'attraction des centres hospitalo-universitaires. Cette initiative est intéressante mais concerne un échantillon de population assez restreint. Néanmoins, elle permet d'appréhender globalement par tranche d'âge la fréquence des accidents et de fixer une typologie des risques encourus à la maison, dans le jardin ou dans un club sportif et de loisirs.

L'I.N.S.E.E., dans la collection "Contours et Caractères", a mené une étude détaillée auprès des enfants de moins de six ans. Le chapitre consacré à la santé évoque les accidents domestiques graves survenant dans l'enfance. L'intérieur de la maison reste vraisemblablement le principal lieu des accidents. Dans 72% des cas, ils surviennent entre 0 et 1 an et dans 57% des cas entre 1 et 4 ans.

Le tableau N° 14 permet une visualisation générale des accidents qui surviennent dans l'enfance et dégage les grandes tendances observées sur le plan national, par ailleurs, reproductibles à une échelle régionale.

	Moins d'un an	1 à 4 ans	5 à 9 ans
Accidentés	481	3206	2614
Taux d'hospitalisation (%)	17,5	18,4	14,5
Taux de décès (pour 100 accidentés)	0,21	0,06	0,15
Part des garçons (pour 100 enfants)	50	62	59
Produits en cause (%)			
- mobilier pour enfant	40	5	7
- mobilier	4	10	-
- landaux et poussettes	8	-	-
- médicaments	-	13	-
- liquides chauds, boissons	4	6	-
- fenêtre, escalier, porte	5	10	9
- sol à l'extérieur	5	-	7
- bicyclette	-	-	10
Lieu de l'accident (%)			
- intérieur de la maison	72	57	25
- autour de la maison	2	10	15
- lieu d'éducation	-	4	13
Activité au moment de l'accident (%)			
- jeux et loisirs	45	69	57
- soins personnels	21	7	5
Mécanisme (%)			
- chute d'une hauteur	74	30	33
- empoisonnement	6	26	6
- coup, collision	5	4	11

Tableau extrait des "Enfants de moins de six ans", collection I.N.S.E.E., Contours et caractères.
(Source : Ministère des Affaires Sociales et de l'Intégration)

Tableau N° 14: Hospitalisation en urgence des jeunes enfants en France en 1987

Avant l'âge d'un an, les chutes (tables à langer, chaises hautes, ...) représentent 80% des accidents et les brûlures, 10%. Entre 1 et 4 ans, les enfants explorent leur environnement. Les causes d'accident se diversifient : les chutes restent prédominantes (30%) et les empoisonnements deviennent fréquents (26%). Après 5 ans, le vélo, les aires de jeux et les sports collectifs multiplient les risques d'accidents. L'acquisition d'une autonomie progressive déplace les accidents vers l'extérieur de la maison.

L'O.R.S. de Basse-Normandie grâce aux données enregistrées par le C.H.R.U. avec le programme E.L.H.A.S.S. corrobore les données régionales aux données nationales. Il souligne que 77% des enfants âgés de moins d'un an et 58,7% des enfants âgés entre 1 et 4 ans sont touchés au niveau de la tête et du cou ; 23% de la tranche 1-4 ans souffrent d'une lésion à la main. Ces taux concernent exclusivement les accidents survenus dans la zone d'attraction du centre hospitalo-universitaire de Caen.

Les accidents domestiques chez l'enfant sont généralement sous l'influence du milieu familial. L'O.R.S. souligne que les familles monoparentales ou divisées marquées par le chômage, l'alcoolisme, ... sont celles où surviennent les accidents les plus graves et les plus nombreux.

1.4 Les établissements spécialisés pour l'enfance handicapée et inadaptée

1.4.1. Les C.A.M.S.P. et les C.M.P.P.

Répertoriées dans le même sous-chapitre, ces deux structures dispensent des soins et des consultations en externat mais n'ont pas les mêmes vocations. Le C.A.M.S.P. (Centre D'Action Médico-Sociale Précoce) est une structure de soins pour les enfants de moins de six ans accusant des handicaps essentiellement sensoriels. Le C.M.P.P. (Centre Médico-Pscho-Pédagogique) prend en charge les troubles de la personnalité ou psycho-affectifs des enfants, des adolescents et des jeunes adultes.

La prise en charge effective des moins de six ans est généralement rapide et n'attend pas plus de trois mois. Mais, il faut signaler que selon les périodes de l'année, l'attente des familles se fait en fonction des demandes. Ainsi, les mois suivant une scolarisation ou une intégration à une structure collective d'accueil, l'attente entre l'inscription et la prise en charge sera assez longue (il faut compter trois à cinq mois). Au contraire, de mars à juin, les C.M.P.P. et les C.A.M.S.P. se désengorgent graduellement en orientant certains de leurs jeunes patients vers d'autres structures ou vers des praticiens libéraux.

1.4.1.1 Les C.A.M.S.P. (Centre D'Action Médico-Sociale Précoce)

Ces établissements assurent le dépistage et les cures de réadaptation des enfants de moins de six ans atteints d'un handicap sensoriel, moteur ou mental. Les intervenants médico-sociaux forment une équipe pluridisciplinaire chargée de la rééducation de l'enfant dans les locaux du C.A.M.S.P. ou plus rarement au domicile des parents.

Ces structures sont insuffisamment implantées en Basse-Normandie. On recense deux C.A.M.S.P. dans les départements de la Manche (Tourlaville et Saint-Lô) et du Calvados (Caen et Bretteville-sur-Odon) et une structure dans l'Orne (Alençon). Il faut signaler, par ailleurs, que les C.A.M.S.P. de Bretteville-sur-Odon et d'Alençon sont spécialisés et prennent seulement en charge les déficients auditifs.

L'activité de ces établissements est très différente d'un département à l'autre (cf. Carte N° 32). Dans le département de la Manche, l'ouverture d'un établissement à Saint-Lô en 1992 s'est accompagnée d'une réorientation des consultants. Les enfants âgés de moins de six ans sont dorénavant affectés au C.A.M.S.P. qui est sans nul doute la structure la mieux appropriée à

cette tranche d'âge. Le centre de Tourlaville draine sa clientèle dans le nord-Cotentin et celui de Saint-Lô draine dans le centre-Manche. Les efforts menés par les pédiatres et les intervenants médico-sociaux de ce département sont à signaler. Un C.A.M.S.P. sera, dans les mois à venir, implanté à Avranches. Ainsi, les équipements seront équitablement distribués sur ce territoire.

Dans le département du Calvados, la situation est moins satisfaisante. Deux C.A.M.S.P. ne suffisent pas à prendre en charge tous les enfants affectés d'une déficience sensorielle. Ces dernières années, les parents attendaient entre trois et quatre mois avant d'obtenir une première consultation. Aujourd'hui, la restructuration du service s'est accompagnée d'une réduction des délais d'attente. Le C.A.M.S.P. de Bretteville-sur-Odon accueille des enfants malentendants et bénéficie d'un rayonnement interdépartemental : 60% des enfants sont originaires de la Manche, 35% du Calvados et 5% de l'Orne. Les intervenants médico-sociaux de cette tranche d'âge souhaitent l'ouverture d'un centre à Lisieux.

Le C.A.M.S.P. d'Alençon se caractérise par une activité mineure : en 1991, huit enfants qui accusaient une déficience auditive très prononcée étaient pris en charge par l'équipe médicale. Son bassin de recrutement s'étend à tout le territoire ornaï (Flers, Sées, Pré-en-Bail, Coulonges-sur-Sarthe, Alençon, La Ferté-Macé) et aux départements limitrophes (Sarthe et Mayenne).

1.4.1.2 Les C.M.P.P. (Centres Médico-Psycho-Pédagogiques)

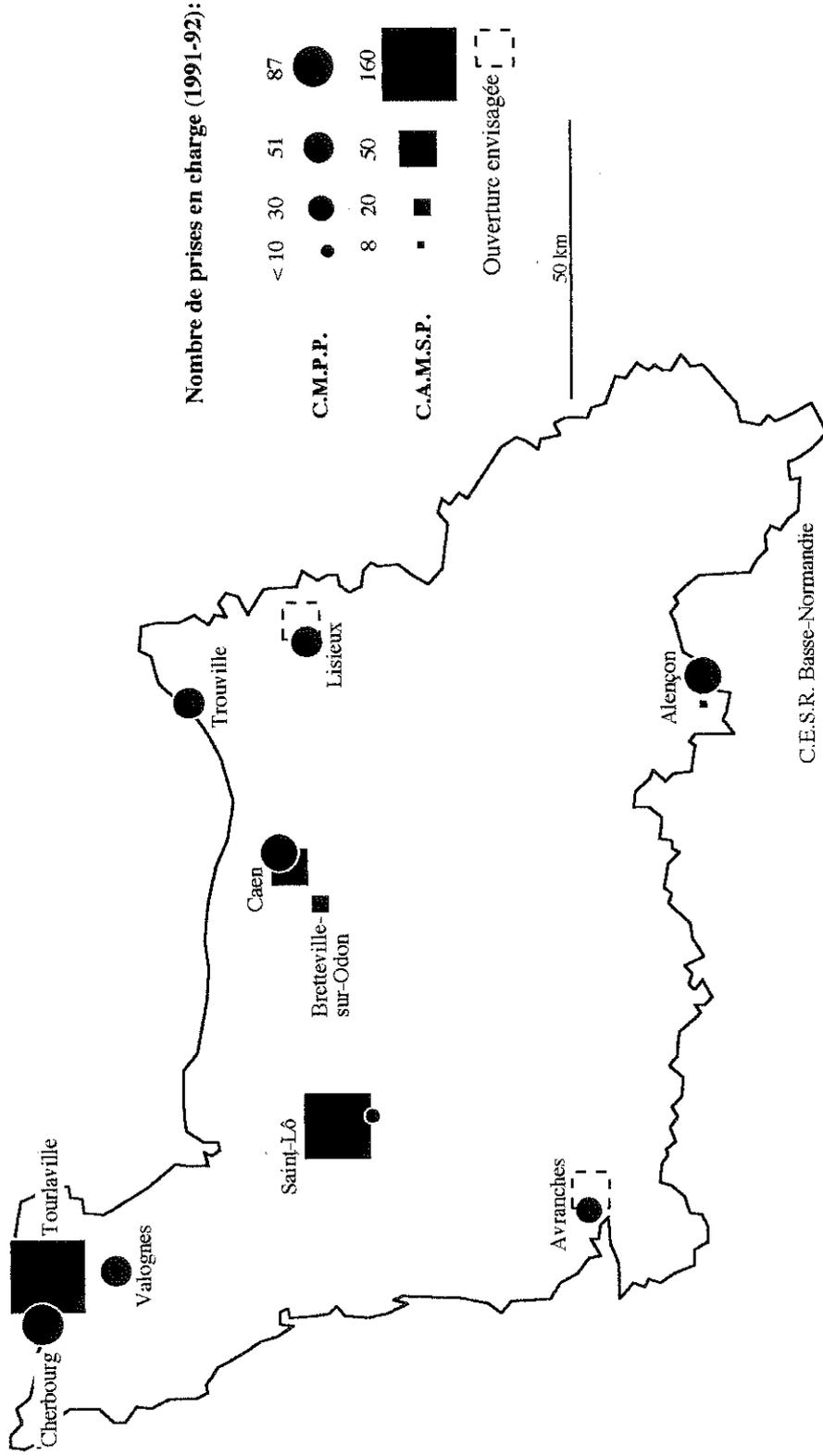
* Vocation des C.M.P.P.

Le rôle des C.M.P.P. est de réadapter l'enfant âgé généralement de plus de six ans en le maintenant dans son milieu familial, social, scolaire ou professionnel. L'équipe pluridisciplinaire est composée de médecins, de psychologues, d'assistants sociaux, de psychothérapeutes, d'orthophonistes, d'O.R.L., d'ophtalmologistes et de psychomotriciens. Elle élabore un diagnostic et une orientation thérapeutique puis engage la rééducation médico-psychologique de l'enfant.

* Distribution des structures en Basse-Normandie

La Basse-Normandie compte 9 établissements inégalement répartis entre les trois départements : Avranches, Saint-Lô, Valognes, Cherbourg, Caen (le Centre de Guidance et le C.M.P.P. implanté sur le campus universitaire), Trouville, Lisieux et Alençon. Entre l'axe Lisieux-Caen-Saint-Lô-Cherbourg et l'axe Avranches-Alençon, les C.M.P.P. sont absents (CF. Carte N° 32).

ACCUEIL DES ENFANTS DE MOINS DE SIX ANS DANS LES CM.P.P. ET DANS LES C.A.M.S.P.

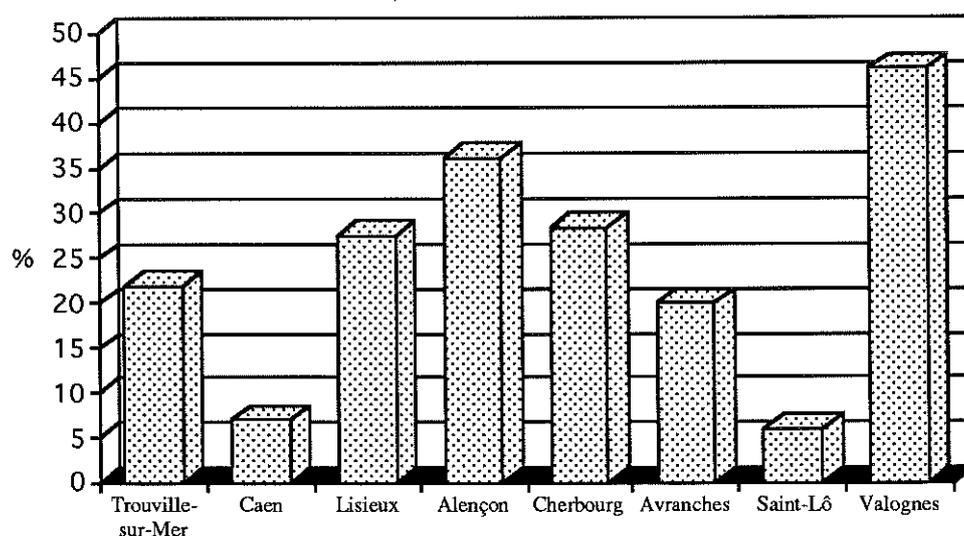


Le département de la Manche offre la meilleure répartition des C.M.P.P. ; les secteurs géographiques du sud, du centre et du nord sont équipés. Le département du Calvados concentre trois structures sur la moitié nord-est du territoire. Le département de l'Orne souffre de l'extrapolation d'Alençon ; les enfants résidant au nord-ouest ou au nord-est de ce territoire (Tinchebray, Vimoutiers, Trun, ...) sont adressés vers les C.M.P.P. des départements voisins.

* Part des moins de six ans dans les C.M.P.P.

Au regard de la figure N° 21, seules les villes équipées d'un C.A.M.S.P. affichent une sous-représentation des moins de six ans. A Caen, cette tranche d'âge représente par conséquent 7% de la population consultante totale. Et à Saint-Lô, les responsables du C.M.P.P. ont orienté les 0-6 ans vers le C.A.M.S.P. et ont ainsi favorisé une offre médico-sociale adaptée aux petits enfants.

FIG N° 21
LA PART DES ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS
DANS LES C.M.P.P.



Les besoins médico-sociaux de la tranche d'âge 0-6 ans semblent être particulièrement nombreux sur l'ensemble du Cotentin. Nous pouvons émettre deux hypothèses : la prise en charge des jeunes enfants est intensive et est infléchiée par une politique globale menée par l'ensemble des intervenants médico-sociaux ; ou les situations socio-économiques et les modes culturels génèrent des inadaptations chez l'enfant. Malgré la proximité du C.A.M.S.P. de Tourlaville, Cherbourg accueille 25% des enfants de moins de 6 ans inscrits et l'antenne implantée récemment à Valognes, près de 50%. Ces infrastructures semblent créer une dynamique mais sont à long terme menacées par une saturation.

Les 0-6 ans représentent à Lisieux (30%) et à Alençon (36%) près d'un tiers de la population consultante globale. L'absence de C.A.M.S.P. à Lisieux justifie ces données chiffrées. L'inadaptation et l'hyper-spécialisation de la structure implantée à Alençon profitent au Centre Médico-Psycho-Pédagogique. Depuis 1989, la part des 0-6 ans s'impose à la population consultante globale ; on enregistre entre 89 et 91, une progression de 70%.

* Origine géographique des consultants

Le C.M.P.P. d'Alençon draine une population majoritairement ornaise (79%) concentrée sur un rayon de 25 km ; les consultants sarthois et mayennais représentent respectivement 15,5% et 5,5%.

Le Centre de Guidance de la capitale régionale use d'un rayonnement principalement local (48% sont originaires des communes d'Hérouville-Saint-Clair, Caen et Ifs) et départemental (54%, hors agglomération caennaise). Le C.M.P.P. de Lisieux accueille des enfants résidant le Pays d'Auge et les cantons ruraux limitrophes de l'Eure et de l'Orne. Et Trouville-sur-Mer draine des consultants qui résident sur la Côte Fleurie (Honfleur, Deauville) et au nord du Pays d'Auge (Pont L'Évêque).

Le centre d'Avranches accueille les enfants de l'Avranchin et du Mortainais. Le C.M.P.P. de Saint-Lô recrute principalement dans le Coutançais et dans le Pays Saint-Lois. Enfin, Cherbourg et Valognes servent une clientèle exclusivement originaire du Cotentin.

1.4.2 Les établissements pour les enfants handicapés

La Basse-Normandie est caractérisée par un important réseau d'établissements spécialisés dans l'accueil de l'enfance et de la jeunesse handicapées. Elle accueillait, en 1990, selon les dernières statistiques disponibles 4 254 enfants handicapés : Calvados, 1 806 enfants ; Manche, 1 242 enfants et Orne, 1 206 enfants.

On recense 57 structures spécialisées : 29 dans le Calvados ; 12 dans la Manche et 16 dans l'Orne. Il faut signaler que certains établissements comme les Instituts Médico-Professionnels (I.M.Pro) ne dispensent pas de soins spécifiques aux 0-6 ans (cf. Tableau N° 15).

CARTE N° 33

ÉQUIPEMENT DES ÉTABLISSEMENTS POUR ENFANCE ET JEUNESSE HANDICAPÉES



Légende :



10 à 13,5 lits ou places en établissements d'enfants handicapés
(pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans)



7 à 10 lits ou places en établissements d'enfants handicapés
(pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans)



4 à 7 lits ou places en établissements d'enfants handicapés
(pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans)

(Source D.R.A.S.S.-S.E.S.I., Mémento 91)

C.E.S.R. Basse-Normandie

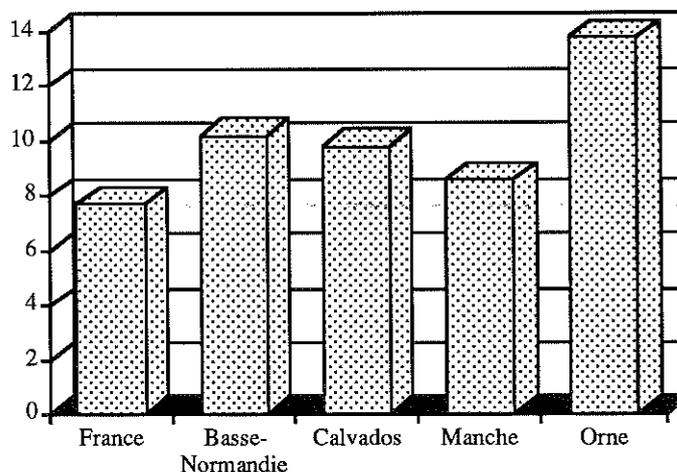
	Basse- Normandie	Calvados	Manche	Orne
Établissements pour:				
Déficients mentaux : I.M.E., I.M.P., I.M.Pro¹	42	20	9	13
- nombre d'établissements	3113	1132	1060	921
- nombre de lits				
Troubles du comportement	8	6	1	1
- nombre d'établissements	371	217	81	73
- nombre de lits				
Handicapés moteurs	4	2	1	1
- nombre d'établissements	174	136	14	24
- nombre de lits				
Autres (Centres de placement familial pour enfants handicapés)	6	5	1	-
- nombre d'établissements	147	118	29	-
- nombre de lits				

¹ I.M.E (Institut Médico-Éducatif) , I.M.P. (Institut Médico-Pédagogique) et I.M.Pro (Institut Médico-Professionnel)

Tableau N° 15 : Typologie des établissements et des équipements disponibles pour les enfants handicapés ou inadaptés en Basse-Normandie (Source : D.R.A.S.S., Mémento 92)

Le taux global d'équipements en lits d'enfants handicapés est dans notre région supérieur à la moyenne nationale (Basse-Normandie : 10,9 pour 1 000 jeunes et France : 7,9 lits pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans).

**FIG N° 22
NOMBRE DE LITS D'ENFANTS HANDICAPÉS
(POUR 1 000 JEUNES DE MOINS DE 20 ANS)**



Au regard de la figure N° 22, l'Orne est le département le mieux doté avec un taux d'équipement de 14 lits pour 1 000. L'infrastructure disponible est ainsi largement supérieure à la moyenne nationale ; le rapport entre les deux valeurs varie quasiment du simple au double. Ce taux élevé s'explique en partie par un recrutement extra-régional des enfants originaires généralement de la région parisienne (3,5 pour 1 000). Les départements de la Manche et du Calvados disposent respectivement de 8,6 et 9,8 lits pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans.

Les établissements d'accueil de l'enfance et de la jeunesse handicapées sont relativement bien distribués sur le territoire bas-normand (cf. Carte N° 34). Les zones rurales et les secteurs périurbains concentrent une grande majorité des équipements. On recense, par exemple, les petites communes du Perche, de l'Avranchin, du Mortainais, du Bocage Virois et la ceinture périurbaine de l'agglomération caennaise. Ces implantations favorisent sans aucun doute l'économie locale et sont pourvoyeuses d'emplois plus ou moins qualifiés (personnel médical, agents de service, éducateurs, ...). Elles maintiennent sur place des habitants enclins à l'exode rural. Le Cotentin et le sud du Pays d'Auge restent des secteurs géographiques délaissés.

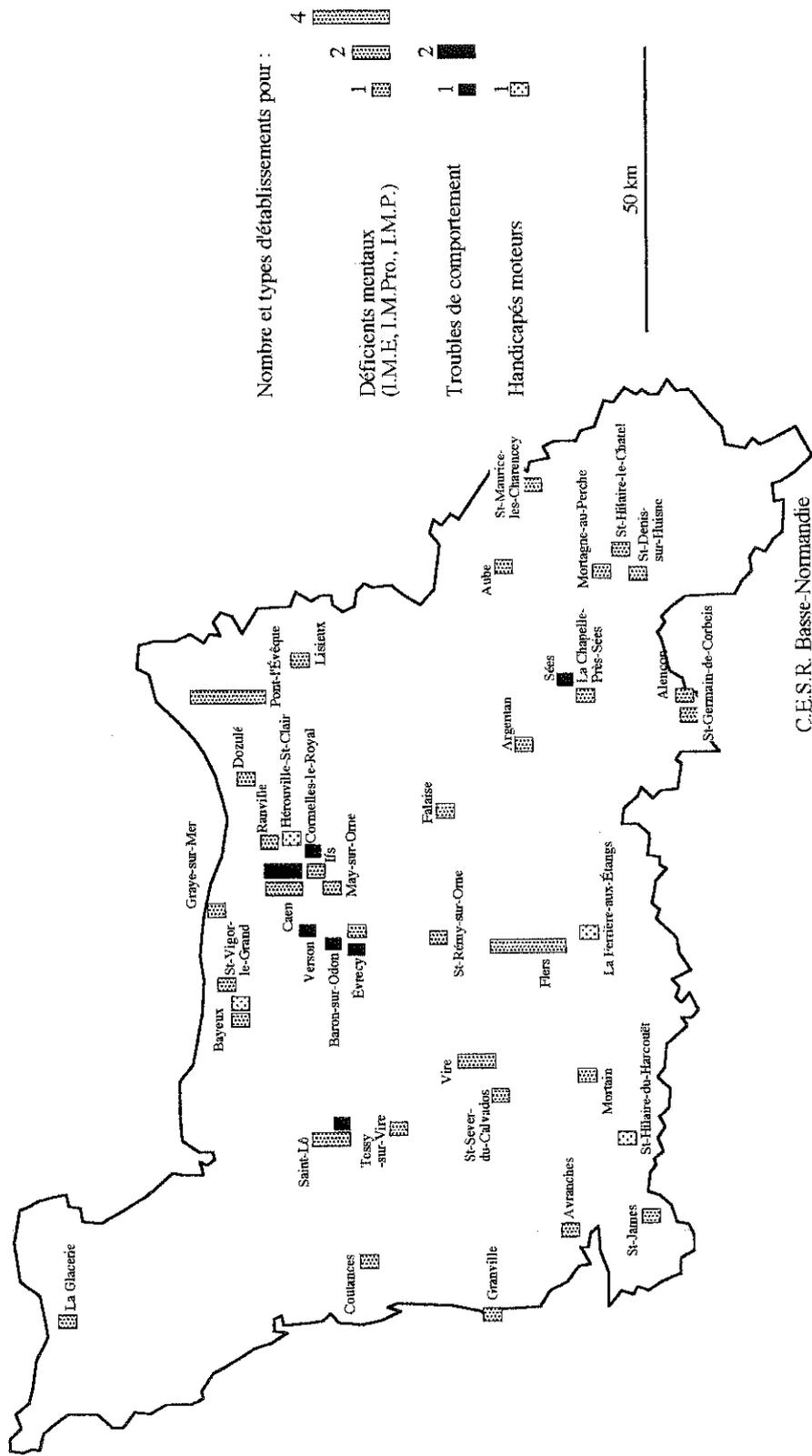
La cartographie représente trois types d'établissements. Les I.M.E., les I.M.P. (tout deux spécialisés dans l'accueil des jeunes enfants) et les I.M.Pro. sont les plus nombreux et se distribuent avec une homogénéité relative sur l'ensemble du territoire bas-normand. Les établissements pour handicapés moteurs et pour caractériels se dispersent principalement dans les zones périurbaines au sud et à l'ouest de Caen. Et ils se distribuent de manière ponctuelle dans les départements de la Manche (St-Hilaire-du-Harcouët et Saint-Lô) et de l'Orne (Sées et La Ferrière-aux-Étangs).

La réforme des conditions techniques d'autorisation des établissements pour enfants et adolescents handicapés est amorcée depuis l'abrogation du décret 89-798 du 27 Octobre 1989. Elle concerne les annexes XXIV (déficients intellectuels), XXIV bis (déficients moteurs), XXIV ter (polyhandicapés), XXIV quater (déficients auditifs graves) et XXIV quinquies (déficients visuels graves et aveugles). Les objectifs sont de favoriser l'épanouissement et la réalisation des potentialités intellectuelles, affectives et corporelles de l'enfant handicapé. Et ils s'axent autour de deux grandes priorités : l'autonomie et l'intégration sociale de cet enfant. Tous les services agréés et les établissements doivent se mettre en conformité et déposer une demande d'autorisation au titre de ces nouvelles orientations médico-sociales. L'annexe XXIV constitue le texte de base et de référence des quatre autres.

Il faut signaler, avant de clore ce chapitre, que les S.E.S.S.D (Services d'Éducation et de Soins Spécialisés à Domicile) assurent les soins au domicile des enfants handicapés. Ces structures sont en voie de développement en Basse-Normandie et correspondent aux besoins des familles qui souhaitent participer au projet pédagogique et thérapeutique de leur enfant. De même, les jeunes enfants handicapés sont dorénavant intégrés au système scolaire "traditionnel" ; cette

CARTE N° 34

ACCUEIL DE L'ENFANCE ET DE LA JEUNESSE HANDICAPÉES EN BASSE-NORMANDIE



politique éducative vise à éviter la mise à l'écart des enfants différents placés trop souvent dans des structures très spécialisées.

1.5 Les établissements de l'Aide Sociale à l'Enfance (A.S.E.)

L'enfant a besoin plus que tout autre membre de la société d'une protection renforcée. A cette fin, les pouvoirs publics, en l'occurrence l'Aide Sociale à l'Enfance, protègent et mènent des actions de lutte contre la maltraitance.

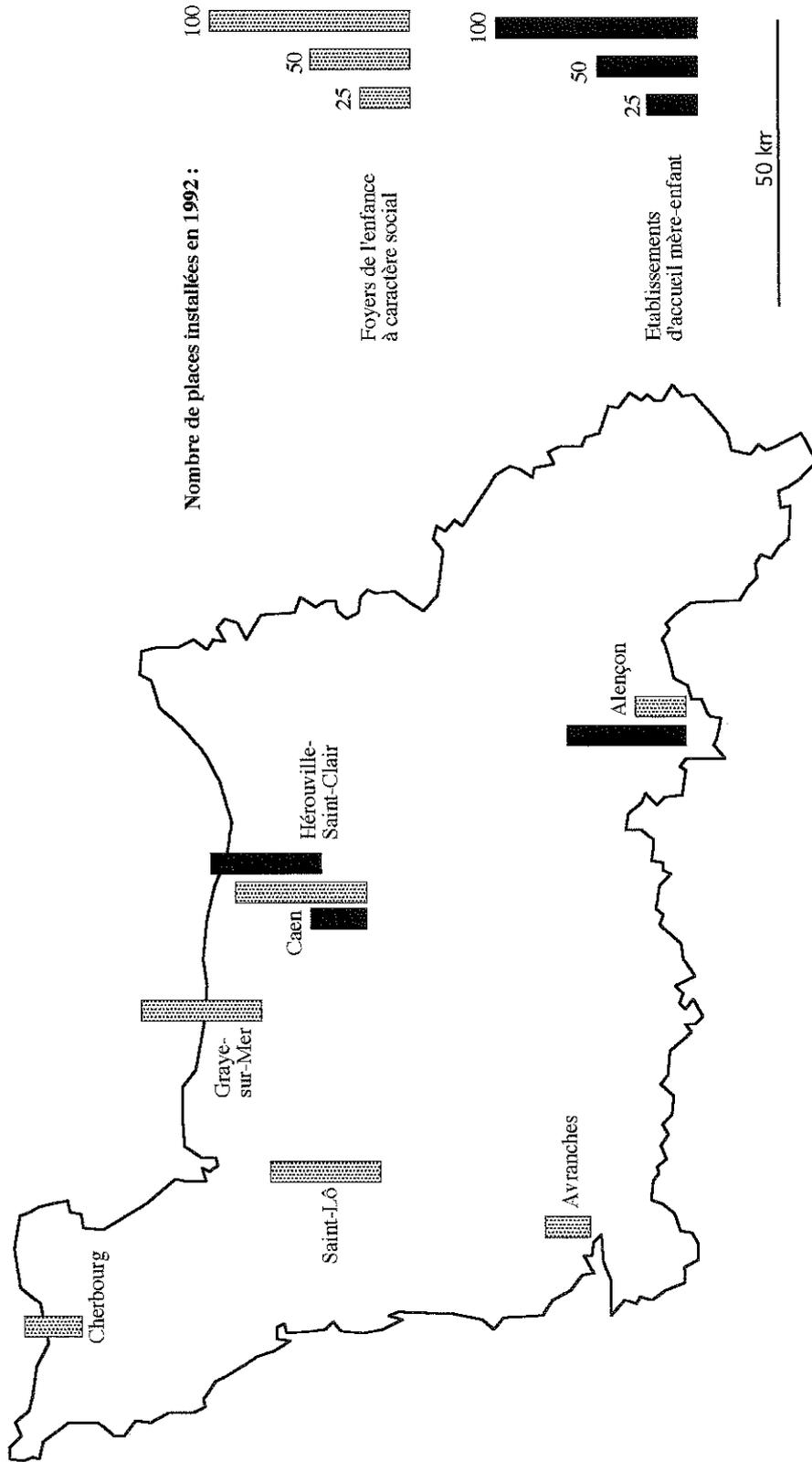
De 0 à 6 ans, le petit enfant enregistre tout ce qu'il voit et ce qu'il entend. Si la jeune maman vit régulièrement des situations de crise, l'équilibre affectif et psychologique du petit enfant est menacé. Certaines inadaptations sociales et certaines déficiences intellectuelles ont pour origine la maltraitance et la négligence des premières années de l'enfance. Les hôtels maternels permettent aux femmes enceintes et aux jeunes mamans sans logement, souvent sans qualification, sans conjoint et sans famille de trouver un refuge temporaire mais adapté à leur désespoir affectif. Les foyers de l'enfance et les maisons d'enfants à caractère social accueillent les enfants orphelins, maltraités et négligés par leurs parents.

Les schémas départementaux des établissements et services sociaux et médico-sociaux concourant à la protection de l'enfance n'ont pas tous été réalisés dans les départements bas-normands. A l'exception du Calvados, les départements de la Manche et de l'Orne ne disposent pas de ce document. Dans la Manche, il est en cours de réalisation ; et dans l'Orne, une première réflexion a été engagée en 1990 mais n'a pas abouti au projet escompté.

1.5.1 Les hôtels maternels et les centres monoparentaux

La Basse-Normandie recense deux hôtels maternels et un centre monoparental (cf. Carte N° 35). La vocation principale de ces structures est d'héberger de jeunes mères et leurs enfants et d'optimiser leur réadaptation sociale. Les capacités d'accueil sont relativement restreintes : Caen dispose de 28 places, Hérouville-Saint-Clair de 55 places et Alençon de 36 places. Les maisons maternelles accueillent les femmes en internat et organisent les soins collectifs (repas, garde des enfants, ...). L'hébergement est d'une durée de trois à quatre mois mais tend à se prolonger à 12 mois. Cette situation reste préoccupante et semble générée par le manque de logements sociaux. Le centre monoparental d'Hérouville-Saint-Clair laisse aux femmes une certaine autonomie. Elles sont logées en chambres individuelles et en petits studios. Les services médico-sociaux du secteur veillent quotidiennement à leurs demandes et à leurs

ÉTABLISSEMENTS D'ACCUEIL MÈRE-ENFANT ET FOYERS DE L'ENFANCE

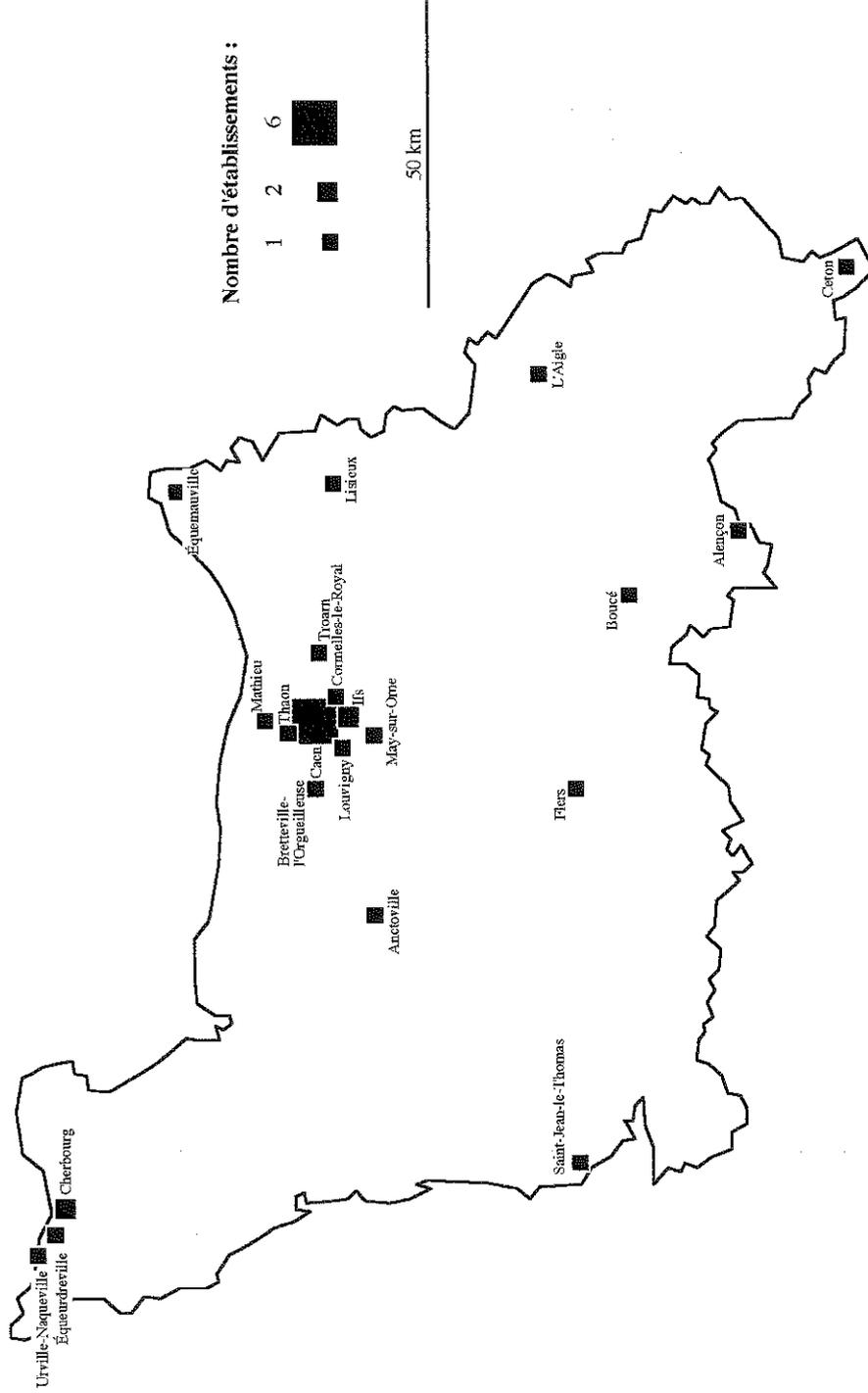


(Source D.R.A.S.S.)

	Basse-Normandie	Calvados	Manche	Orne
Places installées dans les Établissements mère-enfant en 1992	143	84	-	59
Places installées dans les Foyers de l'enfance en 1992	256	126	105	25
Taux d'équipement pour 1000 jeunes de moins de 20 ans	1,01	1,15	0,8	1,03
	(France : 0,8)			

CARTE N° 36

LOCALISATION DES MAISONS D'ENFANTS À CARACTÈRE SOCIAL ET DES CENTRES DE PLACEMENT FAMILIAL



(Source D.R.A.S.S.)

	Basse-Normandie	Calvados	Manche	Orne
Places installées dans les Maisons à Caractère Social en 1992	837	523	136	178
Places installées dans les Centres de Placement Familial en 1992	168	-	76	92
Taux d'équipement pour 1000 jeunes de moins de 20 ans	2,57	2,88	1,56	3,32
	(France : 3,43)			

besoins. Ces structures optimisent les réadaptations sociales. Plus autonomes, les femmes retrouvent leurs marques sociales après un dérapage socio-économique ou psychologique. Le S.D.A.S. (Service Départemental d'Action Sociale) de la Manche envisage ce type d'hébergement à Saint-Lô.

1.5.2 Les foyers de l'enfance

Plus nombreux que les établissements d'accueil mère-enfant, six foyers de l'enfance se répartissent inégalement sur le territoire régional (cf. Carte N° 35). Ces structures accueillent pour une durée plus ou moins déterminée les jeunes mineurs marqués par une détresse familiale (mauvais traitements, sévices sexuels, abandons, ...). Une étude approfondie des situations individuelles menée par une équipe pluridisciplinaire conduit à un placement dans une famille d'accueil ou dans un foyer.

On compte trois établissements dans la Manche (Avranches, Saint-Lô et Cherbourg), deux dans le Calvados (Caen et Graye-sur-Mer) et un dans l'Orne (Alençon). Les capacités d'accueil sont quasi équivalentes dans les départements du Calvados et de la Manche avec respectivement 126 places et 105 places. L'Orne dispose seulement de 25 places. Ces structures reçoivent pour une durée plus ou moins déterminée des enfants retirés de leurs familles par les services de l'A.S.E. ou par le juge pour enfants.

1.5.3 Les maisons d'enfants à caractère social et les centres de placement familial

La région recense dix maisons d'enfants à caractère social et deux centres de placement familial. Au regard de la Carte N° 36, l'Orne est le département le mieux doté ; il dispose de 338 places. Le Calvados répartit 290 places entre les différentes maisons d'enfant à caractère social et les centres de placement familial. La Manche peut accueillir dans ces structures sociales, 183 enfants et adolescents.

2. Les structures d'accueil des enfants d'âge préscolaire

L'accueil de la petite enfance est, au niveau national, un des domaines de la politique sociale où l'inadéquation entre l'offre et la demande est aujourd'hui le plus marqué. Certes, la situation française semble meilleure à la plupart des autres pays de la C.E.E. Mais les modes d'accueil organisés (crèches collectives et familiales, haltes-garderies, assistantes maternelles agréées) répondent actuellement à 48% des besoins des parents actifs.

Ainsi, en 1990, selon les estimations du C.R.E.D.O.C., sur 790 000 enfants de moins de trois ans, 410 000 ont recours à des structures non organisées : environ 210 000 enfants sont gardés par leurs grands-parents et 200 000 sont accueillis par des nourrices non agréées.

L'absence relative de motivation des élus génère indirectement un décalage massif entre l'offre et la demande. Il faut savoir qu'en France, il n'est fait obligation à aucune institution de créer des structures d'accueil. Certaines municipalités semblent ces dernières années sensibilisées à l'organisation de l'accueil des tout-petits. Les "Contrats Enfance" proposés par les Caisses d'Allocations Familiales optimisent ces nouvelles priorités. Mais malheureusement, faire garder son enfant devient une "course à la débrouille".

Ce chapitre peut paraître hors sujet dans un rapport axé essentiellement sur les besoins de la population en matière de santé. Mais en définitive, la garde des jeunes enfants est fondamentale ; son organisation s'inscrit dans un souci de préserver le rythme de l'enfant et facilite le développement harmonieux de l'enfant sur le plan affectif, intellectuel et physique.

2.1 Les garderies et les crèches

Quelques définitions semblent nécessaires en préambule de ce chapitre :

- les **crèches collectives** traditionnelles accueillent des enfants dans des locaux destinés à cet usage (en moyenne, 50 enfants) ;
 - les **mini-crèches** accueillent des enfants répartis par section (12 à 15 enfants par section) ;
 - les **crèches parentales** sont organisées et gérées par les parents qui assurent la garde des enfants et qui sont assistés d'une personne qualifiée (maximum 16 enfants) ;
-

-
- les crèches familiales organisent et contrôlent la garde des enfants au domicile de gardiennes agréées ;
 - les jardins d'enfants accueillent des enfants âgés de 3 à 6 ans (en moyenne, 50 enfants) ;
 - les haltes-garderies reçoivent de manière discontinue des enfants de moins de six ans (en moyenne, 20 enfants) ;

2.1.1 L'accueil des jeunes enfants en Basse-Normandie

2.1.1.1 Les haltes-garderies

La carte N° 37 montre que les haltes-garderies se répartissent relativement uniformément sur le territoire bas-normand. Ces structures se calquent sur les grands bassins de population et d'emploi (agglomérations caennaise et cherbourgeoise), les villes moyennes (Bayeux, Vire, Lisieux, Falaise, Coutances, Avranches, Saint-Lô, Valognes, Argentan, Alençon, Flers) et sur les petits pôles périurbains conquis par les populations jeunes (Périers, Gacé, Ouistreham, Luc-sur-Mer, Condé-sur-Noireau, Aunay-sur-Odon, Les Pieux, ...).

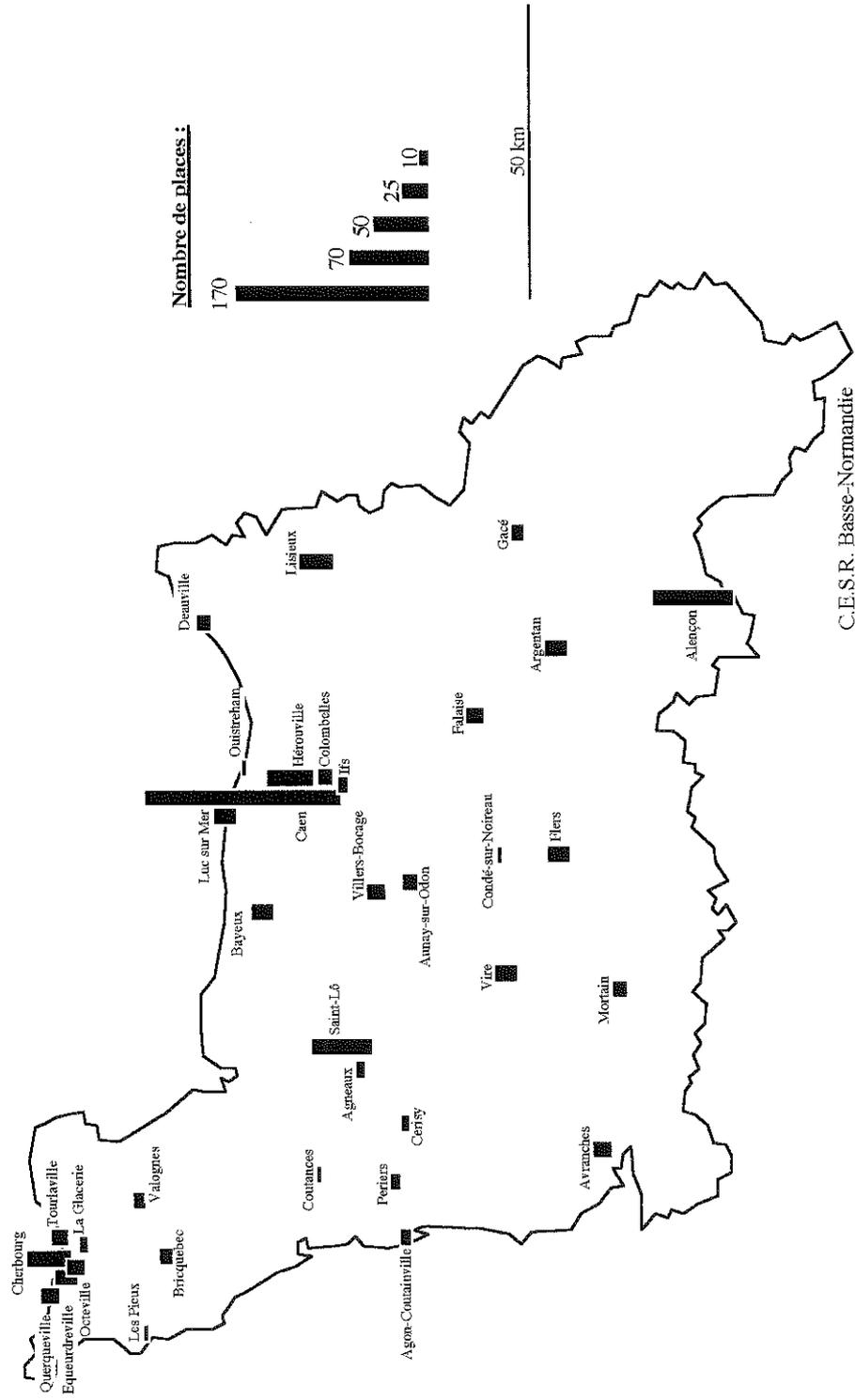
Le Calvados compte 27 haltes-garderies distribuées sur le département : on recense 16 structures dans l'agglomération caennaise qui concentre 61% des places installées dans ce département. La Manche recense 23 haltes-garderies. L'agglomération de Cherbourg concentre 45% des places installées. Dans le département de l'Orne, on trouve une même opposition entre l'agglomération alençonnaise (43% des places installées) et le reste du territoire (57% des places installées).

Il faut signaler, toutefois, que la vocation des haltes-garderies est de permettre à la jeune maman de se libérer quelques heures dans la journée. La halte-garderie est une structure ponctuelle de garde. Les enfants inscrits dans ces établissements représentaient, par exemple, 3 009 enfants dans le Calvados, en 1991. La "ventilation" est plus importante dans les haltes-garderies et optimise les capacités d'accueil des jeunes enfants.

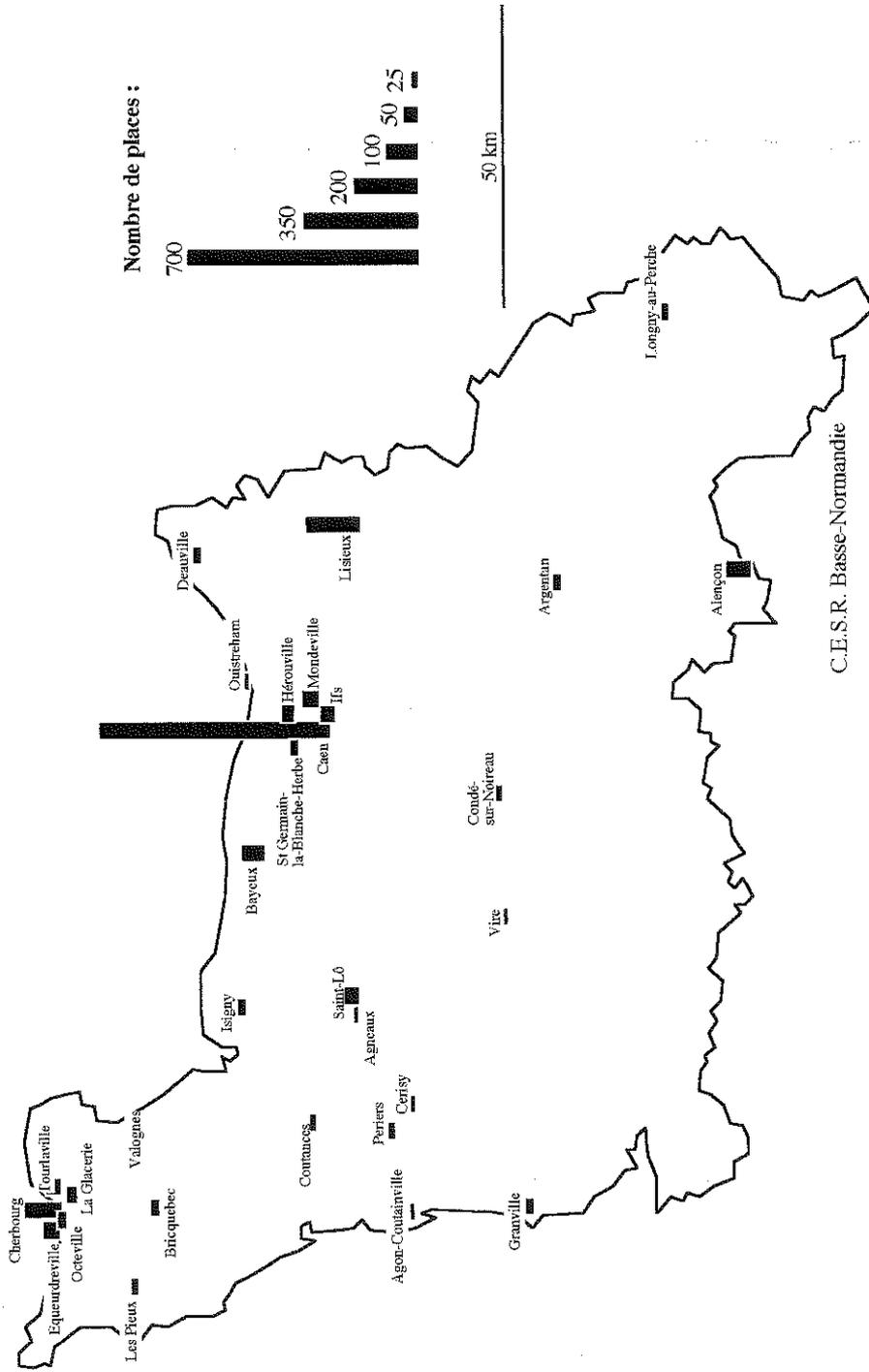
2.1.1.2 Les crèches

La carte N° 38 met en évidence une concentration des équipements dans l'agglomération de Caen et de Cherbourg. Sur le reste du territoire, les structures se distribuent inégalement : au sud de l'axe Lisieux-Saint-Lô-Granville, les structures sont quasi inexistantes ; les crèches de Vire, Condé-sur-Noireau, Argentan, Longny-au-Perche et d'Alençon se distribuent en arc et explicitent l'insuffisance des équipements dans les deux tiers de la région.

CARTE N° 37
 LES HALTES-GARDERIES EN BASSE-NORMANDIE



LES CRECHES COLLECTIVES EN BASSE-NORMANDIE



Le département du Calvados compte 28 crèches collectives (1082 places) et 5 crèches familiales (320 assistantes maternelles). L'agglomération caennaise centralise 73% des places disponibles et 69% des assistantes maternelles. Dans la Manche, la situation rejoint celle observée dans le Calvados : ce territoire dispose de 20 crèches collectives (348 places) et de 6 crèches familiales (220 assistantes maternelles pour 590 places disponibles). Le secteur géographique du nord-Cotentin concentre 72% des places installées en structures collectives. Le Pays Saint-Lois et le sud-Manche privilégient les crèches familiales et disposent de 70% des assistantes maternelles du département soit 76% des places installées en crèches collectives. Dans l'Orne, on compte 6 crèches collectives (98 places) et 3 crèches familiales (86 assistantes maternelles qui disposent de 214 places). Alençon dispose de 70 % des places installées et de 49% des assistantes maternelles.

Les jardins d'enfants, les crèches parentales et les haltes-garderies parentales offrent des places supplémentaires. Dans le Calvados, on recense deux jardins d'enfants qui disposent de 60 places (rue Jean de la Varende et rue Saint-André à Caen) . Dans l'Orne, les jeunes parents de L'Aigle, de Mortagne-au-Perche et Vimoutiers ont favorisé l'implantation de haltes-garderies parentales et ont créé 40 places supplémentaires. La Manche compte un jardin d'enfants à Bréhal (13 places) et trois crèches parentales à Cherbourg, Coutances et Saint-Lô (38 places).

2.1.1.3 Les assistantes maternelles

En Basse-Normandie, 6861 assistantes maternelles sont agréées : 73% assurent la garde de jour et 27% la garde complète. L'agrément est délivré par le Président du Conseil Général. L'assistante maternelle est alors reconnue compétente pour accueillir de jeunes enfants à son domicile (trois au maximum). Elle est reconnue par l'équipe de P.M.I. de la circonscription médico-sociale. L'enfant se trouve dans une ambiance familiale et vit à son rythme.

Les assistantes maternelles se répartissent entre les trois départements comme suit :

- Calvados : 2778 assistantes maternelles agréées;
- Manche : 2127 assistantes maternelles agréées ;
- Orne : 1956 assistantes maternelles agréées.

Malgré l'accroissement des effectifs des assistantes maternelles agréées, de nombreuses familles font encore appel à des nourrices non agréées. Une promotion de ce "métier" s'impose. Le département du Calvados a donc mis en place des actions de formation sous forme de stage avec la collaboration de la Caisse d'Allocations Familiales.

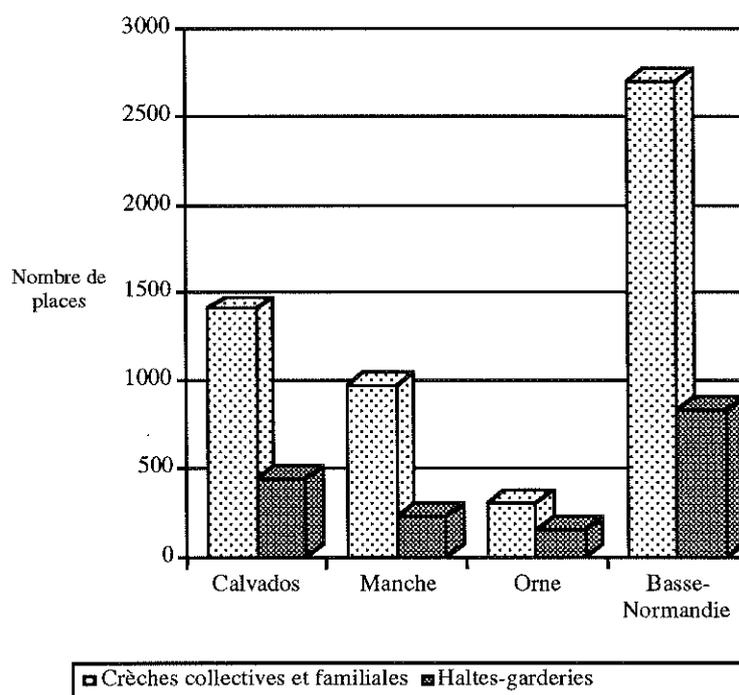
2.1.2 Une demande supérieure à l'offre

La Basse-Normandie dispose de 2690 places en crèches collectives et familiales, de 836 places en haltes-garderies (cf. Fig N° 21).

La région dispose au total de 3 526 places réparties entre les trois départements, comme suit :

- Calvados : 1845 places soit 44 places pour 1 000 enfants de moins de 4 ans ;
- Manche : 1209 places soit 38 places pour 1 000 enfants de moins de 4 ans ;
- Orne : 472 places soit 26 places pour 1 000 enfants de moins de 4 ans ;
- Région : 3 526 places soit 38 places pour 1 000 enfants de moins de 4 ans ;
- France : 228 000 places soit 72 places pour 1 000 enfants de moins de 4 ans.

FIG N° 23
ACCUEIL DES ENFANTS DE MOINS DE 4 ANS
EN BASSE-NORMANDIE



Sur 94 088 enfants âgés de 2 à 6 ans, 70 147 sont scolarisés dans les écoles maternelles. Nous avons, par conséquent, 23 941 non scolarisés pour 3 526 places installées dans les crèches et les haltes-garderies. Donc, 20 415 enfants (soit 18% des moins de 6 ans) ne sont intégrés ni à une école ni à une structure d'accueil et sont gardés, en définitive, "au noir", ou par un membre de la famille (grand-parent, mère au foyer, ...).

En outre, il faut signaler qu'en Basse-Normandie, 57,4% des mères sont actives. Il va sans dire que les structures existantes sont insuffisantes et sont souvent mal adaptées à la vie active (repas non dispensés dans les haltes-garderies, fermeture à 17 heures, ...). Les villes ont engagé un partenariat avec les Caisses d'Allocations Familiales pour créer de nouvelles structures.

2.1.3 Le Contrat Enfance

Les Caisses d'Allocations Familiales soutiennent les initiatives municipales promotrices de nouveaux modes d'accueil des jeunes enfants. Le Contrat Enfance optimise les bonnes volontés parce qu'il engage la C.A.F. et une ville pour réaliser de nouvelles structures adaptées aux besoins de la population. Les C.A.F. apportent une contribution financière et contribuent à hauteur de 40% à 60% des dépenses municipales qui accompagnent la réalisation de nouvelles crèches, haltes-garderies, ...

Les villes de Caen, d'Hérouville-Saint-Clair, de Mondrainville, d'Ifs, de Saint-Germain la Blanche-Herbe et de Lisieux ont engagé un Contrat Enfance avec la Caisse d'Allocations Familiales du Calvados. Des projets sont actuellement en cours dans l'Orne et dans la Manche.

2.1.4 Quelles solutions pour résoudre l'inadéquation entre l'offre et la demande ?

Les acteurs sociaux encouragent les initiatives novatrices (mini-crèches, crèches parentales, ...) et souhaitent développer des modes d'accueil dans les secteurs les moins équipés. Les mini-crèches, les crèches multi-services et les crèches parentales sont des structures légères, peu coûteuses et adaptées aux besoins des jeunes femmes actives.

Les départements bas-normands souhaitent un accroissement des effectifs d'assistantes maternelles agréées qui restent l'un des modes d'accueil les plus privilégiés dans notre région.

Les enfants scolarisés à l'école maternelle posent des problèmes de garde pendant les vacances, chaque mercredi et après 17 heures. Les garderies périscolaires se multiplient mais certaines fonctionnent encore sans autorisation et sans agrément. De même, les centres de loisirs sans hébergement suscitent auprès des parents un regain d'intérêt et se multiplient tant en zone rurale, urbaine et périurbaine. Ils assurent l'encadrement de la jeunesse les mercredis et pendant les petites et grandes vacances. Ils jouent un rôle secondaire et fondamental dans la prévention de la délinquance. Un enfant occupé et encadré n'est pas laissé seul pour compte dans la rue. Ces centres sont agréés par la direction de la jeunesse et des sports et la P.M.I. lorsqu'ils accueillent des enfants de moins de six ans.

2.2 Les enfants gardés à leur domicile

L'I.N.S.E.E. évoque dans l'ouvrage "Les enfants de moins de six ans" les différents modes d'accueil à domicile. Ainsi, un enfant sur deux âgé de moins de trois ans est gardé par sa mère (soit 1,1 million en France). Près de 110 000 sont gardés à leur domicile par un membre de la famille (généralement la grand-mère) ou 45 000 par une autre personne (jeune fille au pair, femme de ménage, ...).

L'I.N.S.E.E. estime que près de 79% des enfants d'agricultrices sont gardés par leur mère. Ce comportement médico-social est fixé par la société rurale. Si autrefois, les femmes agricultrices qui utilisaient les structures collectives d'accueil du jeune enfant, elles étaient considérées par leur entourage comme de "mauvaises mères" incapables de concilier, vie à la ferme et responsabilité maternelle. Ces femmes, déjà pendant leur grossesse, n'étaient quasiment jamais suppléées et remplacées par une tierce personne. Les mentalités ont évolué et les structures d'accueil en milieu rural sont actuellement fortement demandées.

2.3 L'entrée à deux ans à l'école maternelle

Face à l'inadéquation entre l'offre et la demande, beaucoup de parents décident de mettre leur jeune enfant à l'école maternelle dès l'âge de deux ans. Certains psychologues et pédopsychiatres engagent des critiques à l'égard des scolarités précoces. L'enfant serait trop rapidement intégré à une structure rigide. D'autres, au contraire, souhaitent l'entrée à l'école maternelle dès deux ans puisqu'elles favorisent l'éveil du jeune enfant... Le dévouement des institutrices dans les petites sections est remarquable.

Les crèches et les haltes-garderies restent des lieux de loisirs et de liberté ; l'enfant organise sa petite journée : il dort puis joue, communique avec les autres, ... L'institutrice organise, quant à elle, une journée avec des activités peinture, musique, découpage, coloriage, ... à des heures relativement fixes.

En Basse-Normandie, on recense 18 103 enfants de deux ans en 1992 et 6 878 enfants scolarisés à deux ans pour l'année scolaire 1992-93. Le taux de scolarisation régional à cet âge est donc de 38% et varie d'un département à un autre :

- Calvados : 2 883 enfants scolarisés soit 34,5% des enfants âgés de deux ans;
- Manche : 2 488 enfants scolarisés soit 40,2% des enfants âgés de deux ans;

- Orne : 1 507 enfants scolarisés soit 42,3% des enfants âgés de deux ans.

Ces chiffres révèlent par transparence les secteurs géographiques qui ont organisé de manière satisfaisante l'accueil du jeune enfant dans des structures collectives (Calvados) les secteurs géographiques marqués par des habitudes socio-culturelles inhérentes au monde rural (Orne) et enfin des zones caractérisées par l'insuffisance des modes d'accueil des moins de quatre ans (Manche).

CONCLUSION

Le capital-santé se constitue dès la vie fœtale et tout au long du premier quart du cycle de vie et dépend inévitablement de la conjonction des facteurs culturels, de comportements médico-sociaux adoptés, d'une hygiène de vie correcte et d'une appartenance à un groupe social informé.

Les outils nécessaires à la constitution du capital-santé de l'enfant sont en Basse-Normandie relativement bien répartis. Pour les soins courants, les inégalités géographiques sont très réduites et concernent essentiellement des secteurs très dévitalisés. La distribution des généralistes, des centres P.M.I. ou des centres médico-sociaux est homogène quel que soit le secteur géographique de résidence (milieu rural/zone urbaine).

A l'inverse, les soins spécifiques sont dispensés dans les principaux pôles économiques : consultations de spécialistes exerçant à titre libéral ou intégrés à des structures de type C.M.P.P. ou C.A.M.S.P. ; services pédiatriques spécialisés (néonatalogie et chirurgie infantile). Les soins très particuliers comme la chimiothérapie, la neurochirurgie, la psychiatrie infanto-juvénile sont réalisés respectivement au centre F. BACLESSE, au C.H.R.U. de Caen, et dans les établissements psychiatriques de Pontorson, de la Glacerie, de Caen et d'Alençon. La prise en charge des jeunes handicapés est présente dans l'ensemble des pôles économiques à rayonnement local, des agglomérations et dans les petites villes situées dans des secteurs ruraux dynamiques.

La santé doit être également envisagée sous l'angle de la prévention. Les différents intervenants médico-sociaux doivent donc se mobiliser pour améliorer l'efficacité du dispositif de prévention sanitaire, renforcer les actions de soutien aux familles en difficulté et l'efficacité de l'intervention des administrations (A.S.E. et P.M.I.) et pour amener les enfants à prendre conscience de leur capital-santé dès le plus jeune âge.

Une politique globale préventive plus volontariste à l'amont favoriserait la diminution progressive à l'aval des dysfonctionnements sociaux qui peuvent surgir à l'adolescence et à l'âge adulte (délinquance, toxicomanie, troubles de la personnalité, alcoolisme).

TABLE DES CARTES

- CARTE N° 1 : Répartition des gynécologues exerçant à titre libéral en Basse-Normandie
- CARTE N° 2 : Corrélation entre implantation des cabinets gynécologiques, urbanisation et secteurs d'activités
- CARTE N° 3 : Densité des gynécologues sur le territoire français
- CARTE N° 4 : I.V.G. en Basse-Normandie
- CARTE N° 5 : Localisation des centres de planification en Basse-Normandie
- CARTE N° 6 : Répartition des CECOS en France
- CARTE N° 7 : Répartition des laboratoires habilités à exercer la PMA
- CARTE N° 8 : Secteurs d'intervention des sages-femmes PMI dans le département du Calvados
- CARTE N° 9 : Secteurs d'intervention des sages-femmes PMI dans le département de l'Orne
- CARTE N° 10 : Secteurs d'intervention des sages-femmes PMI dans le département de la Manche
- CARTE N° 11 : Carte Sanitaire
- CARTE N° 12 : Services de gynécologie-obstétrique en Basse-Normandie
- CARTE N° 13 : Activités des maternités publiques en Basse-Normandie
- CARTE N° 14 : Scénario d'évolution possible des bassins de naissances (document INSEE, 1988)
- CARTE N° 15 : Taux de prématurité spontanée par canton en Basse-Normandie (source CTRN Basse-Normandie, 1987-89)
- CARTE N° 16 : Sites des naissances des grands prématurés en Basse-Normandie 1987-89 (source CTRN Basse-Normandie)
- CARTE N° 17 : Sites des naissances des prématurés en Basse-Normandie 1987-89 (source CTRN Basse-Normandie)
- CARTE N° 18 : Localisation des laboratoires d'analyses médicales privés
- CARTE N° 19 : Bassins de recrutement des grands prématurés en Basse-Normandie 1987-89 (source CTRN Basse-Normandie)
-

CARTE N° 20 : Bassins de recrutement des prématurés en Basse-Normandie 1987-89 (source CTRN Basse-Normandie)

CARTE N° 21 : Localisation des généralistes en Basse-Normandie

CARTE N° 22 : Localisation des pédiatres exerçant à titre libéral en Basse-Normandie

CARTE N° 23 : Densité des pédiatres en France (pour 100 000 enfants de moins de 6 ans)

CARTE N° 24 : Densité des orthophonistes en France (pour 100 000 enfants de moins de 6 ans)

CARTE N° 25 : Densité des O.R.L. en France (pour 100 000 enfants de moins de 6 ans)

CARTE N° 26 : Densité des ophtalmologistes en France (pour 100 000 enfants de moins de 6 ans)

CARTE N° 27 : Localisation des orthophonistes exerçant à titre libéral en Basse-Normandie

CARTE N° 28 : Localisation des ophtalmologistes exerçant à titre libéral en Basse-Normandie

CARTE N° 29 : Localisation des O.R.L. exerçant à titre libéral en Basse-Normandie

CARTE N° 30 : Lits installés en pédiatrie dans les centres hospitaliers publics en Basse-Normandie

CARTE N° 31 : La psychiatrie infanto-juvénile

CARTE N° 32 : Accueil des enfants de moins de 6 ans dans les CMPP et dans les CAMSP

CARTE N° 33 : Équipement des établissements pour enfance et jeunesse handicapées

CARTE N° 34 : Accueil de l'enfance et de la jeunesse handicapées en Basse-Normandie

CARTE N° 35 : Établissements d'accueil mère-enfant et foyers de l'enfance

CARTE N° 36 : Localisation des maisons d'enfants à caractère social et des centres de placement familial

CARTE N° 37 : Les haltes-garderies en Basse-Normandie

CARTE N° 38 : Les crèches collectives en Basse-Normandie

TABLE DES FIGURES

- FIGURE N° 1 : Les structures familiales dans les années 90
- FIGURE N° 2 : Corrélation entre nombre de gynécologues et taux de fécondité
- FIGURE N° 3 : Les consultants par tranches d'âge dans 13 centres de planification familiale
- FIGURE N° 4 : Nombre de consultations pour 1 000 femmes âgées de 15 à 44 ans
- FIGURE N° 5 : Les naissances chez les moins de 20 ans en 1990
- FIGURE N° 6 : Origine de la clientèle du centre de P.M.A.
- FIGURE N° 7 : Taux de mortalité infantile en France de 1961 à 1975
- FIGURE N° 8 : Taux de mortalité infantile (source INSEE, 1989)
- FIGURE N° 9 : Mortalité infantile en Basse-Normandie (source INSEE, 1989)
- FIGURE N° 10 : Les visites prénatales en Basse-Normandie
- FIGURE N° 11 : Encadrement dans les maternités
- FIGURE N° 12 : Types de décès fœtaux et néonataux (source C.T.R.N. Basse-Normandie, 1988)
- FIGURE N° 13 : Taux de M.S.N.
- FIGURE N° 14 : Causes de mortalité périnatale
- FIGURE N° 15 : Taux global de prématurité (source C.T.R.N. Basse-Normandie, 1988)
- FIGURE N° 16 : Transferts secondaires pédiatriques assurés par le SAMU 14 en direction du service de néonatalogie
- FIGURE N° 17 : Les moins de 6 ans dans la population régionale (source DRASS, 1992)
- FIGURE N° 18 : La mortalité des enfants en France de 1970 à 1990
- FIGURE N° 19 : Visites à domicile assurées par les puéricultrices P.M.I.
- FIGURE N° 20 : Nombre d'enfants vus en moyenne section en 1991
- FIGURE N° 21 : La part des enfants de moins de 6 ans dans les CMPP
-

FIGURE N° 22 : Nombre de lits pour enfants handicapés (pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans)

FIGURE N° 23 : Accueil des enfants de moins de 6 ans en Basse-Normandie

LISTE DES SCHÉMAS

SCHÉMA N° 1 : Pyramides des départements bas-normands

SCHÉMA N° 2 : Organigramme simplifié de la réponse médicale en Basse-Normandie pour la tranche de vie 0-6
ans

SCHÉMA N° 3 : Définitions des différentes périodes depuis la conception aux quatre premières semaines de vie
du nouveau-né

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE N° 1 : Décret N° 88 327 et 88 328 portant agrément des centres de Procréations Médicalement
Assistées

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU N° 1 : Répartition des entretiens et des consultations selon le motif dans les centres de planification familiale

TABLEAU N° 2 : Implantation des centres de planification

TABLEAU N° 3 : Ouverture des centres de planification

TABLEAU N° 4 : Examens préliminaires au diagnostic de stérilité

TABLEAU N° 5 : Les infections néonatales

TABLEAU N° 6 : Équipement nécessaire, capacité autorisée et lits installés dans les maternités bas-normandes (source : carte sanitaire, 1991)

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

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

TABLEAU N° 9 : Plateaux techniques des maternités privées

TABLEAU N° 10 : Plateaux techniques des maternités publiques

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

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

TABLEAU N° 13 : Hospitalisation en urgence des jeunes enfants en 1987

ANNEXE

Le Premier ministre,
Sur le rapport du ministre des affaires sociales et de l'emploi,
Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 753 L. 761-23 ;
Vu la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 modifiée portant réforme hospitalière ;
Vu le décret n° 88-327 du 8 avril 1988 relatif aux activités de procréation médicalement assistée ;
Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décrète :

CHAPITRE 1^{er} - Composition de la commission

Art. 1^{er} - Il est créé une commission nationale de médecine et de biologie de la reproduction, composée de deux sections : la section du diagnostic prénatal et la section de procréation médicalement assistée.

Art. 2 - La commission comprend des membres de droit et des membres nommés par le ministre chargé de la santé ; elle est présidée par un membre du Conseil d'Etat, de la Cour de Cassation ou de la Cour des Comptes désigné par le ministre chargé de la santé, sur proposition du vice-président du Conseil d'Etat, du premier président de la Cour de Cassation ou du premier président de la Cour des Comptes.

Art. 3 - Sont membres de droit de chacune des deux sections :

- 1° Le directeur général de la santé ou son représentant ;
- 2° Le directeur des hôpitaux ou son représentant ;
- 3° Le directeur de la sécurité sociale ou son représentant ;
- 4° Le chef de l'inspection générale des affaires sociales ou son représentant ;
- 5° Le directeur général des enseignements supérieurs et de la recherche ou son représentant ;
- 6° Le directeur des affaires civiles et du sceau ou son représentant ;
- 7° Le président du Conseil national de l'ordre des médecins ou son représentant ;
- 8° Le président du conseil central de la section G de l'ordre national des pharmaciens ou son représentant ;
- 9° Le directeur de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés ou son représentant ;
- 10° Le directeur de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale ou son représentant.

Art. 4 - Sont nommés par arrêté du ministre chargé de la santé pour une période de trois ans renouvelable :

- 1° Membre de chacune des deux sections. Un représentant, non médecin, du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé.
- 2° Membres de la section du diagnostic prénatal.
 - a) Trois personnes pratiquant les examens de diagnostic prénatal choisies sur une liste de six personnes établie par l'association française pour le dépistage et la prévention des maladies métaboliques et des handicaps de l'enfant ;
 - b) Un directeur ou directeur adjoint de laboratoire d'analyses de biologie médicale pratiquant les examens en vue du diagnostic prénatal ;
 - c) Un médecin expérimenté en échographie ;
 - d) Un gynécologue-obstétricien expérimenté en matière de prélèvements en vue du diagnostic prénatal ;
 - e) Un médecin ayant des connaissances et une expérience particulières en génétique ;
 - f) Deux personnalités scientifiques choisies en raison de leur compétence dans la recherche en matière de diagnostic prénatal.
- 3° Membres de la section de procréation médicalement assistée.
 - a) Un gynécologue-obstétricien et un biologiste pratiquant la fécondation in vitro dans un établissement d'hospitalisation public ;
 - b) Un gynécologue-obstétricien et un biologiste pratiquant la fécondation in vitro dans un établissement d'hospitalisation privé ;
 - c) Trois personnes ayant une expérience en ce qui concerne la conservation des gamètes humains, choisies sur une liste de six personnes établie par la fédération des centres d'études et de conservation du sperme humain ;
 - d) Deux personnalités scientifiques choisies en raison de leur compétence dans la recherche en matière de procréation médicalement assistée.

Art. 5 - Le remplacement d'un membre, en cas de cessation des fonctions en cours de mandat s'effectue dans les mêmes conditions que la nomination et pour la durée du mandat restant à accomplir.

CHAPITRE II - Attributions et fonctionnement de la commission

Art. 6 - La commission exerce les attributions suivantes :

- 1° La section de diagnostic prénatal est consultée sur les décisions prises par le ministre chargé de la santé concernant la pratique des examens concourant au diagnostic prénatal ;
- 2° La section de procréation médicalement assistée est consultée :
 - a) Sur l'autorisation mentionnée à l'article 2 du décret n° 88-327 du 8 avril 1988 susvisé ;
 - b) Sur la suspension ou le retrait de cette autorisation ;
 - c) Sur l'octroi de la dérogation à l'interdiction de cumul d'activité mentionnée à l'article 7 du décret n° 88-327 du 8 avril 1988 susvisé ainsi qu'en cas de retrait de cette décision ;
 - d) Dans les cas mentionnés aux articles 3 et 5 du même décret.

En outre, chacune des sections ou la commission siégeant en formation plénière donne son avis sur les questions relatives au diagnostic prénatal et à la procréation médicalement assistée dont elle est saisie par le ministre chargé de la santé.

Art. 7 - La commission où chacune des sections se réunit sur la convocation du président. Cette convocation est de droit si elle est demandée par le ministre chargé de la santé.

Art. 8 - La section ou la commission ne peut se prononcer que si la moitié de ses membres sont présents ; elle se prononce à la majorité des voix des membres présents ; en cas de partage des voix, celle du président est prépondérante.

Art. 9 - Il peut être constitué des groupes de travail chargés de préparer les études et d'instruire les dossiers soumis à la commission. Les rapports présentés à la commission peuvent être confiés par le président à des membres de la commission, à des membres de l'inspection générale des affaires sociales, à des fonctionnaires de l'administration centrale ou des services extérieurs du ministère chargé de la santé ainsi qu'aux médecins ou pharmaciens conseils des caisses d'assurance maladie.

Art. 10 - Le président peut appeler à participer aux travaux de la commission ou des groupes de travail, à titre consultatif et pour une ou plusieurs séances, toute personne dont le concours lui paraît utile pour l'étude d'une question déterminée.

Art. 11 - Le ministre chargé de la santé communique à la commission les rapports et les documents, notamment statistiques, concernant la pratique du diagnostic prénatal et les activités de procréation médicalement assistée.

Art. 12 - La commission adresse chaque année au ministre chargé de la santé un rapport portant notamment sur l'évolution de la médecine et de la biologie de la reproduction et sur l'application des avis et recommandations formulés par le Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé et les autres instances officielles compétentes en éthique biomédicale, au sujet du diagnostic prénatal et de la procréation médicalement assistée.

Art. 13 - Le secrétariat de la commission est assuré par la direction générale de la santé.

Art. 14 - Le garde des sceaux, ministre de la justice, le ministre des affaires sociales et de l'emploi et le ministre délégué auprès du ministre des affaires sociales et de l'emploi, chargé de la santé et de la famille, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 8 avril 1988.

Jacques Chirac

Par le Premier ministre :
Le ministre des affaires sociales
et de l'emploi, Philippe Seguin

Le garde des sceaux, ministre de la justice,
Alain Chabat

Le ministre délégué auprès du ministre des affaires sociales
et de l'emploi, chargé de la santé et de la famille,
Michèle Barzach