

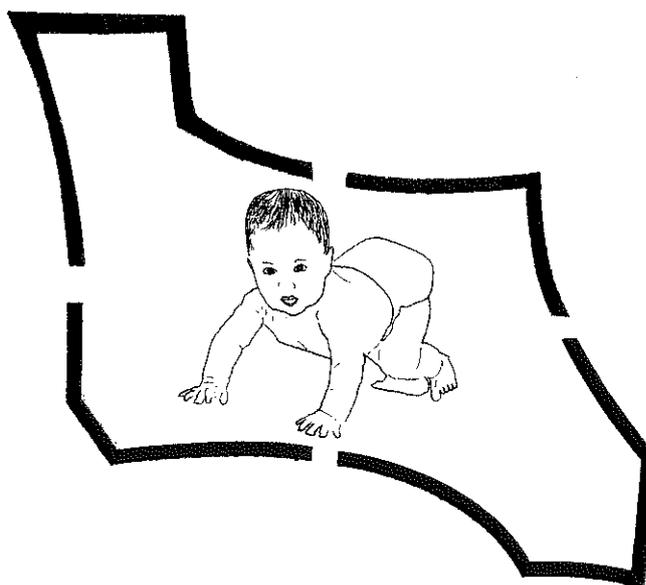
BASSE - NORMANDIE

AVIS

Conseil Economique et Social Régional

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

**VOLUME I
de 0 à 6 ans**



15 Octobre 1993

Le Conseil Économique et Social Régional de Basse-Normandie s'est réuni le vendredi 15 octobre 1993, à l'Abbaye-aux-Dames, à Caen, sous la présidence de M. DROULIN, à l'effet notamment d'émettre un avis d'autosaisine sur les réponses aux besoins sanitaires et médico-sociaux sur le territoire bas-normand, et plus précisément sur un premier volet ayant trait aux questions relatives à la procréation, à la maternité et à la jeune enfance.

Le CONSEIL ÉCONOMIQUE et SOCIAL RÉGIONAL de BASSE-NORMANDIE,

- Après avoir confié à la Commission n° 2 "Démographie - Emploi - Niveau de vie - Affaires sanitaires et sociales - Action culturelle - Jeunesse, sports et loisirs" le soin d'étudier cette question et à MM. LE MOAN et CARTEL la responsabilité de l'élaboration du rapport d'information et d'analyse ;

- Après avoir pris connaissance de l'avis de cette Commission spécialisée ainsi rédigé et amendé :

"Recenser les principaux besoins dans le domaine de la santé, selon la manière et la nature dont ils se manifestent, mettre en lumière les différences de comportement au sein de la population régionale et étudier les réponses apportées par l'ensemble des acteurs sanitaires et médico-sociaux publics ou privés sur le territoire bas-normand constituent les thèmes d'étude que le C.E.S.R. a souhaité conduire afin d'appréhender les éventuelles insuffisances, disparités ou inégalités présentes en Basse-Normandie. Compte tenu de l'ampleur du travail, le C.E.S.R. a pris la décision de réaliser cette étude par tranche de vie et s'est attaché dans un premier volet à celle allant de la procréation à la scolarisation (0 à 6 ans).

C'est depuis la seconde moitié du 20ème siècle que les questions relatives à la procréation, à la maternité et à la jeune enfance ont connu des évolutions notables en France. Les raisons, qui sont multiples, sont liées tant aux progrès de la médecine qu'à la mutation des sociétés occidentales avec notamment l'affirmation du statut de la femme.

I - PROCRÉATION et CONTRACEPTION

Ce n'est que depuis une vingtaine d'années que la médecine intervient dans la programmation de la conception de la vie. Elle peut préserver les hommes et les femmes de l'enfant non désiré et créer grâce aux techniques de Procréations Médicalement Assistées (insémination artificielle, fécondation *in vitro*) l'enfant qui tarde à venir. Les progrès dans le domaine biomédical ont donc amené une nouvelle conception et une nouvelle perception de la vie : en devenant maîtres potentiels de leur fécondité grâce à des moyens de contraception efficaces, les individus peuvent gérer dorénavant les grands moments de leur existence.

Parallèlement aux progrès scientifiques, la société s'est peu à peu affranchie de l'archétype de la famille traditionnelle grâce en partie aux possibilités accrues d'autonomie professionnelle et/ou financière (salaires, allocations diverses,...) des femmes. L'interférence des faits sociologiques et économiques a favorisé le pluralisme des modèles familiaux (union libre¹, monoparentalité², ...) dont les incidences ne sont pas négligeables en matière de procréation.

Les pouvoirs publics ont tenu compte de ces évolutions et ont adopté des mesures visant à affirmer le rôle de la femme dans la société française. Ainsi la loi de 1967, dite Neuwirth, relative à la contraception, a généralisé notamment le recours à la pilule et au stérilet. Moins de 6% des femmes de 20 à 44 ans utilisaient ces types de contraception en 1968 contre 58% en 1988. Le slogan né dans les années 70 "un enfant si je veux, quand je veux !" caricature les faits marquants et les revendications féministes de cette époque. Mais, c'est surtout la loi de 1975, d'ailleurs fort discutée, ayant trait à la légalisation de l'Interruption Volontaire de Grossesse, qui a sans doute marqué l'étape la plus déterminante dans

¹ En 1989, 9,1% des couples français sans enfants vivent maritalement.

² En 1990, la monoparentalité concerne 6,7% des ménages bas-normands et 5,2% des ménages français.

le domaine social en apportant une réponse possible aux drames provoqués par la survenue d'un enfant non désiré.

Aujourd'hui, un certain nombre de facteurs sociaux concourt à différer l'âge de la première grossesse³ afin d'éprouver la stabilité du couple, d'achever ses études, de trouver un emploi et d'assurer un accueil matériel satisfaisant à l'enfant. A l'inverse, on rencontre depuis peu un certain nombre de jeunes mineures enceintes qui cherchent au travers d'une maternité précoce une identité sociale à défaut d'une reconnaissance professionnelle ou familiale. Les incidences de ces deux comportements opposés sont notables sur le plan démographique (diminution du nombre d'enfants par femme pour le premier⁴) et sur le plan social (octroi de nouvelles aides financières et éducatives pour le second). Ces nouvelles données ne peuvent laisser indifférent le C.E.S.R. au moment même où le chômage et la précarité de l'emploi frappent par ailleurs les jeunes de plein fouet.

La notion de "procréation" qui sous-tend des concepts biologiques induits par des techniques biomédicales de pointe tend à être assimilée à des techniques strictement médicales : stimulation hormonale, programmation de l'ovulation, fécondation *in vitro*, banques de sperme, insémination, dons de sperme, dons d'ovules, embryons "surnuméraires" congelés, dons d'embryons.... De ce fait, la recherche liée à la vie et à la santé du fœtus et le développement scientifique actuel, deux pôles médicaux très évolutifs, suscitent de nombreuses questions exprimées par les experts et le public qui mettent en évidence un réel vide juridique dans le domaine de la procréation. Il est souhaitable que le projet de loi sur la bioéthique actuellement en discussion au Parlement puisse être adopté dans les meilleurs délais.

Les inséminations et les fécondations *in vitro* sont des réponses médicales à des problèmes spécifiques. Les couples affectés par des problèmes de stérilité ou d'infertilité se réfèrent généralement aux techniques de Procréations Médicalement Assistées (P.M.A.). La Basse-Normandie dispose au C.H.R.U. de Caen d'un C.E.C.O.S.⁵ (Centre d'Études et de Conservation d'Oeuf et de Sperme humain au nombre de 17 en France), appelé plus communément "banque de sperme" et d'un laboratoire habilité à exercer les fécondations *in vitro*⁶. Ce dernier a pratiqué, en 1992, 315 stimulations ovariennes et 255 fécondations *in vitro*⁷. La clientèle de ce dernier est majoritairement bas-normande et minoritairement extrarégionale : 40% est originaire du Calvados, 15%, de l'Orne, 40%, de la Manche et 5%, de l'Eure. Certains ornaïens s'orientent vers le laboratoire de P.M.A. du Mans pour des raisons de proximité.

³ En 1988, l'âge moyen des mères au premier accouchement est en France de 28 ans.

⁴ Le nombre moyen d'enfants par femme était en Basse-Normandie de 2 en 1981 (France : 1,94) et de 1,83 en 1990 (France : 1,90) (Source INSEE).

⁵ De 1979 à 1989, 280 enfants sont nés grâce à l'action du C.E.C.O.S. en Basse-Normandie.

⁶ Décret N° 88 327 portant sur la création de la commission nationale de médecine et de biologie de la reproduction.

⁷ Soit près de 0,8% des naissances en 1992.

Le C.E.C.O.S., compte tenu de l'absence de cadre juridique précis des activités liées aux P.M.A., respecte certains principes fondamentaux vis à vis du donneur :

- accepter de donner bénévolement ;
- être âgé de moins de 55 ans ;
- être père d'au moins un enfant ;
- et avoir l'accord de l'épouse.

Le problème rencontré par les C.E.C.O.S. est actuellement lié à une pénurie de donneurs. L'insémination est réalisée, par conséquent, après une attente variant entre dix-huit mois et deux ans.

Depuis 20 ans, les consultations gynécologiques dans les cabinets médicaux et dans une moindre mesure dans les centres de planification familiale se sont généralisées à la quasi-totalité des femmes en âge de procréer. Bien que 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. Cependant, des disparités intrarégionales sont observables et notamment entre les milieux urbanisés et les zones rurales.

Dans une discipline comme la gynécologie, où les clientèles des spécialistes et des généralistes se recouvrent largement, il existe de fortes disparités de densité de médecins selon la spécialisation et le degré d'urbanisation. En Basse-Normandie, si les généralistes sont bien répartis sur l'ensemble du territoire régional, en revanche, les cabinets gynécologiques ne se trouvent que dans les villes de plus de 15 000 habitants à quelques exceptions près. C'est la raison pour laquelle on enregistre 27 gynécologues pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans dans le Calvados⁸, 17 dans la Manche et 10 dans l'Orne. En fait, 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.

Cette distribution a inévitablement une influence sur les comportements médico-sociaux de la population régionale. Afin de faciliter l'accès des habitants des zones rurales aux soins spécialisés tels qui sont dispensés dans les secteurs urbanisés, et ce dans le souci d'homogénéiser les choix en matière de santé sur l'ensemble du territoire, le C.E.S.R. est favorable à la mise en place de consultations périodiques pratiquées par des spécialistes dans des sites d'accueil divers tels les hôpitaux, les cliniques ou les locaux communaux. Cependant, pour les questions relatives à la gynécologie, certaines femmes ne recourent pas au spécialiste pour des raisons psycho-sociologiques, religieuses, économiques ou liées à des habitudes sanitaires acquises avant la loi sur la contraception.

⁸ Dont 55 gynécologues pour 100 000 femmes d'âge fécond dans l'agglomération caennaise et 12 gynécologues pour 100 000 femmes d'âge fécond dans le calvados hormis l'agglomération caennaise.

Si la majorité des femmes s'adresse aux gynécologues ou aux généralistes, une minorité d'entre-elles, essentiellement jeune (près de 20% ont moins de 17 ans), préfèrent consulter les équipes médicales des centres de planification qui proposent un accueil anonyme et une prescription gratuite de contraceptifs pour les mineurs et les non assurés sociaux.

Les centres de planification familiale qui existent depuis 1972 ont pour mission l'éducation familiale, l'information et les consultations en vue de régulariser les naissances et, depuis 1990, le dépistage des maladies sexuellement transmissibles voire le traitement de certaines d'entre elles. Depuis la loi de décentralisation, ces structures sont sous la responsabilité et le financement des Conseils Généraux et sont gérés par les services départementaux de la Protection Maternelle et Infantile (P.M.I.). En Basse-Normandie, les 17 centres existants ont accueilli près de 10 000 personnes en 1992 (soit près de 3% des femmes d'âge fécond). Contraception, diagnostic de grossesse et consultation avant l'Interruption Volontaire de Grossesse (I.V.G.) sont les motifs principaux de leur fréquentation. Dans le contexte actuel, du fait de la recrudescence des Maladies Sexuellement Transmissibles (M.S.T.) et surtout de la survenue du S.I.D.A., le rôle des centres de planification s'avère primordial d'autant que ces derniers sont ouverts à toute population et notamment à celle se trouvant dans un besoin socio-économique ou éducatif.

Le C.E.S.R. remarque, en le regrettant, l'inégalité existant dans la répartition de ces structures sur le territoire régional. Le centre et une partie du sud-ouest de la région en sont dépourvus et notamment les villes de Condé-sur-Noireau, de Falaise, de Vire, de Saint-Hilaire-du-Harcouët, de Mortain, de Domfront et de La Ferté-Macé. De plus, des actions de prévention en la matière devenant fondamentales, des moyens humains (création de nouveaux postes de sages-femmes et de nouvelles vacations) et financiers supplémentaires seraient souhaitables afin qu'ils puissent davantage se mettre à l'écoute des collégiens et des lycéens de la région.

L'observation sur l'inégale distribution de ces équipements s'applique à d'autres structures à vocation plus générale (lutte contre la toxicomanie, l'alcoolisme, la délinquance, ...). Pour cette raison, le C.E.S.R. pense que les politiques préventives réservées aux agglomérations (comme les programmes relatifs au développement social des quartiers) devraient être étendues ultérieurement aux petites villes.

Alors que des progrès ont été réalisés ces dernières années dans le domaine de la procréation pour réduire les infections néonatales, un acquis en matière de prévention se perd avec le développement de l'union libre et des naissances hors mariage (31% en 1990). L'examen prénuptial portant sur la recherche d'affections chroniques ou contagieuses susceptibles de porter préjudice à la santé des conjoints ou de leur descendance (toxoplasmose, syphilis, rubéole, incompatibilité sanguine, ...) concerne les couples mariés. En l'occurrence, les couples concubins obtiennent seulement ce type d'informations à partir du premier

examen prénatal... Les jeunes pourraient bénéficier d'un examen médical gratuit et disposer d'une fiche personnelle portant sur des renseignements ciblés sur les questions relatives à la prévention de certaines maladies. L'établissement d'un tel document serait dans le domaine de la prévention à promouvoir.

II - La PÉRINATALITÉ

La périnatalité correspond à la période qui s'étend du 22ème jour d'aménorrhée au 7ème jour de la naissance.

Sur le plan démographique, du fait de la diffusion des modes de contraception et du report de l'âge de la première grossesse, la Basse-Normandie enregistre comme dans toutes les régions françaises une diminution du taux de natalité (15,6‰ en 1981, 14,4‰ en 1985 et 13‰ en 1991).

Dans les années 1970, le développement des connaissances dans le domaine de la pédiatrie et de la néonatalogie a amené de nouvelles pratiques médicales plus attentives au bien-être de l'enfant et de sa mère. Les objectifs des obstétriciens et des pédiatres étaient de réduire les risques de complications lors des accouchements et des souffrances néonatales. Les programmes de santé visaient en définitive à réduire la mortalité périnatale et les handicaps, objectif réussi puisque le taux de mortalité infantile est passé en France de 13,8 ‰ en 1975 à 7,5 ‰ en 1989. Ces programmes ont permis également la généralisation de l'hospitalisation des parturientes et la réduction des différences des taux de mortalité suivant l'origine sociale et le lieu de résidence (villes/campagnes).

En 1972, un quart des femmes accouchait sans avoir rencontré l'équipe responsable de l'accouchement. Il va sans dire que les risques de complication à la naissance existaient. La surveillance prénatale s'est intensifiée ces vingt dernières années : aujourd'hui, sur le plan national, 85 % des femmes ont au moins eu six consultations avec l'équipe de la maternité et 32 % ont bénéficié de deux échographies. Les maternités des grandes villes sont généralement dotées de 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 passé de 6 % en 1972 à 97 % en 1989, et la césarienne, de 6 % en 1972 à 14 % en 1989. Enfin, les accouchements déclenchés, par l'équipe médicale, ont augmenté entre ces deux périodes et sont passés de 8 % à 15 %.

Les efforts accomplis en Basse-Normandie ont été remarquables puisqu'elle enregistre en 1991 un taux de mortalité infantile inférieur à la moyenne nationale (Région : 6,3 ‰ et France : 7,4 ‰). Ce résultat reflète les acquis obtenus en matière de suivi de grossesse, la complémentarité entre les diverses structures sanitaires et les relations du corps médical avec les intervenants sociaux. La P.M.I. organise des visites et des consultations prénatales aux femmes qui le souhaitent ou à celles qui sont signalées par les services sociaux. Elle contribue tout comme la

médecine libérale à l'établissement de liens affectifs entre la future mère et son enfant, évite des dérapages sociaux inhérents à certains milieux socio-économiques et initie une prévention de base.

La Basse-Normandie dispose actuellement de 28 structures dotées de services de gynécologie-obstétrique dont le C.H.R.U., 18 établissements hospitaliers publics et 9 cliniques privées (avec 13 maternités dans le Calvados, 8 dans la Manche et 7 dans l'Orne). Le C.E.S.R. constate qu'aucune femme bas-normande ne se trouve actuellement à plus de 40 km d'une maternité (soit en moyenne 25 km). Dans un passé récent, les maternités de Mortagne-au-Perche, du centre hospitalier de Coutances et de la clinique de Carentan ont été fermées. Il est envisagé aujourd'hui d'arrêter l'activité de celle de Saint-Hilaire-du-Harcouët ou de Domfront (toutes les deux réalisant moins de 250 accouchements par an soit moins d'un accouchement par jour). Ces mesures sont la traduction de la baisse de la natalité effective depuis 1975 et qui a touché la quasi-totalité des maternités.

Le rapport du Haut Comité de la Santé Publique, réalisé en 1992 à la demande du Ministère de la Santé, rappelle la nécessaire organisation des structures hospitalières avec l'existence de centres de gynécologie-obstétrique opérationnels 24h/24 (obligation d'accueil et de prise en charge). Ce document préconise un regroupement conséquent des maternités et fixe un seuil d'activité minimum à 500 accouchements par an. Actuellement, dans la région, seules neuf maternités du secteur public bénéficient d'une activité identique ou supérieure à cette norme (C.H.R. de Caen, C.H. de Lisieux, Vire, Cherbourg, Avranches, Saint-Lô, Valognes, Alençon et Flers). Le C.E.S.R. n'ignore pas les charges et les préoccupations importantes qu'induit la disponibilité d'une équipe médicale et d'un service sanitaire 365j/365 et 24h/24. Cependant, l'application stricte de cette recommandation dans notre région, marquée notamment par la dispersion de sa population, conduirait à renforcer les inégalités dans l'accessibilité aux équipements entre les urbains et les ruraux. Le C.E.S.R. souhaite d'une part que les notions de qualité de soins et de sécurité - exigées par la population et liées à une pratique médicale courante - et d'autre part, que les problèmes relatifs à l'aménagement du territoire soient pris en compte simultanément pour rechercher une répartition des maternités adaptée aux caractéristiques démographiques et géographiques régionales. Sa remarque repose également sur le fait qu'il n'est pas favorable, en-dehors des grossesses à risques, à la généralisation des accouchements déclenchés (donc non urgents). Par ailleurs, il paraît difficile au C.E.S.R. de mettre en place en Basse-Normandie des S.M.U.R.⁹ pédiatriques comme il en existe dans les grandes maternités françaises situées en Ile-de-France (Clamart et Necker), en Rhône-Alpes (Saint-Étienne et Lyon) et en Languedoc-Roussillon (Montpellier). En revanche, il est favorable au renfort des S.M.U.R. existants dans notre région avec notamment l'équipement des véhicules d'urgence en chariots pédiatriques mobiles.

Le C.E.S.R. est conscient qu'il n'est pas possible d'équiper complètement toutes les maternités de la région de manière à ce qu'elles puissent faire face à toutes les situations. Actuellement, toutes doivent être considérées

⁹ Service Mobile d'Urgence et de Réanimation.

comme performantes dans les actes courants, en revanche d'autres, et en premier lieu le C.H.R.U. de Caen, se sont dotées d'équipements sophistiqués appelés à répondre à des problèmes bien spécifiques liés à l'enfant et/ou à la mère et font appel à des cliniciens spécialisés dans la prise en charge des nouveau-nés. L'efficacité passe donc par la bonne organisation et la bonne harmonisation de toutes les structures présentes en Basse-Normandie.

La prématurité est aussi un problème non négligeable puisqu'il concerne 5,4 % des grossesses en France. En Basse-Normandie, le taux est de 4,3%¹⁰, mais le phénomène n'affecte pas de manière homogène et uniforme le territoire régional. Ainsi la prématurité semble accentuée dans les zones rurales qui assurent polyculture et élevage et dans les secteurs urbains défavorisés. Afin de pouvoir mener une prévention avec efficacité, il serait bon qu'une étude spécifique auprès des femmes concernées soit menée au sein de la région.

III - La JEUNE ENFANCE (de 7 jours à 6 ans)

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 leur famille. En outre, l'environnement social des petits enfants représente 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 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... L'absence d'identification familiale ou les déchirures parentales peuvent engendrer et générer des dérapages sociaux plus ou moins importants.

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 P.M.I. contrôlent le développement et la santé des nourrissons et des jeunes enfants jusqu'à six ans. Ils assurent des vaccinations obligatoires et effectuent des contrôles staturo-pondéraux, visuels et auditifs. Ce sont des observateurs de terrain des divers dysfonctionnements sociaux inhérents à certains milieux socio-économiques défavorisés. Le C.E.S.R. souhaite que les agents de la P.M.I. puissent avoir les moyens de réaliser tous les bilans de santé dans les écoles maternelles de la région.

Sur le plan de l'hospitalisation, les enfants de moins de 6 ans représentent environ 8 % des patients de court séjour (moyenne française). Les enfants sont accueillis généralement dans des services de chirurgie infantile et de néonatalogie et en moyenne deux semaines. Notons que les infections et les

¹⁰ Comité Technique Régional de la Naissance, D.R.A.S.S. et Direction Générale de la Santé "La prématurité en Basse-Normandie", C.H.R. Caen, 1989, 16 p.

malformations congénitales tendent à se raréfier grâce à un suivi intensif des grossesses mais toutefois les accidents domestiques restent assez fréquents. Avant un an, les pathologies périnatales dominantes sont la prématurité et l'hypotrophie. Le réel problème posé par une hospitalisation, en dehors des questions de santé, a trait à l'éloignement parents-enfants pour une durée plus ou moins longue. Le C.H.R.U. de Caen a mis un foyer d'hébergement (Le Logis) au service des familles confrontées à ce type de problème. De même le centre François Baclesse offre la possibilité de placer un lit pour un parent dans la chambre de l'enfant malade. Ces intéressantes initiatives mériteraient, pour le bien-être de l'enfant et des parents, de se généraliser à l'ensemble des villes dotées de services chirurgicaux et médicaux. Le C.E.S.R. encourage également le développement de l'animation et l'éducation auprès des jeunes enfants hospitalisés.

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 (C.A.M.S.P.) prennent en charge les petits handicaps, d'origine sensorielle, motrice ou psychologique, des enfants de moins de six ans. Ils assurent la collaboration des praticiens libéraux et des équipes de P.M.I., le dépistage et les cures de réadaptation. Ces structures s'implantent progressivement en Basse-Normandie. Les polyhandicapés et les déficients moteurs ou mentaux sont placés dans des établissements spécialisés : Instituts Médico-Éducatifs (I.M.E.), Instituts Médico-Pédagogiques (I.M.P.), ... ou peuvent être suivis à domicile par des équipes médico-sociales itinérantes. Ces jeunes patients demandent des infrastructures lourdes et des moyens humains considérables.

Une réforme des conditions techniques d'autorisation des établissements pour enfants et adolescents inadaptés est amorcée depuis la promulgation d'un décret de fin 1989¹¹ dont les objectifs sont de favoriser l'épanouissement et la réalisation des potentialités intellectuelles, affectives et corporelles de l'enfant handicapé en vue de son autonomie et de son intégration sociale. Celle-ci vise en outre le développement de la prise en charge de proximité et la réduction des cas d'éloignement entre parents et enfants.

Dans le même temps, se développent en France et donc en Basse-Normandie les Services d'Éducation et de Soins Spécialisés à Domicile (S.E.S.S.D.), sous tutelle de l'État et des Conseils Généraux, adaptés aux jeunes enfants handicapés.

Le C.E.S.R. souhaite parallèlement que se multiplient les relations entre les différents intervenants sanitaires et médico-sociaux pour favoriser l'intégration et la qualité de soins des enfants inadaptés et handicapés (monde associatif, S.E.S.S.D., écoles, I.M.E....).

Depuis la promulgation du décret de 89 précité, les établissements accueillant l'enfance et la jeunesse handicapées en Basse-Normandie sont assez

¹¹ Décret 29-798 concernant la réforme des établissements pour enfants et adolescents handicapés (Annexes XXIV, XXIV bis, XXIV ter, XXIV quater et XXIV quinquies).

bien répartis sur le territoire régional, il en est autrement des C.A.M.S.P. quasiment absents dans la moitié sud de la région, hormis Alençon spécialisé dans les problèmes auditifs.

Depuis une dizaine d'années, les situations de précarité se développent et s'étendent à une nouvelle catégorie de personnes : les familles nombreuses, les jeunes en voie d'insertion, les handicapés et les cellules monoparentales... Les détresses sociales familiales se répercutent sur le développement affectif, mental et psychique du petit enfant. Dans le même temps, les cas de malveillance et de maltraitance des enfants se multiplient. Les équipes de P.M.I., les agents de l'Aide Sociale à l'Enfance (A.S.E.) et les associations collaborent et coordonnent des actions préventives au domicile des familles à risques et dans les centres d'action médico-sociale. La dégradation actuelle de la situation économique aboutit à l'accroissement des personnes en difficultés (et leurs enfants, y compris de bas-âge), ce qui nécessitera un effort supplémentaire de tous les acteurs et décideurs politiques, sociaux et médico-sociaux.

Parallèlement à ces nouvelles données sociales, l'évolution du statut des modes de vie de l'enfant s'est accompagnée d'une croissance élevée des métiers de la petite enfance. L'implantation de crèches et des haltes-garderies dans les villes a généré 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 (puéricultrices, assistantes maternelles, auxiliaires de puériculture...). De même, pour résoudre les délicats problèmes liés à la garde des enfants de plus de 2 ans, beaucoup de parents recourent aux services des écoles maternelles. A la lumière des résultats des derniers travaux et évaluation sur les effets positifs de la scolarisation des enfants de deux ans, il apparaît souhaitable, dans le domaine de la lutte contre l'échec scolaire, que l'État et les collectivités locales poursuivent leurs efforts pour favoriser cette préscolarisation dans de bonnes conditions.

En 1992, on estime en Basse-Normandie à près de 74,5 % les enfants scolarisés de 2 à 6 ans et à près de 90 % les 3 à 6 ans. Si le taux d'enfants scolarisés de 3 à 6 ans avoisine les 100 %, celui des enfants de 2 ans évolue rapidement pour atteindre à ce jour 40,2 % dans la Manche, 34,5 % dans le Calvados et 42,3% dans l'Orne. Les chiffres, cependant encourageants, indiquent néanmoins une inadéquation certaine entre l'offre de places dans les crèches et haltes-garderies et la demande des parents. La région compte, en effet, 3 526 places (Calvados, 1845 places ; Manche, 1209 places ; et Orne, 472 places) pour plus de 20 415 enfants (soit 18% des enfants bas-normands de moins de six ans) non scolarisés et donc non intégrés à ce type de structures collectives. Le déficit est observable surtout dans les zones rurales. Les départements qui affichent un taux de scolarisation à deux ans de plus de 40% manquent vraisemblablement d'infrastructures collectives de garde. Sur ce point, le C.E.S.R. encourage les communes à engager un "Contrat-Enfance" avec les Caisses d'Allocations Familiales ou à développer des formules d'intercommunalité. Actuellement dans le Calvados, les villes de Caen, d'Hérouville-Saint-Clair, de Mondrainville, d'Ifs, de Saint-Germain-la-Blanche-Herbe et de Lisieux ont déjà un

contrat de cette nature et disposent aujourd'hui de nouvelles structures d'accueil pour les jeunes enfants. Dans l'Orne et la Manche, plusieurs projets semblables doivent voir le jour prochainement. Des régions comme la Picardie ont développé sur l'initiative des C.A.F. une logistique de "bébé-bus" qui sillonnent les zones rurales et accueillent les petits enfants. Cette solution est intéressante et semble particulièrement adaptée aux secteurs géographiques à composante rurale caractérisée par un habitat dispersé généralement quasi dépourvus de modes d'accueil de type crèches ou haltes-garderies.

L'activité des assistantes maternelles agréées en Basse-Normandie complète avec les gardes assurées par la famille ou un proche les services offerts par les structures d'accueil collectives existantes.

Dans le domaine de la petite enfance, les professionnels de la santé, généralistes ou spécialistes (pédiatres, orthophonistes, O.R.L., ophtalmologistes, ...) libéraux ou exerçant dans une structure comme les C.A.M.S.P., les C.M.P.P., les I.M.E, les I.M.P., la P.M.I., ... sont nombreux. Un réel cloisonnement entre les différents intervenants existe et nuit à la prise en charge et à l'accompagnement des jeunes enfants inadaptés ou souffrant d'un handicap d'origine sensorielle, motrice ou psychique. Le généraliste, généralement premier observateur médico-social du jeune enfant, reste confronté à une nébuleuse d'interconnexions sanitaires et médico-sociales. La mise en place de réseaux entre les acteurs sociaux et le corps médical devient donc nécessaire. De même, si la couverture des besoins médicaux en Basse-Normandie pour la tranche 0-6 ans est satisfaisante, il faut noter toutefois que les observateurs quotidiens du jeune enfant (parents, enseignants, puéricultrices, assistantes maternelles, ...) sont insuffisamment formés au dépistage précoce des inadaptations du jeune enfant (comme les troubles de la personnalité) et que le corps médical (médecins libéraux, P.M.I., C.M.P.P., C.A.M.S.P., ...) n'est pas préparé à l'appréhension des problèmes sociaux des années 80 et 90 (chômage, précarité de l'emploi, monoparentalité, ...). Une initiative visant au regroupement de différents intervenants sociaux et médicaux pourrait favoriser leur mobilisation et leur coordination. Un tel projet serait un lieu de documentation et d'échanges et aiderait les individus à appréhender la santé dans sa globalité dans une époque où les phénomènes de dépendances à l'égard de l'alcool et de la drogue se multiplient chez les jeunes.

La distribution des médecins spécialistes sur le territoire est forte inégale entre les zones rurales et les milieux urbains. L'agglomération caennaise concentre les cabinets des médecins spécialisés. Cette situation et ce tropisme créent des difficultés et nuisent à une prise en charge satisfaisante des problèmes de santé du jeune enfant. Les résidents des zones rurales doivent organiser les transports des enfants concernés par des soins réguliers dispensés par les médecins libéraux et les établissements publics. Certains parents ne disposant pas de moyens de transports individuels ou ne profitant pas d'un emploi du temps souple sont indisposés par les quelques solutions collectives (services de bus, de taxis, d'ambulances...) mises à leur service qui s'avèrent généralement coûteuses et inadéquates.

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). Cette observation constituera un élément primordial dans les réflexions qui seront menées ultérieurement par le C.E.S.R. et notamment dans le volet d'étude suivant qui concernera la population scolaire et étudiante".

- Après en avoir délibéré,

A D O P T E, par 50 voix pour et 5 contre, l'avis de la Commission
n° 2.

Le PRÉSIDENT,

Maurice DROULIN