

## Association pour la promotion de la santé en Autunois et Morvan (ASPAM)

Adhère à la COORDINATION NATIONALE  
des Comités de Défense des Hôpitaux et maternités de Proximité.  
Association agréée - Arrêté du 11/06/2013 – N2011RN0190  
Siège social : 2 Rue Piolin 71400 AUTUN

à

Mesdames et messieurs les Présidentes et Présidents des  
Commissions des lois  
Commissions des affaires sociales  
Commission de l'aménagement du territoire  
Groupes parlementaires  
du Sénat et de l'Assemblée nationale  
Mesdames et Messieurs les sénatrices et sénateurs  
Mesdames et Messieurs les députées et députés

Autun le 9 septembre 2018

Objet : 1) Non-respect du principe d'égalité des citoyens devant la loi, conséquence de l'écriture du décret n°2015-186.  
2) Réforme du système de santé : sécurité civile, accès aux services d'urgence et égalité des chances.

Mesdames, Messieurs,

Vous allez avoir à vous prononcer dans les prochaines semaines sur la réforme du système de santé, c'est pourquoi je me permets de vous écrire afin d'attirer votre attention sur l'inégalité de traitement d'une partie de nos concitoyens due à la rédaction du décret<sup>1</sup> n°2015-186 du 17 février 2015 qui définit les « modalités dérogatoires de financement des activités de soins des établissements de santé répondant à des critères d'isolement géographique » et à l'application stricto-sensu des « critères caractérisant une activité de soins isolée géographiquement et réalisée par un établissement situé dans une zone à faible densité de population », tels qu'ils sont définis à l'article 1<sup>er</sup> de son arrêté d'application du 4 mars 2015<sup>2</sup>. Les hôpitaux concernés sont des centres hospitaliers qui sont autorisés à pratiquer la médecine, la chirurgie et l'obstétrique (MCO) et qui, bien qu'implantés au plus près des populations, ne doivent pas être confondus avec les hôpitaux de proximité<sup>3</sup> dont la ministre de la santé dit qu'ils ne feront l'objet d'aucune fermeture, mais qui eux ne sont pas autorisés à pratiquer la chirurgie et l'obstétrique. D'ailleurs, il s'agit majoritairement d'anciens hôpitaux locaux.

---

<sup>1</sup> Décret n°2015-186 du 17 février 2015 relatif aux modalités dérogatoires de financement des activités de soins des établissements de santé répondant à des critères d'isolement géographique

<sup>2</sup> Arrêté du 4 mars 2015 relatif au financement des activités de soins répondant à des critères d'isolement géographique

<sup>3</sup> Décret no 2016-658 du 20 mai 2016 relatif aux hôpitaux de proximité et à leur financement

Concernant les temps d'accès à un service de soins hospitaliers, et à dire d'experts, au-delà de 60 minutes pour les activités de médecine ou de chirurgie, de 45 minutes pour celles d'obstétrique et de 30 minutes pour les urgences, la sécurité sanitaire optimale de la population ne peut plus être assurée. D'où les modalités dérogatoires de financement prévues par le décret n°2015-186 qui ont pour objectif de favoriser le maintien des hôpitaux qui desservent des zones géographiquement isolées, qui ont souvent une activité réduite et des difficultés financières, mais dont la fermeture compromettrait la sécurité des personnes résidentes où en transit sur le territoire qu'ils desservent. Afin d'éviter toute confusion et lever l'ambiguïté liée au terme « proximité », nous appellerons ces établissements, qui sont des postes avancés de notre système de soins hospitalier MCO, des hôpitaux-sentinelle.

Selon ces critères fixés par l'arrêté du 4 mars 2015, l'intérêt de l'implantation d'un de ces hôpitaux-sentinelle, et par-delà de son maintien, s'évalue à partir du temps de trajet mesuré entre celui-ci et l'hôpital qui lui est le plus proche. Les temps minimaux requis entre les deux établissements pour pouvoir bénéficier des dérogations de financement sont les temps fixés par les experts, à savoir : 60 minutes pour les activités de médecine ou de chirurgie, de 45 minutes pour celles d'obstétrique et de 30 minutes pour les urgences. Il n'est en aucun cas tenu compte de la population que l'hôpital-sentinelle est le seul à pouvoir desservir.

Utiliser comme critère de jugement le temps d'accès entre ces deux hôpitaux c'est considérer que la fermeture de l'un d'entre eux ne modifie ni l'accessibilité aux services hospitaliers, ni la sécurité sur le territoire que desservait celui qu'on a fermé, puisque les limites de temps utilisées sont celles fixées par les experts. Ce postulat, qui pourrait être considéré comme vrai pour la population qui habite entre les deux établissements, ignore les risques encourus par la population diamétralement opposée à l'hôpital « le plus proche » par rapport à l'hôpital-sentinelle, puisque pour cette population, le temps qui sépare les deux hôpitaux est à rajouter à l'actuel temps de trajet; ce temps pouvant déjà être supérieur aux temps fixés par les experts.

Il est des situations où le relief montagneux fait que le bassin de desserte de l'hôpital-sentinelle est asymétrique et où, dans une partie du territoire qu'il est seul à pouvoir desservir, les temps d'accès à cet établissement sont déjà supérieurs à celui estimé entre les deux hôpitaux, temps qui lui peut être inférieur aux normes fixées par le décret.

C'est le cas du Centre hospitalier d'Autun qui se voit refuser la reconnaissance « d'établissement de santé répondant à des critères d'isolement géographique » au motif qu'il serait situé à moins de 45 minutes de l'Hôtel-Dieu, hôpital privé du Creusot (voir carte jointe). Or, en l'état actuel de l'implantation des sites hospitaliers, celui d'Autun est le seul à pouvoir être atteint en moins de 45 minutes à partir de 49 communes du massif du Morvan ; pour 20 autres ce temps est de 60 minutes et pour une supérieur à une heure. A partir de ces

communes, pour atteindre l'Hôtel-Dieu du Creusot, il faut rajouter environ 45 minutes à des temps d'accès qui peuvent déjà être supérieurs aux limites fixées par les experts<sup>4</sup>.

Devant les refus réitérés de l'administration, dans une question écrite (QE1218 - JO du 19/09/2017) à Madame la ministre de la santé dans laquelle il reprenait les conditions d'isolement géographique du bassin de desserte de l'hôpital d'Autun, Monsieur Rémy Rebeyrotte député de la 3<sup>ème</sup> circonscription de Saône-et-Loire, demandait que le dossier déposé « soit examiné dans toutes ses dimensions et que la demande puisse légitimement aboutir ». Dans sa réponse (JO du 23/01/2018), Madame la ministre expose le bien-fondé des refus qui s'appuient sur les critères stricts du décret, critères qu'elle justifie par cette phrase : « **Les conditions d'éligibilité ont été volontairement strictes de façon à garantir une égalité de traitement entre les établissements** ». Nous avons lu et relu la Constitution et si l'égalité des citoyens devant la loi y est bien mentionnée, il n'y est en aucun cas fait référence à une « égalité de traitement entre les établissements », fussent-ils hospitaliers.

Or, utiliser comme critère de jugement le temps qui sépare l'hôpital-sentinelle de son hôpital le plus proche produit une discrimination négative entre des populations géographiquement isolées. Vous en trouverez l'illustration avec la carte de la Bourgogne centrale jointe en annexe. Celle-ci montre les localisations des populations couvertes en moins de 45 minutes par les 4 établissements qui bénéficient de la dérogation de financement des activités de soins (Clamecy (58), Tonnerre (89), Chatillon s/Seine et Semur en Auxois (21)) et l'exclusion du massif du Morvan dont la couverture ne peut être assurée que par 2 hôpitaux-sentinelle, Autun (71) et Avallon (89) qui ne bénéficient pas de cette dérogation. Par ailleurs, cette carte démontre que les populations de l'Autunois et du Morvan ne peuvent pas atteindre le Creusot en moins de 45 minutes.

La discrimination négative de la population morvandelle, qui risque de voir fermer pour des raisons financières le centre hospitalier d'Autun qui est le seul qu'elle puisse atteindre dans les limites de temps fixés par les experts, est l'illustration d'un effet pervers dû à la rédaction du décret n°2015-186 et de ses critères d'attribution. C'est pourquoi il nous semble important que ce décret soit réécrit afin que l'égalité des droits soit rétablie entre les populations géographiquement isolées et que toutes puissent avoir l'assurance que le seul hôpital qui assure leur sécurité soit pérennisé, quelles que soient ses difficultés financières liées à la faiblesse de son activité. C'était d'ailleurs l'objet de la lettre adressée à Madame la ministre de la santé et cosignée des présidentes et présidents des communautés de communes du Grand-Autunois-Morvan (71), Bazois-Loire-Morvan (58), Morvan Sommets et Grands Lacs (58), Pays Arnay-Liernais (21) et du président du Parc Naturel Régional du Morvan, lettre dont vous trouverez la copie en pièce jointe. A ce jour, cette lettre est restée sans réponse.

Mais quand on parle sécurité des personnes et temps d'accès à un hôpital à partir d'un point quelconque du territoire français, la population concernée ne se limite pas à celle qui réside

---

<sup>4</sup> COMBIER Evelyne. Centre hospitalier d'Autun : Analyse des critères « d'isolement géographique ». 08/03/2017.  
<http://www.grandautunoismorvan.fr/vivre-et-s-installer/vos-services-au-quotidien/sante/ressources-documentaires-sur-la-sante-en-grand-autunois-morvan-406.html>

dans le bassin de desserte de l'établissement qui est le plus proche, elle englobe aussi la population occasionnelle (résidence secondaires, vacanciers, touristes, ...) et la population en simple transit. N'importe qui peut avoir intérêt à ce que ces hôpitaux-sentinelle soient préservés. Comme le montre la carte jointe, le SMUR du centre hospitalier d'Autun est le seul à pouvoir intervenir en moins de 45 minutes en cas d'accident sur des portions de 34 kilomètres de la ligne TGV Paris-Lyon et de 26 kilomètres de l'itinéraire de délestage de l'autoroute A6 Lyon-Paris/Reims.

Les accidents graves, quelle qu'en soit l'origine, appartiennent à cette catégorie d'urgences vitales inopinées à début extrahospitalier, pour lesquels le temps qui sépare le moment de l'accident de sa prise en charge par une équipe médicale hospitalière compétente est un facteur essentiel du pronostic. Les accidents cardio-vasculaires, les accidents vasculaires cérébraux et, souvent oubliés, les accidents obstétricaux qui peuvent survenir hors d'un hôpital, appartiennent entre autres à cette catégorie.

Si le temps de latence entre le moment de l'accident et l'appel passé aux services de secours dépend essentiellement du comportement de la personne accidentée et de son entourage, si le temps d'attente entre son arrivée à l'hôpital et sa prise en charge effective par une équipe compétente dépend de l'organisation des services et des moyens disponibles, le temps de trajet entre le lieu de l'accident et l'hôpital ainsi que le temps mis par le SMUR entre son point de départ et le lieu de l'accident, dépendent de l'implantation des structures donc des projets régionaux de santé (PRS). D'où l'intérêt de veiller au maintien de ces hôpitaux-sentinelle avec leur implantation SMUR qui sont des éléments essentiels de la sécurité civile sur le territoire national et qui devraient être reconnus comme tels, au même titre que les pompiers avec qui ils agissent en complémentarité dans les zones géographiquement isolées. Cette reconnaissance pourrait être débattue lorsque la réforme du système de santé vous sera présentée.

Lors d'une étude portant sur les disparités interrégionales de l'offre de soins<sup>5</sup>, effectuée sous la direction de Gérard de Pouvourville, actuellement professeur titulaire de la Chaire ESSEC Santé et directeur de l'Institut d'Economie et de Management de la Santé, il nous est apparu qu'en se plaçant du point de vue de la population, pour évaluer la dangerosité de certains services hospitaliers, le taux de mortalité à prendre en compte comme critère de jugement n'était pas le seul taux de mortalité enregistré à l'hôpital, mais qu'il fallait lui ajouter le risque de mortalité attribuable au temps de trajet. Il en résulte que, si on veut fermer un établissement où un service hospitalier, on ne peut invoquer des raisons de sécurité que si la somme des taux de mortalité (trajet + hôpital) est supérieure à celle qu'on obtient avec l'hôpital de remplacement plus éloigné du domicile. En d'autres termes, peu m'importe que la Mayo Clinic soit plus performante que l'hôpital-sentinelle qui est l'établissement le plus proche de mon domicile puisque, si j'avais un accident et que je doive y être transportée, le temps de trajet pour l'atteindre est tel que je serais morte avant d'y arriver.

---

<sup>5</sup>Combiér E, Zeitlin J, Le Vaillant M, Pouvourville (de) G. Les disparités interrégionales de l'offre de soins sont-elles légitimes ? Le cas de la périnatalité. *Convention ENSP/MiRe N°17/99* Rapport décembre 2001  
<http://www.grandautunoismorvan.fr/vivre-et-s-installer/vos-services-au-quotidien/sante/ressources-documentaires-sur-la-sante-en-grand-autunois-morvan-406.html>

Vous trouverez en pièce jointe le texte d'une partie de cette étude<sup>5</sup> intitulé « Accessibilité et égalité des chances face aux urgences vitales : l'exemple de la périnatalité » que j'ai présentée au séminaire « Restructurations hospitalières » organisé par la DREES le 27 juin 2003 à Paris. Les objectifs principaux de la recherche présentée étaient d'établir une méthodologie qui permette, en s'appuyant sur les structures en place, de repérer les maternités qui concourent au maintien de l'égalité des chances dans les zones enclavées et d'élaborer des critères objectifs qui permettraient de justifier l'octroi des dérogations données aux maternités qui effectuent moins de 300 accouchements par an, seuil minimal d'activité fixé par les décrets de périnatalité de 1998<sup>6,7</sup>. Les conclusions de cette étude, bien que datant de 2003, sont toujours d'actualité puisque, sur le plan épidémiologique, peu de choses ont changé, si ce n'est la parution de nombreux résultats de recherches tant françaises qu'étrangères qui ont quantifié les effets délétères de l'allongement des temps de trajet.

Un effet incontestable retrouvé dans toutes les études tant étrangères que françaises<sup>8,9,10</sup> est l'augmentation concomitante du risque d'accouchement inopiné hors maternité et du temps d'accès à l'établissement d'accouchement. Or, si on se réfère à des enquêtes faites par les SAMU ou aux données du PMSI, ces accouchements hors structures présentent des risques importants pour les mères, les fœtus et les nouveau-nés : augmentation des morts fœtales in utero, des hospitalisations de nouveau-nés et de la mortalité maternelle par rapport aux accouchements à la maternité.

Cet accroissement de la morbi-mortalité s'accompagne d'une augmentation proportionnelle à celle des temps d'accès du taux de césariennes réalisées en urgence. Par ailleurs, il semblerait que connaissant ces risques, les professionnels aient développé des stratégies visant à diminuer les effets de l'éloignement des maternités, puisque les taux d'hospitalisations des mères avant l'accouchement et de césariennes programmées augmentent eux aussi avec les temps d'accès à la maternité<sup>10</sup>.

Un des objectifs de la fermeture des petites structures est la diminution des coûts attendue des économies d'échelle. Mais l'augmentation des complications obstétricales et néonatales liées aux temps de trajet, par la lourdeur des prises en charge qu'elles entraînent, vont modifier le coût des soins prodigués. Le surcoût généré, augmenté de celui entraîné par la modification des pratiques obstétricales (*hospitalisations anténatales des mères et césariennes*

---

<sup>6</sup> Décret n°98-899 du 9 octobre 1998 modifiant le titre Ier du livre VII du code de la santé publique et relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat)

<sup>7</sup> Décret n°98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale et modifiant le code de la santé publique (troisième partie : Décrets)

<sup>8</sup> Combier E, Charreire H, Le Vaillant M *et al.* Temps d'accès aux maternités bourguignonnes et indicateurs de santé périnatale. *Journal de Gestion et d'Economie Médicales* 2013, vol31, n°6, 348-368. (Etude citée par la cour des comptes)

<sup>9</sup> Blondel B, Drewniak N, Pilkington H, *et al.* Out-of-hospital births and the supply of maternity units in France. *Health & Place* 2011;17(5):1170-3 (Etude citée par la cour des comptes)

<sup>10</sup> Fresson J, Bergonzoni A, Vilain A *et al.* Impact des distances domicile maternité sur les pratiques et la morbi-mortalité au moment de l'accouchement. Premiers résultats sur le mode d'accouchement et les accouchements hors maternité. IV<sup>ème</sup> congrès national ADEL/EMOIS 29 mars 2018 Montpellier.

*programmées*) qui visent à minimiser les risques dus à l'éloignement, va minorer les bénéfices espérés à court terme, à moins qu'il ne les annule ou ne les négative.

D'un point de vue strictement comptable, ce surcoût devrait être pris en compte avant toute décision de fermeture d'une petite structure, d'autant qu'en supposant que l'établissement d'accueil fonctionne déjà dans des conditions optimales de rentabilité, on ne peut espérer d'économies d'échelle que jusqu'à une capacité d'environ 200 lits de court séjour. Au-delà d'un certain seuil, que les études disponibles situent entre 600 et 900 lits, « la grande taille présente pour un hôpital plus d'inconvénients que d'avantages »<sup>11</sup> et les déséconomies d'échelle deviendraient importantes<sup>12,13,14</sup>.

Mais la principale raison invoquée pour fermer les petites maternités est celle de la sécurité puisqu'il est couramment admis qu'en matière de santé les résultats sont d'autant meilleurs que le volume d'activité est élevé. Après une analyse critique des données disponibles dans la littérature, un rapport de l'Observatoire Européen des Systèmes de Santé<sup>14</sup> remet en cause cet adage : les grands hôpitaux ne sont pas nécessairement meilleurs. Ils sont rarement à l'origine de coûts moindres ou de meilleurs résultats pour les patients.

Concernant les accouchements :

- l'analyse de la littérature<sup>5,8,15,16</sup> tant française qu'étrangère ne permet pas de conclure à une quelconque dangerosité des petites maternités lorsqu'il s'agit de grossesses à bas risque, c'est-à-dire celles qui peuvent être prises en charge dans des maternités de niveau I (*aucune pathologie obstétricale et un accouchement à terme*).

-par contre, il conviendrait de s'interroger sur l'effet paradoxal d'une hyperconcentration de moyens sur la mortalité maternelle puisque, selon les rapports successifs du Comité national d'experts sur la mortalité maternelle (CNEMM)<sup>17,18,19,20</sup>, depuis 1990 le taux de mortalité maternelle est supérieur à la moyenne nationale en Ile-de-France (multiplié par 1,5). Cette surmortalité persiste après qu'on a pris en compte les facteurs de risque obstétricaux<sup>21</sup>. Et bien

<sup>11</sup> Lalande F, Scotton C, Bocquet PY, et al. Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années ? : Inspection Générale des Affaires Sociales . Rapport RM2012-020P. mars 2012. 273 pages. <http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2012-020P.pdf>

<sup>12</sup> McKee M, Healy J. The role of the hospital in a changing environment. *Bull World Health Organ* 2000;78(6):803-10.

<sup>13</sup> Hospital volume and health care outcomes, costs and patient access. *National Health Service Center for Reviews and Dissémination*. York University 1996.

<sup>14</sup> Posnett J. Are bigger hospitals better? In McKee M, Healy J eds. European Observatory on Health Care System. *Open University Press* Buckingham 2002 Chapitre 6 p100-118. [www.euro.who.int/en/data-and-evidence/evidence.../are-bigger-hospitals-better](http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/evidence.../are-bigger-hospitals-better)

<sup>15</sup> Bortuzzo C, Mouret F. Mortalité maternelle et morbidité maternelle sévère en Seine-Saint-Denis. In. *Bucort M, Papiernik E. Périnatalité en Seine-Saint-Denis : Savoir pour Agir. Flammarion- Médecine-Sciences*. Paris 1998 pages 206-219.

<sup>16</sup> Papiernik E, Combier E. Organisation des soins et sécurité à la naissance pour les naissances de 22 à 32 SA. In. *Bucort M, Papiernik E. Périnatalité en Seine-Saint-Denis : Savoir pour Agir. Flammarion- Médecine-Sciences*. Paris 1998 pages 197-206.

<sup>17</sup> Levy G. Rapport du Comité national d'experts sur la mortalité maternelle : 1995 – 2001. Ministère de la santé Mai 2001. 25 pages <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/014000593/index.shtml>

<sup>18</sup> Rapport du Comité national d'experts sur la mortalité maternelle (CNEMM) 2001-2006. Saint-Maurice (Fra) : Institut de veille sanitaire, janvier 2010, 99 p. [http://invs.santepubliquefrance.fr//display/?doc=publications/2010/mortalite\\_maternelle/index.html](http://invs.santepubliquefrance.fr//display/?doc=publications/2010/mortalite_maternelle/index.html)

<sup>19</sup> Les morts maternelles en France 2007-2009 : Mieux comprendre pour mieux prévenir Rapport du Comité National d'experts sur la Mortalité Maternelle 2007-2009 <http://www.epopé-inserm.fr/grandes-enquetes/enquete-nationale-confidentielle-sur-les-morts-maternelles>

<sup>20</sup> Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. 5e rapport de l'Enquête Nationale Confidentielle sur les Morts Maternelles (ENCMM), 2010-2012. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017. 230 p. Disponible à partir de l'URL : [www.santepubliquefrance.fr](http://www.santepubliquefrance.fr)

<sup>21</sup> Saucedo M, Deneux-Tharoux C, Bouvier-Colle MH. Understanding regional differences in maternal mortality : a national case-control study in France. *Br J Obstet Gynecol*, 2011 ;119 :573-581

que cette région cumule la plus grande densité de maternités en particulier de niveau3 et d'hôpitaux universitaires, qu'il n'y a plus de petites maternités, lors de l'expertise de l'évitabilité des décès maternels faite par les experts du CNEMM, « *la qualité des soins a été plus souvent jugée non optimale en Ile-de-France que dans les autres régions de métropole* »<sup>22</sup>.

La réforme de notre système de santé qui va vous être proposée prochainement, pourrait être l'occasion de rééquilibrer l'offre des soins hospitaliers sur tout le territoire national de manière à garantir une égalité des chances à l'ensemble de la population. C'est pourquoi il m'a semblé important de vous transmettre les données épidémiologiques en notre possession et de vous exposer l'état de notre réflexion sur la prise en charge des urgences afin que vous ayez connaissance des problèmes que pose à la « France profonde » l'accès aux services hospitaliers de premiers recours en chirurgie et en obstétrique qui ne seront pas couverts par les hôpitaux de proximité tels qu'ils ont été définis par le décret n°2016-658<sup>3</sup>. Je reste bien évidemment à votre disposition pour toute précision que vous jugeriez utile.

En cette période de contrainte budgétaire, des choix seront à faire, mais comme le faisait remarquer en 1996 le Conseil d'Etat dans son rapport sur le principe de l'égalité, en période de ressources rares « *depuis le Parlement jusqu'au conseil d'administration de chaque hôpital, il va falloir davantage que par le passé décider explicitement des priorités de la politique de santé. La transparence y gagnera* »<sup>23</sup>

Je vous remercie de l'attention que vous aurez bien voulu porter à ce courrier et vous prie d'agréer Mesdames, Messieurs, l'expression de ma haute considération.

Docteur Evelyne Combier MD, PhD  
*Pédiatre –Spécialiste en santé publique*



Présidente de l'ASPAM

Pièces jointes : 4

- Lettre des élus de l'Autunois-Morvan à la ministre de la santé
- Carte Bourgogne centrale - isolement géographique
- Question écrite n° 1218-santé et réponse
- Accessibilité et Egalité des chances et urgences vitales face aux urgences vitales - Séminaire Restructurations hospitalières – Paris juin 2003

---

<sup>22</sup> Saucedo M, Deneux-Tharoux C, Bouvier-Colle MH. Disparités Régionales de Mortalité Maternelle en France : Situation particulière de l'Ile-de-France et des Départements d'Outre-Mer, 2001-2006. BEH Thématique 2010 ; 2-3 :15-18.

<sup>23</sup> Conseil d'Etat 1997 Rapport Public 1996 sur le principe de l'égalité. *Rapports et documents*. n° 48 La documentation française 509 pages.