

Indécences

Les politiques de santé sont totalement liées à l'actualité politique et économique, dont elles sont un des symptômes. A l'heure où nous mettons sous presse, la une des journaux, abreuvée du vocabulaire de la crise, est inondée du récit des caprices et de l'échec des footballeurs de l'« équipe de France », après l'avoir été des relations des milieux du sport d'abord au dopage, puis à la prostitution. Comment ne pas être scandalisé par l'indécence des sommes dépensées pour leurs frais d'hôtel, transports, salaires et primes, au moment où de plus en plus de nos concitoyens se retrouvent à la rue faute de ressources ?

Dans le même temps apparaît au grand jour que l'épouse d'un ministre d'Etat chargé du budget est soupçonnée d'avoir organisé l'évasion fiscale d'une des plus grandes fortunes de France, alors que son mari présente un plan de réforme des retraites imposant, au nom du bien public, une politique d'austérité qui signifie pour beaucoup le basculement dans la précarité. Un an plus tôt, une ministre de la Santé offrait des sommes colossales à des laboratoires pharmaceutiques pour une campagne de vaccination sans objet, tout en stigmatisant le mythique « trou de la Sécu » qui sert de justification à une restriction budgétaire sans précédent compromettant l'accès aux soins des plus fragiles.

Ces scandales ne concernent pas une de ces républiques bananières dont la corruption est supposée inscrite au patrimoine mondial de l'humanité. Ils sont le quotidien de la France dont le président élu a célébré son accession au titre sur un yacht affrété par l'un des bénéficiaires patentés des trafics de la Françafrique. Du dopage à la prostitution, de la destruction des politiques de santé publique à la corruption, l'actualité ne cesse de montrer les effets de ces pratiques sur la dissolution des solidarités. Quel sens y a-t-il à appeler à la « responsabilité citoyenne » sur les retraites en favorisant l'évasion fiscale, à encenser l'« éthique du sport » en couvrant d'or ses protagonistes, à parler de santé publique en donnant carte blanche aux entreprises pharmaceutiques, à prôner l'égalité en mettant en place toutes les discriminations ?

Pratiques, au nom même des exigences de la santé publique, invite les citoyens à tirer la leçon de ces événements, à résister partout où c'est possible à la dénaturation des institutions, à la dégradation des liens sociaux, à la destruction des services publics au profit d'intérêts contraires à ceux du bien commun. Si crise il y a, c'est d'abord le fait de l'indécence des comportements de ce qui tend à devenir une caste politique, et ne cesse, dans un contexte international violent, de favoriser les abus des prédateurs financiers qui l'ont provoquée.

DOSSIER **Mettre au monde**

Porter puis mettre au monde un enfant est devenu un événement très codifié par les acteurs médicaux. Entre médicaliser et accompagner, comment remettre au centre l'autonomie des femmes et des hommes dans l'accueil d'un nouveau-né ?

10 Ghislaine Valadou, illustratrice

1. Le désir à l'origine

12 **Louis Velluet**

Le sexe, l'amour et les machines
Les difficultés à procréer ne sont pas seulement techniques.

13 **Marie-Odile Herter**

Les prunelles de mes yeux

14 **Anne Vincent Buffault**

Féminisme ou maternalisme ?
Quelle place tient la maternité dans les luttes des féministes ?

17 **Milivoj Sabo**

Le DEA (Désir d'Enfant Abouti)
Les mères font les enfants, et les pères ?

17 **Philippe Lorrain**

Lysistrata

18 **Didier Morisot**

La boîte à outils
Mettre au monde un enfant ou mettre de la bière au frigo ?

19 **Elisabeth Testier**

« J'ai seize ans et je veux un enfant »

19 **Martine Lalande**

J'aime faire des IVG

19 **Martine Lalande**

Excuse-moi

20 **Odile Montazeau**

Histoire de disposer de sa vie
Les femmes ont toujours tenté de limiter leurs maternités.

22 **Sylvie Cognard**

Corps en miettes
Une lecture du livre de Sylviane Agacinski, sur la question des mères porteuses.

24 **Christiane Vollaire**

L'une des formes de la vie

24 **Emélie Pingon**

Le choix

25 **Christiane Vollaire**

Est-il naturel d'enfanter ?
Faire des enfants est un enjeu social, naturalisé par le droit.

2. Neuf mois

30 **Didier Ménard**

J'aime suivre les grossesses
Le suivi de la grossesse, c'est toute la médecine générale.

30 **Martine Lalande**

Jusqu'au bout
Aussi quand la grossesse est difficile.

32 **Yveline Frilay**

Travailler en réseau
Les généralistes suivent les femmes enceintes et forment les hospitaliers.

33 **Elisabeth Maurel-Arrighi**

Des grigris précieux
Savoir scientifique et sollicitude, modestie et engagement, et des grigris.

35 **Frédérique Bisiaux**

Les deux sens de la grossesse pathologique
Qui dit que la grossesse est « pathologique » ?

38 **Sylvie Cognard**

Trisomie 21, technicité et désêtre
Diagnostic prénatal, bienfaisance, autonomie et équité ?

41 **Françoise Molénat**

Écouter les femmes enceintes
Un entretien au quatrième mois pour écouter les femmes et penser à l'enfant.

43 **Jean-Pierre Lellouche**

L'affaire du Distilbène®, oubliée ?
Pourquoi n'enseigne-t-on pas à la faculté cette tragique erreur médicale ?

45 **Nicolas Gouon**

Né handicapé, quel préjudice ?
Les rebondissements de l'affaire Perruche.

47 **Denis Lemasson**

Les pères accouchent aussi
La société maltraite les hommes à la naissance de leur enfant.

47 **Mireille Brouillet**

D'un ventre à l'autre

3. Naître et devenir

50 **Entretien avec Amina Kirsch Yamgnane**

Pour une obstétrique humaine
L'obstétrique hospitalière est prisonnière de la politique de rentabilisation.

52 **Didier Ménard**

La responsabilité en paternité

53 **Danièle Capgras Baberon**

Naître à Clamecy ?
La disparition programmée des maternités de proximité.

59 **Entretien avec Nora Pimpsy**

J'accouche avec Mary Poppins
Accoucher en respectant le rythme de la femme et de son enfant.

62 **Odile Montazeau**

La course ou l'humanité ?
La programmation et la technique rendent l'accouchement inhumain et dangereux.

62 **Martine Lalande**

Primipara vetusta

63 **Anne-Marie Pabois**

Une histoire d'elles

MAGAZINE

4 **COURRIER DES LECTEURS**

Dominique Tavé et Francis March – **Echange sur l'HAD**

5 **Nouvelles de la diffusion** : Parrainage, un atout irremplaçable

6 **IDÉES**

Alain Brossat

Platon et la biopolitique

Alain Brossat, par une lecture aiguë de la République de Platon, montre comment bien des lieux communs sur la procréation, considérés comme traditionnels, sont en réalité étrangers à la pensée antique par laquelle ils prétendent se légitimer.

75 **ACTU**

Martine Devries – **Encore des médicaments déremboursés**

Marie Kayser – **Une réforme en trompe l'œil**

Marie Kayser et Laure Van Wassenhove – **Génériques, portion congrue**

79 **SANTÉ MENTALE**

Eric Bogaert

Le secteur psychiatrique, suite81 **SANTÉ PUBLIQUE**

Marie Kayser

Haro sur la santé publique

Didier Ménard

Médecine générale : chronique d'une mort annoncée ?85 **SANTÉ DES FEMMES**

Yveline Frilay

Violences faites aux femmes

Marie Kayser

Produits chimiques et risque accru de cancer de sein86 **SANTÉ AU TRAVAIL**

Séraphin Collé

La Poste est malade

Marie Kayser – **Stress au travail**

Remise en cause de la brevetabilité des gènes humains88 **ENVIRONNEMENT**

André Cicoella

Bisphénol® A : un dossier emblématique90 **SANTÉ PBLIQUE**

Jean-Pierre Lellouche

Vaccin et Ordre91 **SOCIÉTÉ**

Bertrand Riff – **Demi-dieu**

Bertrand Riff et Marie-Jeanne Martin – **Passage vers l'inconnu**

93 **NOUS AVONS LU POUR VOUS**

Petite sélection de parutions récentes, à emporter avec soi ou à offrir : *Le Droit à la vie* d'Alain Brossat, *Long séjour* de Philippe Bazin, *Trame d'enfance* de Christa Wolf et *La centrale* d'Elisabeth Filhol.

63 **Patrick Dubreil**

Un singulier dépositaire

64 **Benoît de Sarcus**

Le père n'est pas un visiteur
Comment faire une place au père en maternité.

65 **Anne Perraut Soliveres**

Droit à la paresse

65 **Martine Lalande**

Les intellectuelles n'ont pas de lait

66 **Pierre Volovitch**

3 grossesses 4 naissances

68 **Dominique Delori**

Gertrude ou De la vérité
Que s'est-il passé pour Hélène avant la naissance de Gertrude ?

70 **Stéphane Nadaud**

Discours faciles sur l'homoparentalité
*Altérité, autorité, « normalité »...
ou filiation sociale.*

71 **Valérie Marange**

Ma fille de cœur
Elle aimait beaucoup avoir deux mamans.

73 **Dominique Pélegrin**

Penser le groupe
Fiction autour d'une autre façon de vivre.

Compléments du dossier

Vous trouverez sur le site les articles d'**Isabelle Heudes-Guillon** : « Tenir la main », de **Chantal Birman** : « Voyage au pays des sage-femmes » et de **Jeanne Bethuys** : « Sage-femme en France, un métier sous contrôle » qu'il ne nous a malheureusement pas été possible d'intégrer à la revue papier, faute de place.

■ En réaction à l'article d'Yveline Frilay « L'HAD¹ a-t-elle vécu ? » du 17 mars 2010

Oui, la logique de la T2A pervertit la prise en charge des patients, mais quand même L'HAD (à Toulouse) a considérablement amélioré et facilité le maintien à domicile de patients lourds. Grâce aux moyens techniques qu'ils fournissent, aux équipes compétentes (un(e) infirmier(e) + un(e) aide-soignante en même temps quand il le faut) et joignables la nuit, les patients qui choisissent de rester à domicile ont souvent cette possibilité désormais. Le travail en réseau avec médecin coordonnateur, assistante sociale, diététicienne, psychologue, infirmiers et aide-soignante d'une part et le médecin généraliste, les auxiliaires de vie, le malade (il participe aux réunions de concertation le plus souvent) et/ou la famille, d'autre part, permet une prise en charge plus sereine, correcte, respectueuse, un réel accompagnement. Sans idéaliser la réalité qui n'est pas toujours si évidente, je dois dire que mes expériences de travail avec une HAD ont été bénéfiques pour moi, mais aussi et surtout pour les malades et leur famille parties prenantes autant que possible des projets de soins. ■

Dominique Tavé

Hélas, Dominique, je crains que ce soit Yveline Frilay qui ait raison et que l'HAD que tu décris et que nous avons connue soit en voie de disparition ; c'est une des raisons pour lesquelles j'ai préféré retrouver le métier de généraliste « de terrain » ; la logique de la T2A est en effet de raccourcir les durées de prise en charge, de limiter le nombre d'intervenants (le reproche a été fait à l'HAD du CHU de Toulouse de faire passer trop souvent deux soignants en même temps – ceci dit, ceux qui ne le font pas trouvent qu'il y a trop de personnel en arrêt de travail pour mal au dos, et donc exigent des appareils de levage des malades, même s'ils n'en veulent pas, ou bien refusent les malades trop lourds).

J'ai subi des pressions pour faire ré-hospitaliser des patients grabataires alors qu'ils souhaitaient rester chez eux, car aucun SSIAD ne voulaient les prendre en charge et qu'ils devenaient trop coûteux avec les tarifs dégressifs de la T2A ; c'est la logique comptable de la T2A qui s'applique à l'individu qui prévaut, alors que d'autres prises en charges sont « bénéficiaires » et pourraient compenser (mais il faut savoir qu'il y en a de moins en moins, sauf si on triche en « optimisant » les tarifs, ce que certains – privés lucratifs en particulier – ne se gênent pas de faire).

On pourrait parler aussi des aspects contraignants de l'HAD pour le malade, son entourage et ses soignants de proximité – comme je les appelle – le médecin généraliste, les infirmières et autres soignants, les aides ménagères, etc. C'est la multiplicité des intervenants que le malade finit par ne plus pouvoir identifier ou qui se retrouvent en masse au chevet du patient (parfois pire qu'à l'hôpital !), les procédures administrativo-juridiques qui ralentissent, sinon empêchent, un certain nombre de décisions médicales ou d'initiatives des soignants (parce que la retranscription est interdite aux infirmières – elles sont sûrement trop bêtes pour noter sans réfléchir des consignes téléphoniques du médecin par exemple) ; on passe d'un extrême à l'autre : de l'absence de traçabilité et de protocoles rigoureux dans les soins, à des contraintes « copiées-collées » de l'hôpital paralysantes parce que non applicables sur le terrain ; de l'absence de liens entre les intervenants à une hiérarchisation et une réglementation régressives : par exemple, les aides ménagères ou les aidants non soignants ne peuvent écrire dans le dossier patient – alors que le petit cahier d'écolier servant autrefois de cahier de liaison à domicile était ouvert à tous ; les dossiers patients (les associations d'IDE libéraux ont enfourché le même cheval) sont d'une telle complexité que personne ne sait plus quoi lire entre les feuilles de surveillance, les diagrammes de soins, les transmissions ciblées, la fiche de suivi médical, la fiche de traitement, et j'en passe... ■

Francis March

ex-médecin coordonnateur HAD,

ex-président de la CME (si, si, mais on n'était que trois médecins temps partiel, je vous rassure)

ex-médecin DIM (et content de l'avoir été tout de même !)

■
1. Hospitalisation à domicile.

Parrainage un atout irremplaçable !

Indéniablement, *Pratiques* est tributaire, pour son développement, de vos efforts, vous nos abonnés. Malgré une gestion maîtrisée et une politique de diffusion active – programme de relances, mailings dans de nouvelles directions, succès des réunions publiques accompagnant chaque nouvelle parution, « bruit » autour de *Pratiques*, enfin, entretenu sur le Net par le succès grandissant de notre site –, nous enregistrons ces derniers mois une baisse sensible de nos abonnements.

L'explication : un relâchement dans les parrainages. En comparant les huit mois qui viennent de s'écouler à la période correspondante de l'exercice précédent, que constate-t-on ?

- Nos abonnements chutent de 8 %.
- Cette baisse est imputable intégralement à celle des parrainages : ils représentaient 17 % du montant total des abonnements souscrits l'an passé, ils n'en représentent plus que 8 % cette année.

Or un filleul sur dix se réabonne spontanément et certains même, sitôt abonnés, en ont parrainé d'autres : c'est dire tout l'intérêt du parrainage dans le renouvellement et l'extension de notre lectorat.

Les données sont entre vos mains. L'enjeu n'est pas seulement d'ordre économique : abonner un jeune de votre environnement à *Pratiques* c'est, avant tout, transmettre des valeurs, communiquer des repères, donner du sens aux « contre-conduites » que nous prônons, dans un monde soumis au règne de l'argent.

**FAITES DE PRATIQUES,
LA LECTURE D'ÉTÉ
DE VOS FILLEULS !**

Ne remettez pas le bon geste au lendemain : envoyez votre (vos) bulletin(s) de parrainage à *Pratiques* dès la lecture de ces lignes.

Platon et la biopolitique

§Grossesse, §Politique, §Démocratie, §Etat

Alain Brossat, philosophe

Ayant établi qu'une cité a vocation à être administrée et qu'une telle tâche ne saurait revenir qu'à un corps spécial, les gardiens, « à la fois doux et remplis d'ardeur », dotés d'un « naturel philosophe », un corps sélectionné et tout entier voué au « bien supérieur de la cité », Platon en vient, au livre V de *La République*, à examiner la place qui, selon ce modèle pastoral, revient aux femmes et aux enfants.

Et Socrate doit en convenir : il lui va falloir revenir plus en détail sur « la question de la procréation des enfants – comment les enfants doivent être engendrés et, une fois qu'ils sont nés, comment on les élèvera – et, en général sur toute cette question de la communauté des femmes et des enfants dont tu parles ».

La procréation hors du champ philosophique

A l'évidence, donc, dans une société non médicalisée, certaines questions entrent dans le champ de problématisation de la philosophie, et d'autres non : la procréation (sous l'angle d'un eugénisme moral plutôt que biologique), l'éducation des enfants pour le bien de la cité – mais pas les conditions de la gestation, de la mise au monde – la grossesse, l'accouchement en tant que figures médicales de la question générale de la reproduction et de la perpétuation de l'espèce. La grossesse et la mise au monde sont, dans la bouche de Socrate, des moments absents, elles sont éludées dans leur dimension de marqueurs du féminin.

Ce point est important : on entend souvent que la biopolitique n'est pas une forme du gouvernement des vivants propre aux sociétés modernes, du fait que « la vie » en serait devenu l'objet premier et dernier, comme le dit Foucault, on entend souvent que la biopolitique est aussi vieille que le gouvernement des hommes et qu'à ce titre *La République* serait, déjà, une sorte de manuel d'une « biopolitique » à la manière antique...

Mais c'est confondre deux choses : la grande forme du pastorat (la conduite du troupeau humain) qui, en effet, est à l'œuvre dans *La République*, contrairement à ce qu'énonce Foucault (notamment dans le bien connu *Omnes et singulatum, vers une critique de la raison politique*) et la biopolitique à proprement parler. L'absence de prise en compte de questions qui ne peuvent être énoncées qu'aux conditions du grand discours moderne de la politisation du vivant et de la médicalisation de la vie, dans ce dialogue, est un indice sûr de cette distinction. Le féminin (ou l'enfance) ne vont pas être spécifiés dans des termes qui font référence au vivant tels que la biologie et la médecine

modernes les connotent, mais dans ceux d'une anthropologie qui met l'accent sur d'autres facteurs : force physique, qualités morales.

Les femmes (ou certaines femmes), va argumenter Socrate, en tant qu'elles sont destinées à devenir les compagnes des gardiens (et à ce titre, elles-mêmes, des « gardiennes » – le texte conserve ici une passionnante ambiguïté) ne se distinguent foncièrement des hommes, pour ce qui est du rôle de « garde » de la cité, que sur un point : elles sont « des êtres plus faibles ». Mais au demeurant, il n'est rien, qui, dans leur nature propre, puisse faire qu'elles ne puissent remplir, concernant la prise en charge de la cité, les mêmes fonctions que les hommes – la « nature propre » des femmes ne les voue d'aucune manière à n'effectuer que des tâches spécifiquement « féminines », telle la garde des enfants, au foyer. Elles sont parfaitement aptes, comme les hommes, à faire de la gymnastique, pratiquer la musique et... aller à la guerre. En termes de genres, le féminin ne diffère du masculin que sur un seul point : il engendre, alors que le masculin féconde. Mais cette différence n'implique aucune conséquence particulière concernant l'usage que la cité peut faire des femmes quant à sa défense ou son administration : « (...) nous serons d'avis que nos gardiens et leurs femmes doivent exercer les mêmes occupations ».

La maternité désincorporée du féminin

L'enfantement est donc envisagé ici sous son angle purement fonctionnel – c'est un fait, les enfants viennent au monde du côté féminin. Mais à aucun moment les exigences de la maternité (grossesse, accouchement, allaitement, veille des enfants en bas-âge...) ne sont nommées comme des traits propres au féminin qui seraient susceptibles de restreindre ou spécifier les fonctions que les femmes rempliront dans la cité idéale dont *La République* trace les plans ; littéralement, la dimension du biologique, appareillé par le médical (le sanitaire) ne prend pas corps dans ces enchaînements.

Sous cet angle, une garde des sceaux pointant au conseil des ministres, fraîche et pimpante, au lendemain ou presque de son accouchement, fait du Platon sans le savoir... On identifie là l'un des paradoxes de la médicalisation de la vie : à son stade suprême, dans ses conditions d'efficacité maximales, celle-ci tend vers l'invisibilité, tous ses dispositifs lourds et coûteux, toutes les répartitions et procédures qu'elle a établies tendent à s'effacer pour permettre à la vaillante hoplite de l'armée sarkozyste de reprendre sa place dans le rang à

l'issue de ce bref absentement – pour cause de si peu – un accouchement.

La superbe ignorance de la supposée contrainte biologique par Platon fait de lui, si l'on veut, le précurseur d'un certain féminisme, d'un certain égalitarisme entre genres. Pour ce qui est des affaires de la cité et de leur prise en charge, le genre (et non pas le sexe, dont les connotations biologiques sont massives) est peu de choses : les femmes enfantent et, par ailleurs, elles sont disponibles pour toutes les fonctions qui concernent l'administration de la cité :

« Il n'y a pas d'occupation relative à l'administration de la cité qui appartienne à une femme parce qu'elle est femme, ni à un homme parce qu'il est un homme, mais les dons naturels sont répartis de manière semblable dans les deux genres d'êtres vivants. La femme participe naturellement à toutes les occupations, l'homme de son côté participe à toutes également, mais dans toutes ces activités, la femme est un être plus faible que l'homme. »

Le motif de « l'être plus faible que l'homme » suscite naturellement le soupçon : que recèle, en vérité, cette affirmation répétée, dans tout ce passage, sur le ton de l'évidence ? Le sens commun qui énonce que les femmes sont, en général moins « fortes » (question de puissance musculaire) que les hommes ne masquerait-il pas ici quelque chose comme le déni de la petite ou grande différence qui s'enracine dans l'association du féminin à la maternité ? Le déni de cette dimension est flagrant dans les passages où Platon énonce que les femmes sont, elles aussi, bonnes pour le service, bonnes pour la guerre, se contentant de mentionner qu'on leur y confiera « une part plus légère qu'aux hommes ». Mais sur les conditions de l'emploi de femmes (mères d'enfants en bas âge, enceintes, etc.) dans les conditions de la guerre antique, pas un mot.

Un eugénisme en trompe-l'œil

Toute l'attention du conducteur du récit (Socrate) est concentrée sur la question de la sélection des femmes aptes à remplir la fonction de gardiennes (on est passé subrepticement de la figure « femme de gardien » à « gardien » au féminin) : de même qu'il existe des femmes douées pour la médecine, douées pour la gymnastique, douées pour l'art de la guerre aussi, il en existe qui présentent des aptitudes naturelles à la garde de la cité – et d'autres non. Seule subsiste ici, comme élément de distinction ou critère de distinction entre les capacités respectives des genres, la clause de sauvegarde : mais cette aptitude, quand elle existe chez les femmes, demeure

« plus faible » que chez les hommes. Hommes et femmes vont pouvoir exercer les activités de garde de la cité ensemble, ils vont pouvoir être soumis aux mêmes principes d'éducation (à base de gymnastique, d'enseignement musical et d'entraînement militaire).

Ce qui importe en premier lieu est que ce soient les meilleures qui, parmi les femmes, soient appelées à « garder » – tout comme les hommes.

« Meilleures » ne veut pas dire ici sélectionnées selon des critères physiques, biologiques, raciaux (pas de *Lebensborn* dans la cité platonicienne), mais présentant le plus de dispositions à diriger et défendre la cité. C'est donc un eugénisme en trompe-l'œil que

préconise Platon lorsqu'il met en avant le double motif de la communauté des femmes et des enfants destiné à produire des sujets « de qualité supérieure » (« Que ces femmes soient communes à tous ces hommes et qu'aucune ne cohabite avec aucun en privé ; que les enfants également soient communs, et qu'un parent ne sache pas lequel est sa progéniture, ni un enfant son parent »). Ce n'est pas une « race » qu'il s'agit d'améliorer, en faisant en sorte que « les hommes les meilleurs s'unissent aux femmes les meilleures », mais bien une catégorie politique et morale – celle qui aura ainsi vocation naturelle à diriger la cité. La chose intéressante est que « la vie », les processus vitaux soient en quelque sorte pris en

otage (sous la forme de la fabrication d'une progéniture d'excellence par l'union charnelle des « meilleurs »), alors qu'une variante purement méritocratique de ce schéma pourrait parfaitement être imaginée (sur le modèle de la sélection par concours et examens de la bureaucratie céleste selon le système impérial chinois).

Pour autant, cette implication du vivant est dépourvue de toute connotation biologique – la figure de la communauté intégrale refoule ici absolument le modèle, à nous familier, des haras.

Les moments exposés de la production de la vie

Lorsqu'il en vient aux détails pratiques, le Socrate qui spéculait sur ces enchaînements (sélection, union, procréation) n'évoque aucun des éléments des dispositifs qui, pour nous, y associent naturellement toute une série de savoirs et de pratiques spécialisés (de l'examen gynécologique à l'accouchement sous péridurale), mais simplement des conditions érotiques : des logements, des repas collectifs et des gymnases entendus comme occasions et lieux de rencontre entre jeunes hommes et jeunes femmes naturellement portés ainsi à « s'unir ». Tout se passe au fond comme si toute la dimension physiologique, « zoologique » de la

.../...

« La superbe ignorance de la supposée contrainte biologique par Platon fait de lui, si l'on veut, le précurseur d'un certain féminisme, d'un certain égalitarisme entre genres. »

grandiose opération de fabrication d'une élite gouvernante de qualité optimale et, au-delà, d'une communauté humaine améliorée était, pour ce qui concerne le corps des femmes destinées à enfanter, abandonnée à la nature.

Ce n'est que lorsqu'il est question d'éliminer les produits des unions indésirables que l'intérêt supérieur de la cité vient faire valoir ses droits contre les processus naturels, en assurant ses prises sur le corps des femmes :

« Instruits de toutes ces restrictions, ils [les hommes et les femmes ayant dépassé l'âge d'engendrer] auront à cœur par-dessus tout de ne jamais faire voir la lumière du jour, ne fût-ce qu'à un seul fruit de la grossesse, si d'aventure il avait été conçu ; et dans le cas où l'un d'eux vient à voir le jour malgré tout, qu'on en dispose de telle façon qu'il n'y ait aucune subsistance pour lui ».

L'un des fondements de la biopolitique contemporaine est l'extension de l'impératif du « faire vivre » à toutes les formes de vie humaine (et, de façon croissante, au-delà), y compris celles qui présentent des déficiences, des handicaps, des anomalies. Cette inconditionnalité du « faire vivre » explique que des moments exposés (dans tous les sens du terme) de la production de la vie comme la grossesse et l'accouchement et la petite enfance fassent, dans nos sociétés, l'objet d'une démultiplication de dispositifs d'accompagnement, de facilitation et de sécurisation. Inversement, il est à noter que lorsque le texte de Platon évoque explicitement ces questions, c'est pour parler d'avortements, d'infanticide et d'exposition d'enfants bâtards ou malformés, en référence à une *political correctness* dont l'horizon n'est pas l'amélioration de la race dans le sens moderne (bio- ou zoo-politique) du terme, mais le bien de la cité.

C'est dans un autre dialogue, *Théétète*, que Socrate file longuement la métaphore de l'accouchement et de l'accoucheuse. Mais c'est pour le faire sur un mode tel que le masculin et le féminin y échangent leurs rôles : les femmes qui exercent le métier d'accoucher les autres à la condition de n'être plus elles-mêmes en état d'enfanter y cèdent la place au praticien de l'art maïeutique qui « accouche les autres » à défaut de pouvoir lui-même « procréer ». Les parturientes s'effacent devant les jeunes hommes porteurs de belles pensées, mais en mal de délivrance. L'appropriation de la figure de l'accouchement par le masculin est la condition de son déploiement comme image-concept dans l'espace de la philosophie :

« Ce qu'éprouvent ceux qui me viennent fréquenter ressemble (...) à ce qu'éprouvent les femmes en mal d'enfantement : ils ressentent les douleurs, ils sont remplis de perplexités qui les tourmentent au long des nuits et des jours beaucoup plus que ces femmes. Or, ces douleurs, mon art a la puissance de les éveiller et de les apaiser. Voilà donc, à leur état, quel traitement j'apporte. »

A l'âge où la biopolitique impose ses conditions d'une manière à la fois toujours plus intensifiée et extensive, l'image du philosophe accoucheur éprouve quelque difficulté à se perpétuer sur un mode autre que scolaire et ornemental – dans les dissertations de bachot. Les apprentis philosophes ne se voient pas trop en parturientes, les profs de philo en sages-femmes ou gynécologues, sans compter que les philosophes en renom ont mieux à faire que courir les rues en quête de jeunes gens à « délivrer ». L'accouchement est devenu une chose trop sérieuse, trop technique, trop impliquée dans le gouvernement de la vie pour se prêter encore à ces jeux de captation... ■

Mettre au monde

S'il est un domaine parmi les évènements de la vie qui a été largement transformé par l'évolution des techniques biomédicales et les changements sociaux, c'est bien celui de la venue au monde des enfants.

À l'origine, le désir amoureux n'est pas forcément celui d'engendrer et on peut avoir des enfants sans passer par l'acte sexuel.

La contraception permet à la femme de vivre sa sexualité et de disposer de son corps librement, et la légalisation de l'interruption volontaire de grossesse permet de mettre fin à une grossesse non désirée. D'autres couples peuvent procréer grâce à la plus haute des technicités ou font le choix de l'adoption. Les pères tentent de trouver leur place...

Le mythe de l'enfant parfait plane au-dessus de la surveillance de la grossesse qui devient de plus en plus contrainte par des interdits et des injonctions médicales moralisantes.

L'accouchement lui-même est devenu un acte médical, voire même chirurgical avec l'augmentation du taux de césariennes. Il est de plus en plus souvent provoqué, les risques qui s'y rapportent ont changé de nature. Des psychiatres, confrontés à des enfants en souffrance, questionnent les effets anxiogènes de la médicalisation du suivi de grossesse et les conditions de l'accouchement médicalisé.

Le médecin généraliste, après avoir été écarté du suivi des femmes enceintes, est de nouveau appelé à travailler en réseau par des maternités débordées ne pouvant plus assurer le suivi des femmes.

Les relations entre les différents corps professionnels, gynécologues accoucheurs, sages-femmes, médecins généralistes oscillent selon les endroits entre affrontements de pouvoir, suprématie hiérarchique et rancœur, entre adaptation pragmatique à la pénurie et vraie envie de travail d'équipe.

Deux conceptions s'affrontent : d'une part, la pression de la rentabilité, la fermeture des petites maternités, la fascination pour les protocollisations rendent plus technique le suivi de grossesse ; d'autre part, une partie des professionnels impulsent un tournant radical dans les pratiques et les modes de pensée autour de la femme enceinte et du nouveau-né en apprenant à travailler en réseau transdisciplinaire, en prenant appui sur l'entourage non médical et sur une écoute attentive des femmes, des hommes et des couples.

B
E
S
S
O
D



« Pour les artistes, aujourd'hui, la traversée du miroir se fait en passant par les techniques les plus sophistiquées. La photographie numérique permet les plus subtiles métamorphoses et mises en dialogue de pratiques différentes, anciennes et modernes. Ghislaine Valadou peint avec la photo et photographie avec la peinture, voilà pour la manière. Quant à la matière, elle est celle du rêve... C'est à un art de l'équivoque que nous avons à faire ici, jusqu'à l'étrange de nous reconnaître

comme l'attendu de ces un peu fantômes, assis dans les couloirs au seuil des portes closes, et qui semblent avoir oublié leur clé, espérant que c'est nous qui les leur remettrons. Ghislaine Valadou joue avec les contrastes qui sont le trousseau de nos noces barbares avec le réel, dont sont tissés les rêves... »

Extraits du texte de Gilbert Bourson pour l'exposition « La lumière du couloir était éteinte, quand j'ouvris la porte. » mai 2010

En projet « Des poupées. Cent paroles racontent l'histoire des Femmes de Genevilliers », recueil des récits, et prises de vues, travail mené avec un collectif du droit des Femmes.

Le désir à l'origine

Au-delà de la grossesse, de l'accouchement et de la naissance, qu'en est-il du désir d'enfant ? Désir de la femme ? De l'homme ? Du couple ?

Y a-t-il un âge pour l'émergence de ce désir ? Quelle influence ont nos histoires de vie sur notre sexualité et nos désirs ? Fait-on vraiment un choix ?

Une femme, dans nos sociétés modernes, peut-elle sans être « suspecte » ne pas désirer mettre des enfants au monde ? De nos jours, les inégalités professionnelles et salariales, sans parler des retraites, sont toujours aussi criantes entre les hommes et les femmes. La crise économique pousse les femmes à retourner à la maison. Qu'en est-il de celles qui se retrouvent sans travail et sans revenu après un divorce et un quart de leur existence consacré à leurs enfants ?

La contraception, comme l'interruption volontaire de grossesse, un droit pour les femmes acquies de haute lutte, leur permettent désormais d'avoir le choix du moment et des circonstances de la maternité.

Les techniques de procréation médicale assistée, comme réponse à l'infertilité, le don d'ovocytes, le don de sperme et la gestation pour autrui sont autant de sujets qui nous interpellent. ■

Le sexe, l'amour et les machines

Accompagner les couples face à la difficulté de conception d'un enfant ne se résume pas à dépister les problèmes mécaniques. Cela demande une extrême attention aux complexités humaines.

■ **Louis Velluet**, ancien médecin de famille, psychanalyste

Problèmes difficiles entre tous, les avatars de la lutte contre la stérilité et ceux de la fécondité devraient exiger des médecins une infinie prudence, une infinie patience et une très grande connaissance de la psychologie profonde. Ce n'est malheureusement pas le cas en général.

Il faudrait y joindre encore la sensibilité, la finesse d'approche et d'analyse, toutes qualités que l'on ne peut acquérir et développer qu'avec le temps et une proximité réelle des patients et qui pourtant risquent toujours d'être mises en défaut.

C'est dire que nous abordons un domaine dans lequel le médecin de famille motivé peut tout naturellement s'illustrer, dans la mesure où il dispose de

« Pourquoi faire beaucoup d'enfants et quel est leur devenir sont des questions qui, à notre connaissance, sont rarement posées. »

cet atout qu'est la durée et où il est débarrassé des manipulations réservées à ses confrères spécialisés. L'observation clinique rigoureuse, et individualisée, une des bases indiscutables de la médecine scientifique, reprend ici ses droits et trouve son efficacité.

Il est bon de souligner une réalité que le monde médical a un peu perdu de vue : le fait qu'en matière de trouble de la conception, les causes mécaniques et les dysfonctionnements majeurs sont loin d'être les plus nombreux, et que les incapacités sont liées pour l'essentiel à des processus fonctionnels, quand ce n'est pas un exercice impropre de la sexualité ou à une maldonne relationnelle.

La démarche cohérente, pour le praticien qui entreprend une enquête demandée par un couple qui s'inquiète, consiste donc à mener de front le repérage des rares étiologies qui seront du ressort des procédures matérielles et l'étude des paramètres existentiels.

Pour ce qui est du champ particulier, la question préalable à se poser concerne la qualité et la réa-

lité de la relation de couple. Il importe de déceler chez l'un et chez l'autre la présence de facteurs psychologiques ou psychopathologiques entravants, ainsi que de mesurer les forces respectives des déterminants pulsionnels et affectifs, sachant que de leurs équilibres dépend la régulation harmonieuse de la physiologie.

Il ne faut pas se cacher que l'on s'embarque alors, la plupart du temps, pour un voyage difficile et que, dans la majorité des cas, la réponse aux questions posées ne se dégagera qu'au terme d'une plus ou moins longue attente. Celle-ci sera ponctuée parfois d'exams spécialisés, mais il est important que le médecin de famille qui souhaite jouer un rôle ne perde jamais de vue qu'il reste investi de sa responsabilité. Maintenir son attention en éveil lui apportera souvent la satisfaction de voir apparaître, peu à peu ou brutalement, les véritables causes de l'empêchement. Cette satisfaction se doublera parfois du plaisir d'avoir été, dans l'ombre, par son action psychothérapeutique continue, le véritable instigateur du dénouement heureux.

Pénétrer les arcanes des contradictions humaines ne peut, en effet, se faire rapidement. Ainsi que l'a rappelé Lacan, la passion la plus enracinée au cœur des humains est celle de la méconnaissance. Nous avons une tendance certaine à nous illusionner sur ce qui nous concerne le plus intimement et nous ne possédons pas la chance des animaux et leur capacité à se laisser guider par l'instinct dans la bonne direction. Menés par un inconscient sournois, nombre d'entre nous choisissent en toute ignorance un objet d'amour incompatible. Médicaliser sans rien y comprendre ces rencontres décevantes est parfaitement absurde. Parfois, la compatibilité s'établit progressivement, au prix d'un long travail d'appivoisement et de reconnaissance mutuelle. Là encore, forcer la nature et le temps pour obtenir un enfant ne résout pas les contradictions profondes.

Avant de conclure, il est bon de rappeler que l'hyper fécondité, à laquelle nous avons tout juste fait allusion au début, pose également bien des problèmes que l'on élude trop facilement. Pourquoi faire beaucoup d'enfants et quel est leur devenir sont des questions qui, à notre connaissance, sont rarement posées.

Enumérant ces quelques vérités élémentaires, mais essentielles, nous sommes bien conscients de prendre le risque de susciter l'incompréhension de ceux qui préfèrent s'en tenir au comment et ne souhaitent pas aborder – déni ou angoisse ? – le pourquoi. A ceux-là, il serait sans doute cruel de rappeler que la croyance dans la techno-médecine ne dispense pas d'être bouleversé par les courants inconnus qui agitent nos profondeurs. Sans doute serons-nous mal reçus également par

les esprits brillants qui ont choisi d'appliquer leur talent à modifier le jeu spontané de la biologie humaine.

Aux uns et aux autres, il est pourtant indispensable de rappeler que la plasticité du vivant est telle qu'il n'est pas plus possible de prévoir les surprises qu'elle nous réserve régulièrement dans le quotidien que celles qu'elle organisera dans l'avenir.

Nous sommes certains, quant à nous, que l'immense majorité de nos confrères conscients d'œuvrer pour la vie, mais en respectant ses détours, partagera avec nous le sentiment que la sexualité humaine, point de perfection de l'évolution, doit bénéficier, quels que soient les progrès scientifiques, d'un extrême respect et conserver la part de mystère et d'incertitude qui a fait sa force jusqu'à ce jour. ■

Les prunelles de mes yeux

Marie-Odile Herter, secrétaire de rédaction

Un enfant, c'était évident. Plusieurs, peut-être. Un enfant unique ? Pas question. Et l'option père était obligatoire. Je suis fleur bleue, un enfant est le résultat d'un amour partagé. Et puis tout assumer toute seule, encore une fois pas question. Ce serait une famille ou rien. J'ai eu de quoi satisfaire mes instincts maternels : un frère de onze ans mon cadet (c'est malheureux pour lui), du baby-sitting, une filleule, un neveu et une nièce, une seconde filleule, les enfants d'amis. Le père a mis du temps à arriver, je n'y croyais plus. Nous avons profité de nous puis enfin, l'enfant tant attendu. Un enfant de « vieux », voilà ce que ce serait. La société actuelle l'accepte et puis, nous tâcherons de rester jeunes, pour lui. Grossesse idéale, une légère rétention d'eau vers la fin, un peu d'aide des forceps car Monsieur regardait la lune au lieu de regarder le sol... Il grandit, nous assumons notre âge et les nuits entrecoupées puis courtes. Et là, l'envie du 2^e arrive. Ce serait peut-être une fille ? Peu importe, ils seront deux. Il se fait attendre, impatience, inquiétude, angoisse, examens, abandon de l'idée que cela se fera naturellement. Et me voilà enceinte, naturellement ! Deuxième période de joie totale et de détachement du monde réel. Même grossesse, un accouchement parfait malgré le fait que Monsieur, également, regardait la lune... j'ai fait soit des rêveurs, soit des têtus. L'avenir le dira... Deux garçons, une chose est sûre, je vais éviter le difficile rapport mère-fille. Et je fais tout pour me montrer maternelle, exprimer mon amour dans les paroles comme dans les gestes, ne pas reproduire...

Est-ce que je regrette d'avoir attendu ? Non. Était-ce ce que j'attendais ? Pas vraiment, c'est plus fort encore. Les enfants sont une lutte et une joie au quotidien. Nous sommes loin de l'image d'Epinal, c'est parfois très dur, mais tellement enrichissant. Et ils nous forcent à rester jeunes, entre les héros télévisuels et livresques, les blagues de récré, les immenses joies d'un rien et les immenses peines dont on ne mesure pas la portée à notre niveau d'adulte... Je les regarde jouer, je les regarde dormir, parfois j'en pleure d'émotion.

Ils seront deux et pas plus. Décision de parents. Et si jamais je retombais enceinte ? Je considère l'avortement comme un droit fondamental et une liberté pour la femme. Mais si je devais, aurais-je le courage ? J'espère ne pas avoir à faire ce choix. ■

Féminisme ou maternalisme

§Femme, §Condition féminine
§Grossesse, §Maternité

Faut-il que la lutte féministe soit faite sous l'étiquette de mère et brandisse l'étendard de la maternité ? Ou vaut-il mieux se libérer de l'idéologie maternelle pour s'émanciper ?

■ Anne-Vincent Buffault, historienne

Il est intéressant de reprendre historiquement cette question. En effet, les premiers développements du féminisme comme mouvement social né au XIX^e siècle se sont appuyés sur la mère, la conjugalité et la complémentarité des sexes pour prendre leur envol. Faut-il y voir simplement le reflet de la condition des premières féministes, petites ou grandes bourgeoises prisonnières de leur rôle social d'épouse, de mère et de maîtresse de maison ? La maternité semble tout à la fois un concentré de la condition féminine et le fer de lance stratégique pour conquérir des droits et formuler des demandes sociales¹.

Conquérir des droits sociaux

Le féminisme, très divers dans ses inspirations, semble relativement accordé sur la conquête des droits sociaux pour les mères. Sur le plan du droit du travail, le débat est plus complexe. Les féministes, qu'elles défendent les droits civils (divorce, autorité maritale) ou politiques (suffrage), entretiennent des relations tumultueuses avec le mouvement ouvrier et socialiste qui considère les femmes comme les concurrentes des hommes sur le plan salarial et renâcle à soutenir leurs droits. Dès 1872, au congrès ouvrier de Marseille, Hubertine Auclert demande de rétribuer l'activité maternelle par un salaire ; c'est la première déclaration féministe dans un congrès ouvrier. Sous la pression des féministes, mais aussi des philanthropes, les parlementaires réglementent le travail des femmes dans l'industrie et proposent un repos avant et après l'accouchement. En 1893, le droit à l'assistance médicale gratuite des mères pauvres est reconnu. La troisième République favorise l'éducation des filles et permet aux femmes d'accéder à de nouvelles professions : les institutrices mariées à des instituteurs sont le fer de lance de l'école Républicaine pour contrecarrer l'influence de l'Église sur les femmes. Le mouvement solidariste sous République radicale tend à pro-

mouvoir les droits sociaux des femmes. La France sera suivie par l'ensemble des pays européens sur ce plan, tandis qu'elle accusera un retard considérable sur l'accès au droit de vote. Cette question ne sera pas traitée ici mais pose le problème du modèle universaliste républicain pour lequel les femmes sont depuis la Révolution mises sous tutelle.

C'est sur un discours de valorisation de la maternité que s'appuient les revendications en matière de droits sociaux et de salaire maternel. Plusieurs féministes en Europe et aux États-Unis, avant la première guerre mondiale, se déclarent en faveur d'une fonction sociale maternelle et demande que le salaire maternel prélevé par l'impôt soit versé directement aux femmes, contrairement aux allocations familiales. Certaines réclament un véritable salaire permanent tandis que d'autres revendiquent une allocation limitée à la période de la « maternité active ». Elles veulent que les femmes accèdent à une certaine autonomie financière et tentent de chiffrer l'apport économique du travail des femmes.

Néo-malthusiens contre natalistes

En 1892, le premier congrès international féministe se réunit à Paris. On entend la voix des néo-malthusiennes qui prônent la grève des ventres. Proches des anarchistes et des syndicalistes révolutionnaires, c'est au nom du refus du nationalisme et du refus de produire de la chair à canon qu'ils refusent de célébrer la maternité. La propagande néo-malthusienne qui prône la contraception et le droit à l'avortement sera fortement combattue après guerre pour vaincre le déclin démographique. Mais ces féministes radicales n'en réclament pas moins une reconnaissance du rôle social des mères.

Pourtant, d'une manière générale, féministes et natalistes semblent avoir fait alliance. En France, la maternité est une affaire politique depuis la défaite de 1870 et la saignée de 14-18. Les fémi-

Anne Vincent Buffault

est l'auteure de :

Une histoire de l'amitié,
Éditions Bayard, 2010 ;

L'éclipse de la sensibilité.

*Éléments d'une histoire
de l'indifférence*,

Éditions Parangon, 2009.

Histoire des larmes

XVIII-XIX^e siècles, Éditions

Rivages, Paris 1986 et

2001.

nistes réformistes épousent l'angoisse du déclin démographique. Celles qui revendiquent le suffrage des femmes tentent de rassurer l'opinion en insistant sur l'importance du rôle de mère dans l'identité féminine. Les allocations familiales sont instaurées en 1932, ce qui marque une avancée sociale, mais demeure une politique familiale qui insiste sur le rôle du père sans prendre en considération les revendications des féministes de valoriser le travail économiquement invisible des mères. Elles prônaient une redistribution du revenu dans le couple et n'ont pas été entendues.

Des plus conservatrices aux plus radicales, toutes s'accordent à soutenir les mères pauvres et les filles-mères et s'attachent à remédier à leurs détresses. Les initiatives privées sont relayées par les pouvoirs publics. C'est le puissant ressort du natalisme de l'entre-deux guerre qui explique que les parlementaires vainquent leurs réticences à pénétrer dans les foyers et les usines. C'est aussi l'époque où les femmes accouchent massivement dans des maternités, voyant s'éloigner le spectre des mères mortes en couche au prix d'une médicalisation de la naissance.

Maternalisme ou vie quotidienne des femmes ?

Si la plupart de ces féministes s'accordent pour une reconnaissance de la maternité comme un travail, les divergences entre elles sur les manières d'envisager l'égalité entre les sexes sont grandes. Un féminisme maternel ou maternalisme a-t-il été dominant ou s'agit-il d'un usage rhétorique ou stratégique de la maternité ? Pointe parfois un discours lyrique d'exaltation du rôle maternel, lié à leur expérience de la maternité et du maternage. S'y ajoutent l'exaltation de vertus dite « féminines » et relationnelles : compassion, soucis d'autrui, pacifisme, lesquelles sont supérieures aux valeurs viriles de compétition et d'agressivité. D'autant que beaucoup mettent en avant la mission éducatrice de la mère de famille : elles forment les citoyens de demain. Les mouvements féminins les plus conservateurs, issus des mouvements catholiques, s'appuient sur une conception de la nature féminine et militent pour la protection de la mère au foyer. Elles inspireront fortement la politique familiale dans l'entre-deux guerre. Les féministes protestantes françaises s'accordent sur l'importance du rôle de mère éducatrice dépositaire des vérités morales, mais insistent sur l'émancipation intellectuelle des femmes pour en faire des compagnes de leur mari. Aux Etats-Unis, en 1929, un féminisme conservateur post suffrage milite contre la présence de l'Etat-Providence et prône le recours à la philanthropie privée, s'opposant à un féminisme progressiste qui défendait la responsabilité des Etats pour assister les mères pauvres. Certaines féministes insistent sur la maternité comme travail tandis que d'autres mou-

vements féminins insistent sur la nature féminine et la détermination biologique des femmes. L'idéologie de la maternité se distingue de l'expérience concrète des femmes. Pour conclure, ce ne sont pas les féministes qui ont sacralisé la maternité, réduisant ainsi les femmes à leur fonction maternelle et à leur détermination biologique. Ce sont les Églises qui continuent à sacraliser les femmes en tant que mères et les gouvernements successifs qui ont préféré inciter les femmes à rester à la maison en périodes de crise et développer une politique d'incitation nataliste en laissant aux maris la direction du ménage. Néanmoins, les féministes, jusqu'à la seconde guerre mondiale, cherchent à valoriser socialement le rôle de mère.

« L'absence de désir d'enfant devient un signe de narcissisme. »

Un enfant si je veux

Le mouvement féministe, au cœur de la seconde vague des années 70, a longuement interrogé la maternité et ses effets pour les femmes. Avec la libéralisation de la contraception, avec la loi Neuwirth de 1967 et la légalisation de l'avortement avec la loi Veil, le slogan « Un enfant si je veux, quand je veux », était porté par des militantes pour qui les notions de famille et d'enfantement redevenaient problématiques. Dans la suite des travaux de Simone de Beauvoir, qui bat en brèche le fameux instinct maternel et la répétition maussade des activités domestiques, les possibles horizons de plaisir tirés de la maternité étaient plutôt ignorés au profit de réflexions politiques sur l'oppression conjugale. Si Hélène Cixous, Annie Leclerc et Luce Irigaray s'opposent au discours patriarcal et célèbrent le corps féminin et ses flux, c'est plus pour magnifier la nature et la jouissance féminine à redécouvrir que la maternité en tant que telle.

La maternité consensuelle et l'enfant idéal

Quarante ans après, si la maternité semble largement magnifiée socialement, c'est en termes d'expérience affective. Médiatiquement, la maternité représente encore pour les femmes la réalisation ultime et la source de plaisirs inconditionnels. Elle est l'expérience authentique et euphorisante par excellence, retour aux sources, même si elle n'a jamais été aussi médicalisée. Car c'est paradoxalement quand les femmes ont le choix d'être mère que l'expérience de la maternité devient un passage obligé pour être une femme accomplie et épanouie. L'absence de désir d'enfant devient un signe de narcissisme. Des philosophes féministes néo-naturalistes, comme Sylviane Agacinski, nous expliquent que les femmes seraient par essence plus tolérantes parce qu'elles ont fait l'expérience de porter l'Autre en eux. Antoinette Foulque défend aussi le différencialisme des sexes et le rôle central de la maternité.

.../...

.../... Et on n'insiste plus guère sur la charge qu'elle constitue pour les femmes : pourtant, la gestion et l'entretien de la famille n'ont pas changé de main, ou peu. Ils incombent toujours bien plus largement aux femmes qu'aux hommes, aux mères qu'aux pères.

Il reste à repenser publiquement et politiquement la maternité, qui touche à l'indépendance des femmes et à leur émancipation. L'inconvénient d'être mère dans un parcours social et professionnel est patent : emploi précaire, temps de travail morcelé, retraite insuffisante touchent majoritairement les femmes qui ont eu des

enfants. Pour les plus privilégiées, la maternité demeure un obstacle au développement de leur carrière professionnelle ou politique. Enfin, la garde de leurs enfants est bien souvent confiée à des femmes du Sud sous-payés et sans reconnaissance. A ce titre, les politiques féministes du « care » remettent en cause les notions d'autonomie en tentant de mettre en avant la sollicitude dont ont besoin les êtres dépendants. Le travail des dispensatrices de cette sollicitude demeure invisible et non reconnu économiquement.

Cette indépendance touche à la liberté de choix des femmes par rapport au corps médical dans leur volonté d'avoir des enfants et de la manière de les mettre au monde. Et pour cela, rester solidaires de celles qui ne désirent pas enfanter et n'enfantent pas. Il s'agit également de pouvoir disposer d'un accès inconditionnel à tous moyens de contraception et d'IVG ; de vivre des modes de parentalité de manière égalitaire, quel que soit le sexe ou l'orientation sexuelle ; de trouver des politiques d'accompagnement des familles qui relâchent les pressions normatives et en particulier sur l'injonction à « réussir » son enfant. Le spectre de l'enfant anormal ou difficile et celui de la mauvaise mère hantent

nos sociétés, relayés par un discours psychologique ou comportementaliste omniprésent.

Retour de bâton sur le pouvoir des mères

De ce point de vue, la maternité triomphante et choisie des femmes libérées est aujourd'hui accusée de tous les maux. Cette liberté de choix aurait destitué les pères de leur rôle « symbolique » ce qui, selon les partisans de cette cause, tend à une catastrophe dont l'humanité ne se remettra pas ! Pédiopsychiatres et psychanalystes ne cessent de défendre cette position dans les médias à propos du nom de famille et de la « féminisation » des nouveaux pères.

Venant d'un bord résolument anticonformiste, Marcela Iacub² combat l'ordre procréatif et le privilège exorbitant des femmes sur la conception et la grossesse par rapport au père potentiel. Elle considère que les femmes sont prisonnières de ce privilège et se trouvent, à ce titre, obligées d'assumer les contraintes sociales liées à la fonction parentale. La seule solution pour parvenir à l'égalité : la fabrication des enfants hors du corps maternel : utérus artificiel ou mère porteuse pour tous.

C'est dans cette nouvelle configuration qu'on accuse certaines féministes de maternalisme, sans s'interroger sur les évolutions historiques qui expliquent les différentes positions de femmes sur la maternité, parfois stratégiques, parfois philosophiques et plus généralement proches de la vie quotidienne des femmes, mères ou pas. ■

1. Pour une synthèse des travaux historiques sur la maternité, voir l'excellent article d'Anne Cova dans la revue *Clio*, « Où en est l'histoire de la maternité ? » et l'ensemble du numéro de la revue *Clio, Maternités*, n° 21, 2005.
2. *L'Empire du ventre : Pour une autre histoire de la maternité*, Fayard 2004 et *Penser les droits de la naissance*, PUF, 2002. Marcela Iacub Juriste, chercheur au CNRS, a notamment publié *Le Crime était presque sexuel* (EPEL, 2002), et *Qu'avez-vous fait de la libération sexuelle ?* (Flammarion, 2007).

« Le spectre de l'enfant anormal ou difficile et celui de la mauvaise mère hantent nos sociétés, relayés par un discours psychologique ou comportementaliste omniprésent. »

Le DEA (Désir d'Enfant Abouti)

■ **Milivoj Sabo,**

Je connais Sylvie que, pour différentes raisons, j'aime beaucoup. Elle m'a demandé de lui faire un enfant-article parce que je suis un homme. Elle connaît mes expériences antérieures et croit, dans sa naïveté féminine, qu'il suffit de demander avec le sourire pour qu'une plume alerte se dresse et couche sur le papier ce genre de demande. Je rappelle, dans la mesure où chaque mot ici à sa place, qu'elle veut que je parle du désir d'enfant au masculin. L'étendue des interrogations que sa sollicitation suscite me donne envie, malgré mon affection, de la plaquer avec son sujet sur les bras. Je n'écris pas sur commande parce que cela me pompe beaucoup d'énergie pour métaboliser une demande extérieure en désir intime. Dans ces cas, cela passe souvent par une stimulation narcissique intense ; mais comme elle peut faire la demande à quelqu'un d'autre de moins créatif que moi, je ne peux faillir... et oui, « Parlez-moi de moi, il n'y a que ça qui m'intéresse » est un air qui traverse les genres.

Pour parler de désir, il faut partir du corps qui en est le sujet et l'objet. Le désir s'inscrit dans le corps et je n'ai pas pu lire dans le mien, dans les jeux comme dans les contes à rêver, le moindre désir d'enfant. Très tôt, le petit bout de chair qui dépasse, le bâton magique de Merlin, l'épée d'Arthur, ce n'étaient que grains de puissance et de plaisir. Mais jamais au grand jamais, même en jouant au papa et à la maman, je ne me suis imaginé « en cloque ».

L'asymétrie du monde était inscrite dans cette évidence du sens ; c'est les mères qui font les enfants. L'origine du monde est là, connue mais déniée, le temps au garçon de se déniaiser. Les filles, toujours un temps d'avance, n'ont pas besoin de se rêver maître de l'univers et le petit doigt sur la

gâchette ne sert qu'à tuer cette évidence. Il n'y a pas d'instinct de mort, mais l'angoisse d'impuissance, le renversement de la preuve. Pour l'homme que je suis, un enfant n'est la preuve de rien, et cette preuve ne repose que sur une parole, celle de la mère encore une fois.

Les mères font les enfants, dans le corps et du ventre monte le désir et se projette par le regard maternel sur l'enfant.

Ma mère m'a pourtant toujours dit que c'est mon père qui voulait un enfant, mais je ne l'ai jamais vraiment crue. Garçon ou fille, nous sommes les enfants de Marie, même Dieu a une mère. Il faut deux yeux pour un regard, deux sexes pour un amour, il faut être vu pour être unique, l'unique objet, de l'amour ou du dépit amoureux.

Que dit Laïos à Œdipe sinon d'aller jouer ailleurs, il avait l'œil sur lui, plutôt mauvais. Une réaction très primaire, qui n'a rien à voir avec les peurs archaïques de Vampires, d'Alien et de monstre à la Frankenstein des mères potentielles. C'est pour elles qu'on invente les machines à bébé et les mères porteuses.

Mais probablement que Laïos n'a jamais tenu son fils dans ses bras, n'a pas croisé les yeux d'Œdipe sous le regard de Jocaste, n'a jamais soulagé le rôle de ce bébé sorti comme lui du ventre d'un monde de volupté. Il aurait su, alors, que tout ce que pouvait lui faire cette progéniture, c'est de lui pisser déçu sans vergogne. Mais là, c'est une autre question qui n'a qu'un rapport éloigné avec le désir puisqu'il s'agit de preuve d'amour, de confiance de paternité, d'inscription d'une filiation.

Voilà Sylvie, je t'abandonne cet enfant-textuel, tu sauras le nourrir et lui donner chance de vie. Je me retire « lâchement » comme accusent les filles mères, désirées ou pas. ■

Lysistrata

■ **Philippe Lorrain,** médecin généraliste

Je nous revois, à un stand, au dernier rang, écoutant l'intervention d'une jeune femme énergique, discours véhément contre la pollution radionucléaire engageant tant de générations à venir. Et qui scande le mot d'ordre : « la grève des ventres »...

Nous nous sommes éclipsés. Au solstice, il n'était plus temps pour Elle de faire grève. Ni pour moi, un peu honteux, de surseoir à l'aventure. Lui, encore à naître, a décidé de ne venir au monde que le 1^{er} juillet, trois jours après le terme. ■

C'était vers le 20 juin, je me trouvais avec Elle à une « Fête du soleil ». Un grand rassemblement écolo à la terrasse de l'Observatoire, c'était assez baba, militant. Il faisait beau, c'était sympathique. C'était la fin des seventies : bien sûr anti-nucléaire.

La boîte à outils

«Mettre au monde » ; vaste débat... Ce mécanisme biologique où les hommes délèguent le rôle principal aux femmes avec un soulagement certain (et une jalousie secrète, parfois...), ne se limite pas au dépôt du précieux colis dans la joie et la bonne humeur...

SPère, SParentalité

I Didier Morisot, infirmier psychiatrique

En tant qu'individu mâle (espèce fragile gravitant à la périphérie des maternités...), je tiens en effet à souligner le rôle éminent joué par la minorité ethnique à laquelle j'appartiens. Car le processus est complexe ; quitter l'hôpital, un bébé sous le bras, c'est comme sortir d'Ikea avec une armoire en kit : tout reste à faire. Le mode d'emploi est écrit en chinois et aucune école ne vous apprend à sortir du cambouis...

Bref, Poney et Ponette ont du boulot, une fois rentrés dans leur chaumière. Ceci dit, ils ne bossent pas forcément au même rythme. Car si madame est tombée enceinte très méthodiquement, de son côté monsieur a besoin de tomber sur le cul pour réaliser ce qui lui arrive... Nom de Dieu, je suis responsable d'un môme ! L'outil nécessaire pour « adopter » la petite chose qui fait du bruit, la sortir du virtuel et la « mettre » dans notre monde à nous est de l'ordre du décapsuleur ; rien ne vaut une petite mousse pour faciliter la réflexion. Même qu'il faut bien plusieurs canettes pour aider à imprimer. Les femmes, elles, n'ont pas cette difficulté : grâce à des semaines de nausées et de coups de pied dans le bide, elles ont eu tout le temps de s'y faire. Vraiment, elles en ont de la chance...

Ceci dit, après le décapsuleur, il faut manier le deuxième outil de la panoplie : les ciseaux (notez que dans certains cas pathologiques, une tronçonneuse est plus adaptée...). Un vrai challenge, les copains : couper le cordon, défusionner la mère et l'enfant afin d'ouvrir le gamin au monde extérieur. Wahoo... Mise au monde réciproque, entre nous. Car ses géniteurs découvrent une réalité intérieure insoupçonnée : le joyeux bambin nous introduit guère moins dans la cour des grands. On est devenus des parents, les gars ; ça rigole plus ; bonjour les nuits d'insomnie quand votre enfant va mal, l'anxiété pour une fièvre persistante, les larmes, tout ça tout ça...

Alors que le gros ventre de Ponette avait un petit côté

exotique (vu de l'extérieur), l'apparition de l'alien bouleverse tout ; la petite chose réveille également en nous des mécanismes venus du fin fond de l'âge de pierre. On a beau trinquer dans des verres en cristal et s'essuyer le derrière avec du papier molletonné, l'homme de Cro-Magnon reste en embuscade, à fleur de peau...

La paternité, un putain de numéro d'équilibriste, les amis ; patience, fermeté, pédagogie, tendresse... des machins qu'on ne fréquentait pas forcément jusqu'à présent. Mais un univers de finesse protégé par un monde de brutes. Car « Ça » vous pète facilement à la figure, comme dirait tonton Sigmund ; on a vite fait de se retrouver avec une massue et une peau de bête pour protéger la grotte familiale menacée par les prédateurs.

« On est devenus des parents, les gars ; ça rigole plus. »

En attendant, les aliens ont du boulot, des étapes à franchir. Le complexe d'Œdipe, par exemple, un classique du genre : trouver sa place dans l'univers sexuel, affectif... Car,

avant de prendre son père pour un gros naze et de se disputer les mecs avec ses copines, la petite fille n'a d'yeux que pour son papa chéri d'amour...

Pour les garçons, le regard constructif du père est de nature différente : il aura à cœur d'introduire son fils dans le monde adulte en accompagnant celui-ci dans sa découverte de l'altérité (féminine en particulier), et en partageant avec lui des moments privilégiés entre hommes... « Ah, tu t'es encore ramassé un râteau... ? Laisse tomber, garçon, et viens voir le match... »

Ensuite, on peut espérer un peu d'accalmie avant de bénéficier du troisième (et dernier) outil de la panoplie. Le premier c'était pour la petite mousse, celui-ci c'est pour la mise en bière. Je veux parler du goupillon ; le machin qui aide à vous mettre dans un monde meilleur.

Car dans ce processus graduel et subtil qu'est la mise au monde, c'est comme sur les canettes de blonde : il y a aussi une date de péremption... ■

J'ai seize ans et je veux un enfant

■ **Elisabeth Testier**, médecin

Anaïs, 16 ans, a un parcours de vie chaotique. A 8 ans, elle est placée en foyer suite à des conflits familiaux et des problèmes d'inceste.

Anaïs est rebelle, elle ira de foyer en foyer. Sa mère est atteinte d'un cancer du sein et décède quand elle a 13 ans. De ce jour, Anaïs dit ne plus compter que sur elle-même, qu'elle doit se débrouiller seule.

Cela fait un mois et demi qu'elle connaît son copain quand elle apprend sa grossesse. Elle est très heureuse. Elle voulait un bébé.

Sa sœur a bien essayé de l'influencer pour qu'elle ne garde pas sa grossesse, mais Anaïs est sûre d'elle. C'est son choix. « Ce qui me plaisait le plus dans le fait d'être enceinte, c'était de savoir que j'allais être maman ». Parce que depuis que sa mère est décédée, Anaïs rêve d'être maman, de fonder la famille qu'elle n'a plus. Pendant la grossesse, les éducateurs du foyer sont

très présents. D'ailleurs, Anaïs trouve qu'elle s'entend beaucoup mieux avec eux, qu'ils l'écoutent. Les autres filles du foyer l'envient, elle se sent à part, différente et cela lui plaît.

Elle est fière d'avoir mis sa fille au monde.

Toutes les enquêtes montrent, comme dans le cas d'Anaïs, qu'un grand nombre de jeunes mères mineures ont souffert dans leur enfance de conditions de vie difficiles et de mauvaises relations avec leurs parents. La grossesse permet alors à la jeune fille de se valoriser, d'obtenir un statut, une fonction sociale et lui procure un revenu mensuel (RSA). L'enfant vient alors compenser les angoisses dépressives et la sensation d'abandon.

La grossesse à l'adolescence peut donc devenir une stratégie d'adaptation afin d'être enfin quelqu'un. ■

J'aime faire des IVG

■ **Martine Lalande**, médecin généraliste

Ma copine Josette vient de la campagne, au début elle était travailleuse familiale. Elle allait chez des femmes qui n'avaient pas le temps de revoir leurs règles, avec des nichées de six à dix enfants, souvent dans la misère, débordées, épuisées avant l'âge. Puis elle est venue à Paris faire ses études d'infirmière. Elle travaille depuis trente ans dans un centre d'interruption volontaire de grossesse. Elle accueille les femmes, les conseille, les guide, les maternelles, les « cadre » parfois quand elle trouve qu'elles n'assument pas. Elle les accompagne

pendant l'intervention. Après chaque aspiration, elle pense (parfois tout haut, auprès de nous, ses collègues) : « Ouf ! encore un qui ne souffrira pas... » et ainsi, sans en parler à la femme, nous fait part de son soulagement. Hier, à la manifestation pour les centres d'IVG devant l'Assistance Publique de Paris, elle disait au journaliste : « J'aime vraiment faire des IVG, cela rend tellement service aux femmes, j'aime quand elles repartent légères, contentes, parfois après elles nous apportent des chocolats... » ■

Excuse-moi

■ **Martine Lalande**, médecin généraliste

Amina, qui a quitté le Congo il y a deux ans pour la France, vient d'apprendre qu'elle est porteuse du virus du Sida, alors qu'elle est enceinte de deux mois. Elle consulte au centre d'IVG, effondrée, malheureuse : « J'ai déjà deux enfants qui vont bien, celui-là n'était pas prévu, mais j'étais contente d'être enceinte, maintenant que je sais que j'ai le virus du Sida, je ne peux pas garder la grossesse, c'est trop compliqué. » On parle longtemps, elle est décidée, mais encore sous le choc de l'annonce. Le jour de l'IVG, elle semble plus calme,

réaffirme qu'elle est déterminée à renoncer à cette grossesse, son conjoint aussi est d'accord. Juste avant l'intervention, elle reste un moment assise au bord de la table, et dit : « J'ai fait un rêve. » « J'étais dans une pièce, ma mère était dans la chambre à côté, je changeais mon enfant – celui que j'ai dans le ventre, là – et je lui disais : « Excuse-moi, mon bébé, je ne peux pas te garder. » Cela m'a soulagée ». En effet, elle semble sereine, l'intervention se passe très facilement, ensuite elle est calme et nous quitte apaisée. ■

Histoire de disposer de sa vie

§Grossesse
§Droit des femmes

Dès la haute antiquité, les femmes ont tenté de limiter leurs maternités. L'ignorance de l'anatomie et de la physiologie a laissé longtemps une efficacité très variable aux remèdes et manœuvres. L'infanticide et l'abandon ont été, aussi, avec l'avortement des réponses à l'échelle de l'humanité.

■ **Odile Montazeau**, sage-femme enseignante

Les résultats de la DREES¹ confirment que les chiffres des IVG en France baissent peu : 206 000 en 2005. Pour 1000 femmes de 15 à 49 ans, 14,3 ont recours à l'IVG, et ceci malgré le développement de la contraception d'urgence.

Dans le monde, chaque année, 80 millions de femmes sont confrontées à une grossesse non désirée ; 45 millions ont recours à une IVG. Par contre, 97 % des avortements à haut risque se pratiquent dans des pays en voie de développement². 13 % de toutes les morts maternelles surviennent à la suite d'avortements à risque, dont presque la moitié en Asie³.

Je fais partie de la génération de sages-femmes qui ont accueilli dans les services des femmes de tout âge, dans des états dramatiques après tentatives d'avortements, coûte que coûte. Elèves sages-femmes, nous étions reléguées aux « basses besognes ». Nous posions des perfusions à des femmes en état de collapsus suite à des hémorragies graves, ou brûlantes de fièvre, tableaux de septicémies dont certaines mouraient. Nous étions bouleversées quand certains « patrons-mandarins » décidaient de la vie des femmes et imposaient à leurs équipes, aux chefs de clinique et internes de renvoyer les femmes à leur domicile après une perfusion de Spasfon® pour arrêter les contractions utérines de la fausse couche « présumée ». Elles revenaient dans des états dramatiques quelques jours plus tard, ayant tenté d'autres techniques abortives clandestines en mettant leurs jours en danger. Quelques médecins étaient prêts à transgresser la loi (1920) contre finances ; ainsi, pour une somme d'argent représentant plusieurs mois de SMIG, celles qui pouvaient payer avortaient en France ou en clinique en Suisse... D'autres médecins humanistes prenaient leurs responsabilités.

Deux femmes de mon âge, mortes des suites d'un

avortement clandestin pendant mes études, m'ont chevillé au corps la certitude qu'une femme déterminée à mettre fin à une grossesse « impensable » le ferait au prix de sa vie.

Les écrits le confirment. En 1939, les docteurs Lévy-Solal et Sureau écrivaient qu'il fallait compter, en France, une moyenne de 30 000 décès annuels pour 500 000 avortements clandestins. En 1947, M. Legouis, porte-parole du ministère de la Santé Publique estime à 20 000 par an le nombre de morts consécutives à des avortements. Le bulletin de la Société de Médecine Légale en donnait 60 000, chiffres extirpés des archives par Xavière Gauthier.

Dans les années 70, avant la loi de 1975, 300 à 500 décès annuels étaient dénombrés pour 500 à 800 000 avortements clandestins, chiffres approximatifs, faisant consensus. Un formidable mouvement social va, à l'initiative des femmes militantes, renverser l'opinion publique en faveur de l'avortement médicalisé, en dénonçant l'hypocrisie autour de l'avortement clandestin. Le 5 avril 1971 le *Nouvel Observateur* publie « l'Appel des 343 femmes » qui ont le courage de signer le manifeste « Je me suis fait avorter », défiant ainsi la loi de 1920 criminalisant l'avortement. Ce manifeste est une vraie bombe... Le lendemain, *Le Monde* consacre une pleine page à l'évènement. Il restera le manifeste « des 343 salopes ». Le 8 novembre 1972, le tribunal de Bobigny relaxe une jeune fille de 17 ans inculpée pour avoir avorté après un viol. Gisèle Halimi est son avocate et fondatrice de l'association « Choisir ». Dans la défense, elle sollicite, pour témoigner à la barre comme témoin, le Professeur Milliez d'autorité reconnue, humaniste chrétien, ce dernier va témoigner avoir secouru des femmes acculées à l'avortement clandestin.

Le Conseil de l'Ordre des Médecins le désap-

prouve : « L'avortement est un mal. La morale traditionnelle le réprouve, et la morale médicale, au nom de la vie humaine, interdit aux médecins de pratiquer des avortements » (bulletin de l'Ordre de mars 1973). La vie de l'embryon pèse donc plus dans la balance de la morale médicale que la vie de ces 500 femmes mourant chaque année. Sauf, bien sûr, la vie de celles qui peuvent payer certains médecins inscrits à l'Ordre... Marc Oraison, chirurgien devenu prêtre, cherche à comprendre le Pr Milliez, qui n'est pas un « gauchiste farfelu » ; il fait un constat : « La médecine est au service des gens et non le contraire. Il me semble, dès lors, que l'Ordre des médecins déborde ici les limites de sa fonction ». Toujours en 1973, c'est au tour de 331 médecins de déclarer avoir pratiqué l'avortement. Parmi eux, nombreux auront leur carrière hospitalière brisée pour cette déclaration (le Pr Paul Milliez se verra refuser l'entrée à l'académie de médecine pour son témoignage au procès de Bobigny)... Certains médecins signataires du manifeste vont apprendre aux militantes, dans le cadre du MLAC (Mouvement de libéralisation de l'avortement et de la contraception), à pratiquer la méthode Karman (Karman est un psychiatre américain en mission, dans le conflit Pakistan/Inde/Bengladesh, pour traiter les femmes enceintes présentant des troubles psychiatriques graves. Celles-ci mettaient fin à leurs jours à la suite de viols « collectifs » par l'armée. Le Dr Karman a inventé l'aspiration – avortement pour secourir ces femmes ayant perdu le sens de la vie avec « leur honneur »).

Dans le cadre de cette lutte sociale, le rapport de forces bascule en faveur des femmes. Le 21 décembre 1974, au terme de débats houleux, M^{me} Veil entraîne la chambre parlementaire à suspendre, dans certaines conditions, pour cinq ans, l'article 317 du Code pénal, criminalisant l'avortement depuis 1920... La Loi Veil est promulguée le 17 janvier 1975. Le texte est précis ; dans l'article 1, il stipule : « La loi garantit le respect de tout être humain dès le commencement de la vie. Il ne saurait être porté atteinte à ce principe qu'en cas de nécessité et selon les conditions définies par la présente loi... »

Au terme d'un mouvement social, à l'initiative des femmes militantes, la loi Veil réglait un problème de santé publique ancestral.

Une loi est la traduction dans les textes d'un rapport de forces à un moment donné, dans une société donnée. La loi fut reconduite en 1979.

La maîtrise de la fécondité est le résultat d'une histoire récente, une victoire sur les idées reçues, archaïques et rétrogrades qui pendant des siècles ont maintenu les femmes dans la fatalité des grossesses, de la puberté à la ménopause.

Il semble pertinent de rappeler que la reconnaissance des droits des femmes à disposer de leur corps est un acquis susceptible à tout moment

d'être remis en question. Cette crainte se justifie d'autant plus en période de choix politiques de restrictions budgétaires dans le secteur de la santé. Une vigilance permanente pour le respect de ces droits et l'application de la loi de 2001, modifiant la loi Veil de 75, s'impose. Le désengagement actuel d'un certain nombre d'hôpitaux dans la régulation des naissances, mission de service public qui leur est confiée, illustre malheureusement ce fragile équilibre.

Les opposants à l'IVG changent de stratégie. Les commandos « musclés » des années 1990, neutralisés en partie par la loi Neiertz (1993 sanctionnant le délit d'entrave) ont disparu, laissant place à un militantisme subtil et très efficace⁴. Depuis 2005, les associations anti-IVG regroupées dans un collectif ont tissé une « toile » dense, aux multiples facettes sur Internet, créant de nouveaux sites pour piéger les femmes en détresse. Certaines sages-femmes s'y sont laissées prendre en signant la pétition du Collectif Sages-Femmes de demain. N'ont-elles pas voulu réfléchir sur leur métier en prise avec la génitalité, la sexualité, en réduisant la femme à sa seule fonction reproductrice ? N'oublions pas que les femmes ayant connu le risque de mort par avortement clandestin, avant la loi Veil, vivaient l'IVG comme une réelle libération, ce sentiment l'emportant sur d'autres considérations, le mouvement social résonnait encore. Pour autant, l'avortement n'a jamais été anodin. Depuis plus de dix ans, l'IVG est devenu un drame intime, réglé dans le silence pour la plupart des femmes, parfois dans la solitude. La confrontation à l'IVG est l'occasion, quelquefois unique, pour une femme de s'interroger et de se positionner sur sa place de femme dans son couple et dans la société, sur le sens qu'elle donne à sa relation et à son avenir. Ce choix de sa vie requiert la même considération que celui de mener à terme une grossesse. Ce vécu contemporain de l'IVG peut sembler paradoxal si on oublie le contexte de crise des repères, délitement social et individualisme prégnant où les femmes, comme les hommes, sont renvoyés à leur seule responsabilité individuelle pour faire des choix parfois difficiles. Par ailleurs, nous devons rester conscients de l'inégalité dans l'accès aux soins, et de la disparité entre les régions sur notre territoire. ■

« Depuis plus de dix ans, l'IVG est devenu un drame intime, réglé dans le silence pour la plupart des femmes, parfois dans la solitude. »

- 1. DRESS (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) N° 624, février 2008.
- 2. *The Lancet*, "Sexual and Reproductive Health Series", Londres, octobre 2006.
- 3. OMS : "Unsafe abortion", Genève, 2004.
- 4. Venner Fiammetta (Historienne), Congrès de l'ANCIC, novembre 2009.

Corps en miettes

Dans son ouvrage *Corps en miettes*, Sylviane Agacinski essaye de montrer à ceux qui s'interrogent « des mères porteuses, pourquoi pas ? », que derrière les mots et les phrases se cache la transformation d'une femme en un outil vivant.

§Femme, §Condition féminine
§Gestation

■ **Sylvie Cognard**, médecin généraliste

Dès lors qu'ils engagent des tiers, les « progrès » biotechnologiques et médicaux ont leurs revers redoutables : l'exploitation du corps d'autrui. Explorons le cercle vicieux dans lequel sont prises l'offre et la demande d'enfants. D'un côté, l'offre de faire des bébés « autrement » rend la stérilité plus intolérable que jamais et fait exploser la demande d'enfants. De l'autre, cette demande pousse la médecine vers la fabrication et stimule un marché procréatif de plus en plus prospère.

Toute l'ambiguïté de la médecine procréative tient au fait qu'elle vient au secours d'un désir qui semble échouer (l'enfant qui n'arrive pas), mais en laissant tomber la question même du désir, elle prend en charge des opérations « biologiques » qui nient le désir et les relations humaines permettant à un enfant d'arriver, à un espoir d'enfant de se dessiner. C'est pourtant souvent du côté du désir sexuel qu'il faudrait aller voir, mais à quoi bon, puisque la fécondation artificielle n'a plus besoin de la sexualité. Exit le désir... Désexualisée la procréation... La médecine procréative intervient à l'écart du désir charnel, en s'occupant de nos cellules, elle se charge de se substituer à lui. La commande technologique d'un enfant constitue un saut hors du désir de l'autre dans lequel l'enfant se trouve habituellement enveloppé, qu'il ait été voulu ou pas. L'imaginaire biotechnologique nourrit ainsi l'idée d'un enfant de confection, qu'il n'est plus nécessaire d'attendre, mais qu'il suffit de « fabriquer ».

Comment convaincre les femmes qu'une grossesse, après tout, est un service comme un autre ? On les prend par les sentiments : générosité, don, dévouement, aide... Et, couronnement de cette idéologie caritative, on insiste sur un motif impardonnable, celui de porter secours à d'autres femmes en détresse. « Gestation pour autrui », ce nom fait entrer dans nos cerveaux le principe de ce nouveau métier, praticable à temps partiel et en restant chez soi. Le choix des mots est révélateur, symptôme d'un malaise et de choses à cacher. L'expression « mère porteuse » rapprochait de

façon déplaisante la maternité humaine d'un vocabulaire à connotation vétérinaire. L'usage de l'expression mère « gestationnelle » relève lui aussi d'une ruse rhétorique qui contribue à secondariser la femme portant un enfant, pour en faire un « sac », un logement temporaire, simple entrepôt où stocker l'enfant conçu par d'autres qui en attendront la livraison. Le terme de gestation permet d'occulter l'accouchement, moment de l'enfantement au sens strict, événement crucial pour l'enfant, puisqu'il s'agit de sa naissance, moment dangereux pour la mère. On préfère réduire symboliquement leur rôle à la seule gestation et ne parler ni de l'accouchement ni de la naissance : ne pas se demander si l'enfant se présente bien ou non, s'il va falloir utiliser les forceps, une anesthésie ou une césarienne. La naissance s'évanouit sous le sigle abstrait et aseptisé de la « GPA » comme si une femme pouvait porter un enfant sans avoir aussi à le mettre au monde. Cette forme d'hypocrisie verbale contribue à effacer le fait que c'est un enfant qui est ainsi donné. Comme il est impossible de soutenir juridiquement le principe du don d'un enfant, on tente de suggérer qu'une gestation peut se « donner » séparément, toute seule, ce qui en fait une sorte de travail. Le succès de la formule GPA vient enfin du mot « autrui », qui confère une dimension altruiste et morale au « service » rendu par la location du ventre, paré de l'aura du dévouement et du cœur. Mais demander à une femme d'enfanter à la place d'une autre signifie qu'elle doit vivre neuf mois, et vingt-quatre heures sur vingt-quatre, en faisant abstraction de sa propre existence corporelle et morale. Elle doit transformer son corps en instrument biologique du désir d'autrui, elle doit vivre au service d'autrui, en coupant son existence de toute signification pour elle-même. Cette déconnexion implique une formidable dépossession de soi.

Il nous faut réfléchir sur les formes de servitude qui portent atteinte à la liberté de la personne et à la dignité de son corps. Les aspirations meurtries ne se guérissent pas par tous les moyens. L'usage d'une

Condensé de l'ouvrage
Corps en miettes de
Sylviane Agacinski, qui
nous a permis d'en
publier quelques extraits.
Nous l'en remercions
chaleureusement.

personne n'est pas une médication possible, le corps d'une femme n'est pas à louer, un bébé ne peut être ni donné ni vendu. La question n'est donc pas de savoir si l'on doit empêcher des hommes et des femmes de procréer, ce qu'ils ont toujours fait sans rien demander à personne, mais de demander comment, avec le corps de qui, la médecine est censée répondre au désir d'enfant. La seule question qui vaille est de savoir s'il est conforme à notre conception de l'être humain d'utiliser des femmes comme couveuses d'embryon. La crise économique, avec l'extension de la misère et du chômage, risque d'amplifier résignation et nihilisme. En devenant l'objet d'un travail, le corps humain fournit la matière première des produits biotechnologiques, et ses fragments deviennent par là même des biens qui peuvent circuler – se donner, se vendre, voire se voler. Dans la gestion de l'industrie procréative, il s'agit de fabrication d'embryons et de production d'enfants à la demande, faisant appel à la générosité – et à la misère – des donneurs pour développer un marché très lucratif. Le Baby Business prospère grâce à des « matières premières » qu'il faut extraire de corps vivants. La dignité n'est pas une valeur morale. Vivre dignement commence par la satisfaction des besoins élémentaires propres aux êtres vivants. Vivre dans la crainte ou la faim, c'est rechercher tous les moyens d'en sortir et la morale est un luxe pour ceux qui sont dans le besoin. Inversement, le renoncement moral à l'estime de soi peut conduire à accepter de sacrifier son intégrité physique. Si la liberté morale d'une personne est sans équivalent et sans prix, elle ne peut ni s'acheter ni se vendre, et il en va de même de son corps. Ma propre dignité m'interdit aussi bien de me laisser corrompre moralement (de me laisser acheter) que de me laisser dégrader physiquement, par exemple en traitant mon corps comme une chose ou un bien marchand. Dans des sociétés dominées par la terreur ou par l'argent, personne n'est à l'abri de la corruption. De même, « dans un contexte d'extrême pauvreté, le besoin d'argent détourne des valeurs humaines les plus fondamentales » (voir le témoignage de Durga Ghimire, présidente de ABC-Népal, dans *Le Livre noir de la prostitution, op. cit.*, p. 91). L'opinion privilégie la puissance technique et la demande individuelle. Certaines techniques permettent de confectionner des enfants, et il y a des individus qui « demandent » à utiliser ces moyens. On entend parfois dire que si une technique existe, rien ne peut empêcher qu'elle soit utilisée, et qu'il n'y a plus qu'à l'« encadrer ». Selon le droit commun, c'est l'accouchement qui fonde la filiation maternelle – en dehors de l'adoption –. Il n'y a donc pas de raison d'attribuer au corps de la femme qui porte un enfant et lui donne naissance un rôle secondaire, ni

« Vivre dans la crainte ou la faim, c'est rechercher tous les moyens d'en sortir et la morale est un luxe pour ceux qui sont dans le besoin. »

de défaire le lien entre la gestation, l'accouchement et la maternité : tout cela forme un tout. Bien des changements signalent une grossesse, bien des risques l'accompagnent. Or, autant ces risques prennent sens dans la vie d'une femme qui veut devenir mère, autant il est imprudent de s'y exposer pour faire un enfant à la place d'une autre et toucher un « dédommagement raisonnable ». On peut espérer que peu de femmes s'engageraient dans un tel marché de dupes, sauf si le chômage persistant ou s'étendant, la location de leur corps leur apparaissait comme un expédient possible.

La maternité pour autrui, lorsqu'elle est légale, consiste à instituer un abandon : la mère doit remettre son enfant à d'autres à la naissance. C'est alors comme si la loi récusait elle-même l'obligation d'assumer la responsabilité d'une vie dont on est l'auteur. Car le fait de porter un enfant et de le mettre au monde crée un devoir élémentaire à son égard. La relation à la progéniture crée un type de respon-

sabilité, simple, non contractuel et non réciproque, qui pourrait être, comme l'écrit Hans Jonas, l'« archétype de tout agir responsable ». Or c'est le sentiment même de la responsabilité devant le nouveau-né que la maternité pour autrui doit empêcher a priori. Il y a là une violence morale exercée sur la femme, dessaisie de sentiments communs et spontanés. Comme la prostitution retire la sexualité à la vie intime pour la transformer en service disponible sur le marché, l'usage d'une femme comme gest-

tratrice retire la maternité à la vie personnelle et privée pour la transformer en tâche, en service, il en fait une aide à la personne. Ainsi, la femme dont le ventre est devenu fonctionnel atteint un niveau extrême d'aliénation. Elle se trouve dépossédée du peu de vie individuelle qui reste en principe au travailleur le plus démuné – puisque son existence organique ne lui appartient plus ?

Le fruit d'une grossesse est un enfant ; c'est lui qui est désiré et qui constitue l'enjeu d'une « convention » de gestation, et c'est lui que la mère porteuse donne aux « bénéficiaires » de l'opération. L'intérêt de l'enfant ne pèse pas lourd dans la balance : le problème est promptement expédié grâce à l'argument, imparable, du désir. Il pourrait demander dans quelle lignée d'hommes et de femmes il s'inscrit et s'inquiéter d'avoir été l'objet d'un commerce. L'anthropologue Maurice Godelier, sans se prononcer sur le principe en soi, est le seul à soulever la question des effets qu'une gestation pour autrui peut provoquer sur les enfants d'une mère porteuse (ceux qu'elle a elle-même). Il rapporte des cas où ces enfants s'interrogent : pourraient-ils garder le bébé que porte leur mère, en le rachetant aux futurs parents ? Et eux-mêmes ne pourraient-ils pas à leur tour être un jour ven-

.../...

.../...

.../... dus par leur mère ? Ces questions doivent en effet être posées. L'enfant porté « pour autrui » est inévitablement perçu comme un être échangeable. Un enfant sans prix, mais dont le tarif s'affiche sur les sites Internet des cliniques californiennes, et qui devra assumer d'être né de parents en miettes, mère partielle d'un côté et « paillettes congelées » de l'autre. En fait, l'indemnité n'est que l'habillement d'un prix : ou bien elle est le prix d'un certain produit, et les parents achètent alors un « produit fini », c'est-à-dire le nouveau-né. Ou bien elle est le prix d'un certain temps de travail, et les

parents sont les employeurs de la mère et lui achètent ce « travail ».

La médecine doit-elle vraiment s'installer dans cette logique de la demande d'enfant, comme si elle était vitale, et se mettre au service du consommateur, comme aux Etats-Unis, où la procréation est à la fois une industrie et un marché ? Il faut certainement trouver des moyens d'aider le très petit nombre de femmes qui ne peuvent porter un enfant, mais ce problème médical ne justifie pas de changer la loi et d'ouvrir ainsi la voie à un usage aliénant et mercantile du corps féminin. ■

L'une des formes de la vie

■ **Christiane Vollaire**, philosophe

Elle avait cinq ans. Elle ne comprenait pas du tout qu'on veuille la faire jouer à la poupée.
 Elle avait dix ans. Elle trouvait drôle que sur le journal, chaque jour la même page associe les faire-part de naissance et les avis de décès.
 Elle avait quinze ans. Elle disait qu'il y a bien d'autres choses à faire dans la vie que des enfants. On répondait : « Tu dis ça maintenant ; mais tu verras, plus tard... »
 Elle avait vingt ans. Aucun gynécologue ne voulait, à la « nullipare » qu'elle était, prescrire un stérilet.
 Elle avait vingt-cinq ans. Elle faisait un stage en service de maternité, et on lui demandait si ça ne lui donnait pas envie d'en faire autant.
 Elle avait trente ans. Elle travaillait en service de réanimation, et l'aide-soignante disait : « Tu ne veux pas d'enfants ? Mais qui va t'enterrer quand tu seras morte ? »
 Elle avait quarante ans. Elle dansait de joie à 18 heures, l'heure de son anniversaire, sur la grande place de Dunkerque.
 Elle avait cinquante ans. Elle ne comprenait pas qu'on brandisse comme un spectre la terreur de la ménopause.
 Elle a cinquante-cinq ans et ce très vif sentiment d'aimer avec légèreté. Et, quelque part, le plaisir espiègle d'avoir échappé à l'injonction. ■

Le choix

■ **Emélie Pingon**, chercheuse

L'idée d'échapper au monde sclérosé de sa campagne profonde lui tenait lieu de projet de vie. D'abord en sortir, le reste viendrait en son temps, ou plutôt plus tard si possible. Deuxième d'une fratrie de huit, elle était moyennement motivée pour assurer la relève de sa mère, mais elle avait 19 ans et pas la moitié d'un plomb dans la tête. En ce temps-là, l'avortement n'était pas une mince affaire et la pilule inaccessible ou, du moins, seulement aux très branchées. Enceinte par accident, la question du choix ne se posait déjà plus. Elle fut tentée, puis rebutée par l'avortement dont le vague projet avorta finalement. Elle décida donc de finir ce qu'elle avait commencé et continua de fabriquer cet enfant qui ne tombait pas vraiment bien. Sa franche bonne humeur n'en fut pas entamée et elle décida de faire contre mauvaise fortune bon cœur. Pas du tout souhaité, l'enfant n'en fut pas moins aimé pour autant. Il va très bien merci...
 Les aléas de la vie et la fantaisie plus forte que la raison ont fait que deux ans plus tard, une deuxième grossesse accidentelle vint compléter le sentiment qu'elle n'était décidément pas faite pour prévoir. Ce deuxième « cadeau » de la vie trouva sa place comme le premier. Il va bien aussi. Juste pour dire que ça peut être aussi simple que ça ou alors aussi compliqué que ça. Au choix. ■

Est-il naturel d'enfanter ?

DOSSIER

Enfanter n'est pas un désir universellement partagé, mais c'est l'objet d'un enjeu social lié à l'héritage. Cet enjeu culturel est naturalisé par le droit, qui utilise la norme sexuelle pour légitimer comme phénomène naturel même des procréations médicalement assistées.

§ Naturaliser
§ Désir

■ **Christiane Vollaire**, philosophe

Hypatie, philosophe d'Alexandrie, à la charnière du ^ve siècle de notre ère, est morte violentée et martyrisée... par les chrétiens. Spécialiste d'astronomie, passionnée de philosophie, elle est d'abord marquée, dans l'histoire des idées, comme femme : d'elle, on raconte l'anecdote selon laquelle elle aurait jeté son linge hygiénique à un soupirant en lui demandant si c'était bien cela qu'il désirait en elle.

Ce geste interroge par ce qu'il veut signifier : est-ce un refus de la naturalité féminine, un désir de n'être pas femme ? Ou la mise en évidence de ce à quoi aboutira nécessairement le désir dont elle est l'objet ? Dans l'Antiquité alexandrine, la sexualité est techniquement indissociable de la procréation, et celle-ci signifie la réclusion dans la fonction maternelle.

Or le dispositif actuel, depuis les bouleversements techniques liés au progrès de la contraception, et à la possibilité d'enfanter indépendamment de tout acte sexuel, dissocie radicalement deux désirs : celui de faire l'amour, et celui d'avoir des enfants. Mais cette dissociation, rendue possible à un niveau biotechnologique, demeure dans les mentalités un impensable.

L'abîme des possibles

Un quasi-lynchage médiatique a récemment visé un petit livre de la philosophe Elisabeth Badinter, dont l'affirmation centrale, très simple, était la suivante : « Qu'on le veuille ou non, la maternité n'est plus qu'un aspect important de l'identité féminine, et non plus le facteur nécessaire à l'acquisition du sentiment de plénitude du soi féminin »¹.

Elle interroge ainsi la variété du non-désir d'enfant, non seulement dans ses dimensions raisonnées, mais dans ses dimensions spontanées, tout

aussi naturellement éprouvées que le désir inverse. En montrant que les femmes *childless* (sans enfants) se considèrent dans bien des cas comme *childfree* (libres d'enfants) : « Non seulement elles rejettent l'essence maternelle traditionnelle de la féminité, mais elles se pensent même plus féminines que les femmes épanouies dans leur maternité. Pour les unes, les activités liées à la maternité sont déssexualisantes, et donc déféminisantes. (...) Pour les autres, le désir d'enfant leur est totalement étranger et la notion même d'instinct maternel n'a aucun sens. Pour autant, il serait aberrant de les exclure de la gente féminine, ou de s'en tenir au diagnostic pathologique comme on le faisait encore hier »².

Il serait en effet aberrant de s'en tenir au diagnostic pathologique pour des choix de vie qui, loin d'être pathogènes, apparaissent au contraire à un nombre de moins en moins négligeable de femmes comme vitalisants. Et supposent une déliaison radicale entre désir sexuel et désir d'enfanter. Mais c'est précisément cette déliaison qui demeure, en dépit de toutes les évidences, vertigineusement complexe à penser dans toutes ses conséquences, parce qu'elle ouvre le champ des possibles comme un abîme.

C'est au-dessus de cet abîme, qu'un ouvrage de la juriste Marcela Iacub nous oblige à nous pencher. Il porte un titre très hitchcockien *Le Crime était presque sexuel*. Et un sous-titre moins sexy... *et autres essais de casuistique juridique*. Il montre comment le droit, légiférant sur le domaine de la procréation, est amené à produire non pas des obligations ou des interdits, mais tout simplement des fictions. Dans un certain nombre de cas, le droit ne vise pas à interdire ou à occulter la sexualité, mais au contraire à la produire là même où elle n'a pas eu

.../...

lieu. C'est cette fiction rétroactive qu'elle appelle « un crime parfait ». Si en effet dans un crime ordinaire, le premier fait indubitable est la réalité du meurtre, dans le crime parfait, c'est au contraire celle-ci qui est douteuse, voire parfaitement escamotée.

Et elle montre comment se produit cette fiction dans les juridictions liées à l'Assistance Médicale à la Procréation : « Tout a été prévu selon un plan minutieux et sophistiqué afin que l'enfant né des nouvelles technologies soit rattaché, comme l'effet à sa cause, à un acte sexuel de ses parents, et ce sans qu'aucune trace visible puisse révéler que cet acte n'a jamais eu lieu »³.

Le droit ment délibérément, dit Marcela Iacub, pour rattacher la réalité génétique de la rencontre d'un ovule et d'un spermatozoïde à la fiction biologique d'une rencontre sexuelle. Il ment pour attribuer une causalité naturelle à un acte technique, pour introduire de la naturalité dans un dispositif radicalement technologique.

Naturalité et transmission de l'héritage

Et ceci nous dit à quel point, d'un point de vue juridique, la sexualité est d'autant plus fondamentale qu'elle apparaît comme un garant effectif de la légalité. Autrement dit, d'autant plus nécessaire qu'elle est fondamentalement dissociée de tout rapport au désir. Ce qui intéresse le législateur dans cet escamotage de l'origine technique de la procréation, c'est exclusivement la possibilité de légitimer la filiation, c'est-à-dire la transmission. L'héritage biologique doit s'originer dans la sexualité, parce que c'est celle-ci qui permet d'en tracer les limites et d'en fixer les liens. Et cette fixation des liens est la condition de l'héritage, c'est-à-dire de la transmission des biens. Il faut donc, Marcela Iacub le montre, que cet acte technique puisse seulement concerner un couple susceptible potentiellement de procréer par les voies naturelles, et la loi fait comme si ce potentiel s'était effectivement réalisé, comme si cette pure virtualité s'était en effet actualisée. Seule la fiction d'un acte sexuel permet de cadrer la légitimité d'une filiation.

On retrouve exactement le même principe dans les *Pensées* de Pascal, fragments jetés sur le papier en plein cœur de l'absolutisme monarchique du XVII^e siècle, et publiés à titre posthume. Dans cet ouvrage d'une ironie féroce et d'un pessimisme radicalement violent sur la nature humaine, on trouve ceci au chapitre intitulé « La Justice et la raison des effets » : « Qu'y a-t-il de moins raisonnable que de choisir, pour gouverner un Etat, le premier fils d'une reine ? L'on ne choisit pas pour gouverner un bateau celui des voyageurs qui est

de meilleure maison. Cette loi serait ridicule et injuste ; mais parce qu'ils le sont et le seront toujours, elle

« Il n'y a rien de naturel à aimer son enfant biologique et le rejet, la répulsion, la haine, sont aussi spontanés que l'amour. »

devient raisonnable et juste, car qui choisira-t-on ? Le plus vertueux et le plus habile ? Nous voilà incontinent aux mains, chacun prétend être ce plus vertueux et ce plus habile. Attachons donc cette qualité à quelque chose d'incontestable. C'est le fils aîné du roi ; cela est net, il n'y a point de dispute. La raison ne peut mieux faire, car la guerre civile est le plus grand des maux⁴.

Ce qui rend « incontestable » l'héritage du royaume, c'est l'acte sexuel qui a produit la filiation. Et il faut la certitude que cet acte ait eu lieu entre

le roi et la reine pour que la filiation soit établie. Raison pour laquelle, si le roi peut avoir des bâtards, la reine ne le peut pas : c'est à l'accouchement qu'est proclamé l'héritier, et la virilité du roi garantit l'acte sexuel fécondant à l'origine de la grossesse. Il est roi par sa virilité exercée sur la reine, quelles que soient les preuves qu'il donne par ailleurs de ses préférences sexuelles. Ce que l'historien allemand Ernst Kantorowicz appelait en 1957, dans un ouvrage resté célèbre, *Les deux Corps du roi* : corps physique individualisé, et corps symbolique, dont la filiation garantit la pérennité de l'Etat.

Ce que dit ici Pascal montre bien évidemment que l'exercice du pouvoir n'a rien à voir avec les compétences, mais seulement avec le signe biologique de la filiation, rendu visible par la visibilité de la grossesse et par le spectacle de l'accouchement. L'incontestable politique est un incontestable biologique.

Technique émancipatrice, technique aliénante

Que nous dit cette volonté d'imitation de la nature, sinon l'exigence de naturaliser un processus qui a cessé d'être naturel ? Et que nous dit cette exigence, sinon une tendance permanente à légitimer l'institution par la nature, légitimation dont procède, elle aussi, la naturalisation du désir. Même si les fondements de la psychanalyse ne cessent de nous montrer à quel point le désir est culturellement construit, et l'inconscient, pour reprendre la formule de Lacan, « structuré comme un langage », même si les fondements de la sociologie nous montrent à quel point les conduites et les appétences qui les soutiennent sont socialement déterminées, l'institution ne cesse pas pour autant, tout instituée qu'elle soit, de se justifier par une nature qu'elle vise en même temps toujours à évacuer. Comme l'écrit Marcela Iacub : « Les techniques de procréation artificielle condamnent l'acte sexuel à une mort lente quoique certaine en tant que procédé technique de fabrication d'enfants »⁵.

Cette « condamnation de l'acte sexuel à une mort lente en tant que procédé technique de fabrication d'enfant » n'est pas une condamnation de la sexualité, elle est au contraire une forme majeure de sa libération. Que l'acte sexuel perde sa fonction technique dit précisément qu'il rentre dans sa fonction proprement humaine, qui est celle de la réponse au désir. Ce découplage, en permettant d'échapper à l'enfantement comme fatalité, permet aussi de le produire comme désir, radicalement dissocié de l'injonction hétérosexuelle. Il permet de montrer que le désir d'enfant n'est ni plus ni moins naturel que le désir de l'autre sexe.

Mais en même temps, cette dissociation de la sexualité et de la procréation suppose aussi un rapport accru à l'institution médicale, et un risque de dépendance plus étroite à l'égard de ses décisions. Là où l'on peut dénoncer une surmédicalisation des suivis de grossesses pour les grossesses naturelles, celle-ci devient plus prégnante encore dans le cas des grossesses techniquement induites. Et en ce sens, les nouveaux modes de procréation, s'ils participent d'une émancipation à l'égard de la nature, engagent au contraire des liens plus étroits à la puissance technique et aux institutions qui la représentent.

Si le désir, qu'il soit ou non d'avoir des enfants, n'est jamais intégralement naturel, si enfanter relève majoritairement, depuis l'essor des techniques contraceptives et abortives, d'une décision culturelle, les moyens techniques qui en conditionnent le choix demeurent, pour cette raison même, soumis à la décision institutionnelle et à cette gestion des corps que Foucault qualifie de « biopolitique ».

Questionner la légitimité du désir

Ensuite se présente un nouveau découplage : celui d'une filiation qui n'est plus liée à l'enfantement. Et d'un désir d'enfants radicalement dissocié de la continuité biologique. Ici s'impose ce fait très élémentaire, largement vulgarisé par Dolto, qu'un enfant né de son propre sang doit, comme n'importe quel étranger, être adopté pour trouver sa place au sein d'une communauté familiale. Il n'y a rien de naturel à aimer son enfant biologique et le rejet, la répulsion, la haine, sont aussi spontanés que l'amour. Tout nous dit, dans les histoires d'enfants jetés à la poubelle, congelés, battus, ou tout simplement, et beaucoup plus fréquemment, mal aimés, que la pulsion de mort n'est pas plus contre-nature que la pulsion de vie, et que vouloir le bien d'un

.../...



.../...

autre né pour nous survivre relève moins de la naturalité que d'un intense travail sur soi.

Ou, comme l'écrit Elisabeth Badinter : « On ne s'interroge jamais sur la légitimité d'un désir d'enfant. Pourtant, nul n'ignore les ravages de l'irresponsabilité maternelle. (...) Etrangement, la société paraît plus interpellée par celles qui mesurent leurs responsabilités que par celles qui les ignorent »⁶.

Si la société paraît « plus interpellée » par un questionnement sur les engagements liés à la maternité que par l'évidence naïve de son vécu, c'est précisément que cette évidence entre dans une stratégie fondamentale de tout corps social : celle de sa pérennisation par l'enfantement. Cette stratégie est encore informée par les régimes de reproduction traditionnels, alors même que les possibilités techniques qu'elle a produites tendent à rendre ces régimes obsolètes. La naturalisation du désir d'enfants comme norme entre dans la même stratégie que la naturalisation du geste procréatif dans la loi qui crée la fiction d'une relation sexuelle. Et cette naturalisation suppose qu'on n'interroge pas la légitimité de ce désir, tandis que l'on questionne constamment la légitimité de son absence. Être mère est une fonction sociale qu'il faut coûte que coûte relier au statut d'être femme. Mais les questionnements actuels sur le genre, tels que les présente la philosophe américaine Judith Butler, montrent à quel point le statut même de la féminité est un statut socialement construit, même si les organes femelles de la procréation sont, eux, naturels. Il est naturel de vèler pour une vache, mais il n'a jamais été naturel, depuis que les liens de la filiation sont institués, c'est-à-dire depuis que les hommes parlent, communiquent et s'organisent politiquement, d'enfanter pour une femme. Pas plus qu'il n'est naturel de ne pas le faire.

Et, à la période contemporaine, cette non-naturalité s'affirme avec une telle évidence qu'il devient objectivement impossible de la nier. C'est un véritable travail, et d'autant plus contraignant qu'il va à l'encontre non pas de la nature mais du désir, de réduire une femme à n'être qu'une mère. L'acharnement avec lequel s'y sont toujours employés les fondamentalistes des grands systèmes religieux le montre : militants anti-avortement de l'extrême droite catholique, intervenant violemment dans les hôpitaux, extrémistes bouddhistes sanctionnant le viol d'une peine de mort pour la victime, ou fondamentalistes juifs ou musulmans tenant leurs femmes à l'écart de l'espace public pour les canton-

ner à leur fonction maternelle, comme le faisaient les « démocrates » grecs dans leurs gynécées.

Ce travail, dans les démocraties contemporaines, se fait beaucoup plus insidieusement, par une peopolisation du politique ou du monde médiatique, qui produit la femme comme mère en tant qu'icône, et l'offre en modèle à l'adoration populaire à la une des organes de presse les plus massivement diffusés. Le même corps hypersexué, jugé désirable, jeté en pâture au voyeurisme des passants, devient progressivement sous leurs yeux un corps en gestation, dont la grossesse est un nouvel argument d'exposition publique.

Mais mettre au monde n'est pas seulement exhiber l'objet d'un désir privé, c'est d'abord faire

« Être mère est une fonction sociale qu'il faut coûte que coûte relier au statut d'être femme. »

exister un nouveau sujet dans l'espace public, et le rendre apte à tisser les liens qui le délieront de son origine. A cet égard, la figure de la maternité est une figure nécessairement transitoire, destinée à faire passage. Et la fonction maternelle peut être aussi bien dissociée de la procréation biologique que de la sexualité féminine. Aussi bien cristallisée dans une personne que diffractée dans plusieurs. Autant liée à une représentation familiale qu'à d'autres formes de convivialité. Intégrant aussi bien l'homoparentalité que d'autres styles de vie éducatifs.

Il est clair en tout cas que là où l'identité féminine est socialement cristallisée sur la maternité, elle est nécessairement détournée de la multiplicité des possibles dont elle est porteuse, et renvoyée du créatif au procréatif. Là encore, c'est bien l'idée d'une pluralité sociale qui doit être revendiquée, pour dénoncer l'identification du féminin au maternel, et le véritable sacrifice social que produit cette naturalisation du désir. Elisabeth Badinter le dit en termes très limpides : « Il n'est donc pas question de privilégier l'un ou l'autre des modes de vie. Il ne s'agit que de reconnaître la légitimité d'un choix alternatif »⁷. ■

1. Elisabeth Badinter, *Le Conflit. La femme et la mère*, Flammarion, 2010, p. 229.

2. *Ibid*, p. 227

3. Marcela Iacub, *Le Crime était presque sexuel*, Champs Flammarion, 2002, p. 203.

4. Pascal, *Pensées*, Garnier-Flammarion, 1976, p. 141.

5. *Ibid*, p. 222

6. Elisabeth Badinter, *op. cit.*, p. 214-215.

7. Elisabeth Badinter, *op. cit.*, p. 218.

Neuf mois

Du côté des mères, la grossesse semble passer du statut d'étape de vie à celui de situation à risque. Certaines femmes enceintes sont désormais considérées comme malades. Une majorité de femmes et de couples sont insatisfaits du vécu de l'attente et de la venue au monde de leur enfant. Les motifs et enjeux des transformations du suivi de la grossesse et des conditions de l'accouchement doivent être reconsidérés à l'aune de ce ressenti et des nouveaux risques qui leur sont liés.

Des soignants et des éducateurs, confrontés à des enfants en souffrance, s'interrogent sur l'influence du ressenti et des affects de leur mère pendant la vie intra-utérine sur leur développement psychique. Comment parler du diagnostic anténatal de façon éthique à un moment de vie qui devrait être heureux ?

D'un autre côté, une partie des professionnels impulse un tournant radical dans les pratiques et les modes de pensée autour de la femme enceinte et du nouveau-né. Ils expérimentent le travail en réseau transdisciplinaire, l'écoute du ressenti et des besoins des femmes et prennent davantage appui sur l'entourage non médical. ■

J'aime suivre les grossesses

■ **Didier Ménard**, médecin généraliste

§Grossesse

Définir la médecine générale est propice au débat : médecine de la proximité, médecine de la famille, médecine de la complexité humaine, médecine holistique... il n'est pas facile d'approcher au plus près un métier aux multiples visages. Mais s'il y a un moment qui à lui seul peut résumer et décrire la médecine générale, c'est le suivi de la grossesse. C'est pour moi la plupart du temps un moment de bonheur.

Souvent, nous sommes associés au désir de grossesse, surtout pour la première, les questions fusent, les peurs s'expriment, elles sont si nombreuses qu'il est difficile de les nommer. Mais il y a des moments importants à ne pas bâcler. Le diagnostic de grossesse : « J'ai un retard, je suis pressée de savoir », dit-elle, et comme je la comprends. Avant, il fallait attendre, maintenant on peut savoir très vite. L'ordonnance est faite, le résultat arrivera dans l'après-midi au cabinet médical. Il suffit de téléphoner. Quand on répond au téléphone, on a intérêt à se souvenir si c'est une bonne ou une mauvaise nouvelle, le vocabulaire employé n'est pas le même. Souvent, c'est un grand moment de bonheur et nous aimons le partager. Un jour, une jeune femme que je connais depuis l'enfance me téléphone pour me dire qu'elle est enceinte ; sa joie est débordante et elle me dit « Tu vas être grand-père » ; ma surprise est grande ! Je lui fais remarquer qu'elle se trompe, je ne suis pas son père ! C'est pareil, dit-elle, depuis le temps que tu me connais ! N'est-ce pas après tout une belle définition du médecin de famille !! Des fois, cette nouvelle n'est pas bonne. A nous d'être rassurant, de favoriser la réflexion et de proposer une aide. Si le choix est fait d'arrêter la grossesse, nous nous revoyons pour l'IVG médicamenteuse.

Puis la grossesse avance, les choses se compliquent, il faut faire le bilan, il faut faire l'échographie, moment de joie, mais aussi de grande

appréhension, « Est-ce que tout va bien ? » et toujours ce besoin de rassurer. Les vomissements, les choses bizarres que l'on ressent dans le ventre et les questions très pratiques qui commencent à devenir des évidences. Il va falloir accoucher, mais où ? Là notre rôle est important, il faut orienter sans imposer, car le choix de la maternité n'est pas seulement technique, il est aussi le lieu où des parents, des amies, ont accouché avec les bons et mauvais souvenirs. Que ce choix est délicat, il faut « se mouiller ». Il y a les grossesses chez les femmes de cultures différentes, avec toutes les croyances, qui s'y réfèrent, l'annonce tardive pour éviter le mauvais sort. Il y a les grossesses dans la population précaire, pas d'accès aux soins, grande misère économique, habitat plus que précaire. Il y a les grossesses chez les adolescentes qui vont mobiliser beaucoup de professionnels et qui ne sont jamais des suivis faciles... Mais il y a toujours ce moment de rencontre entre le médecin et la femme du fait de la grossesse, on se parle, on s'écoute, la femme a besoin de cette présence du médecin et le médecin a besoin de se sentir associé à ce grand moment de vie. Puis le ventre grossit et vient le moment où l'on va entendre le bruit du cœur. On applique la pâte et on commence à chercher avec la sonde, puis d'un seul coup, on perçoit ce déferlement de battements comme une locomotive qui surgit, alors nos visages se remplissent d'émerveillement. « Tout va bien ! » est la formule magique, mais c'est surtout cette perception de la vie qui fait du bien. Quand le papa est là, je l'interpelle sur son ressenti, l'émotion est palpable, il mesure de mieux en mieux que sa vie va être différente. Ce sont des moments qui marquent. L'autre jour, une femme est venue accompagnée de sa fille qui était enceinte. Elle voulait avoir un avis sur une anomalie découverte à l'échographie. Je n'avais pas vu cette jeune femme depuis très longtemps et celle-ci le fait remarquer à sa mère, après tout il est difficile de donner un

avis quand on ne se connaît pas bien. « Mais bien sûr que si il te connaît, il a entendu ton cœur quand tu étais dans mon ventre ! ». Et pardi, cela change tout !

Le temps passe, le corps se transforme, devient lourd, le travail devient pénible, les transports de plus en plus difficiles, il faut se préparer à l'accueil de bébé, cela n'est pas de la compétence du docteur, mais qu'importe, on en parle, le choix du prénom quand on connaît le sexe, je propose toujours des prénoms délirants, histoire de participer au débat et peut-être qu'il y aura un jour une « Cunégonde » dans la cité !

La grossesse peut être compliquée, à risques,

alors le suivi est plus médical, il se fait avec les médecins de la maternité, l'angoisse est présente, que va-t-il se passer, nous sommes là aussi dans la crainte, dans l'émotion et quand parfois le drame arrive, il faut aussi être présent parce que nous suivons les grossesses.

Au fil du temps, l'histoire se construit, les enfants naissent, grandissent, et nous les suivons comme on dit dans notre langage. C'est cette continuité qui commence par l'annonce de la grossesse qui va façonner la vie du médecin généraliste, alors le suivi de la grossesse, ce n'est pas un suivi médical ordinaire, c'est un moment de vie que l'on écrit ensemble. ■

Jusqu'au bout

■ **Martine Lalande**, médecin généraliste

« De la naissance à la mort ! » Réponse faite aux femmes qui demandent si l'on suit aussi des enfants dans notre cabinet. Tant elles croient que nous sommes gynécologues, puisque nous suivons leurs grossesses. Nous sommes des généralistes, femmes de surcroît, dans une banlieue où il y a peu de gynécologues, entourées d'hôpitaux saturés qui ne peuvent recevoir les femmes qu'au 8^e mois. Heureusement, tout se passe bien... la plupart du temps. Et il se trouve que les obstétriciens de l'hôpital nous font confiance... Il faut dire que nous les avons formés, ou plutôt demandé de nous former, dans des soirées et des séminaires, avec des sages-femmes, grâce à la fac et au réseau périnatal. Depuis, on se connaît, on s'appelle en cas de problème ou pour râler... « Ma patiente est enceinte de jumeaux, elle est au 7^e mois de sa grossesse et elle n'a pas encore vu un obstétricien... » ... « Je vous dis qu'elle fait une menace d'accouchement prématuré, cela fait trois fois qu'elle repart sans rien des urgences et elle a des contractions » ... Sommes-nous plus angoissés que les spécialistes ? Certainement, mais nous connaissons bien les femmes et leurs familles, leur travail et leurs conditions de vie.

Elles le savent et viennent souvent doubler la consultation faite à la maternité : « Je n'ai rien compris, vous pouvez m'expliquer ? » « Pourquoi je ne me fais pas suivre par vous tout le temps, on attend moins et vous, je peux vous poser des questions... » Et quand ça se complique... le diabète qui se pointe, des protéines dans les urines, le petit qui ne pousse pas bien à l'échographie... Evidemment, on « passe la main », on appelle les spécialistes, sage-femme de garde ou chef de clinique suivant l'humeur ou la personne disponible au téléphone, et on se dit qu'on va perdre de vue la femme et son histoire... Mais non, justement, elle nous rappelle, raconte ce qu'on lui a dit et quels sont les projets médicaux pour la suite. Elle revient, téléphone, demande conseil, rapplique au moindre souci. Si elle est couchée chez elle, on lui propose de passer et elle est contente de nous offrir le thé. Quand l'eau se met à couler, elle demande si c'est le moment d'y aller, ou si elle a des contractions à la fin du 9^e mois : qu'est-ce qu'il faut faire, docteur... ? Alors on se dit qu'on a gagné, on est vraiment le médecin « de famille ». Pour le meilleur et pour le pire. ■

Travailler en réseau

I **Yveline Frilay**, médecin généraliste

Pendant de nombreuses années à Paris, dès l'inscription à la maternité, les femmes enceintes ne rencontraient plus leur médecin généraliste jusqu'au moment où elles souhaitaient bénéficier d'un congé supplémentaire pour allaiter. Au début des années 2000, les généralistes furent sollicités par les hospitaliers pour suivre les femmes enceintes. La motivation première semblait être le manque de médecins et de sages-femmes.

La création d'un réseau ville-hôpital n'a pas été sans difficulté pour le médecin généraliste qui dut se réapproprier une pratique oubliée de fait, les femmes ayant pratiquement toutes leur « gynéco », mais surtout toute la conviction de certains d'entre eux pour montrer aux hospitalo-universitaires leur « savoir-faire » et « savoir être ». La grossesse n'est pas une maladie et pourtant l'obstétrique hospitalière médicalise la grossesse et son suivi à outrance. Pourquoi ne pas faire confiance au médecin généraliste, bien placé pour dépister dès le début de la grossesse par l'interrogatoire et la connaissance des antécédents personnels et familiaux du couple, les grossesses potentiellement à « risque » et orienter précocement vers un suivi plus technique ? La grossesse n'étant pas une maladie, qui est mieux placé pour suivre la grossesse que le médecin de famille ? C'est avant tout une transformation physique pour la femme, une modification hormonale, une transformation de son mode de vie, un questionnement perpétuel. Les patientes toxicomanes, alcooliques, psychotiques, en situation de précarité sont considérées comme à risque (prématurité plus importante, fausses couches, bébé micro ou macrosome) et ne devraient être suivies que par les médecins hospitaliers. Erreur, car la grossesse est le moment privilégié pour consulter un médecin généraliste qui deviendra ultérieurement le médecin de toute la famille. Qui les verra après l'accouchement ? Le temps majeur du suivi d'une grossesse est celui de l'écoute, effectuée par le même acteur

qui sera attentif à tous les petits maux (mots) exprimés lors des consultations au moins mensuelles. Ces consultations permettront l'établissement d'un lien de confiance, la femme sera entendue, permettant de repérer les femmes qui pourraient avoir des difficultés à s'occuper de leur enfant, et les femmes maltraitées. Des formations communes ont permis aux médecins généralistes et aux sages-femmes de mieux appréhender leurs compétences respectives. Les médecins généralistes, après plusieurs années de fonctionnement, se sentent toujours comme la « roue de secours » des hospitaliers, remplissent le dossier commun, mais les hospitaliers ne le remplissent jamais, faute de temps. Quant aux comptes-rendus de la grossesse, ils ne les reçoivent jamais faute de secrétaire médicale. Dans le suivi de la grossesse est apparue à la nomenclature une nouvelle consultation, « l'entretien prénatal précoce du quatrième mois », consultation privilégiée pour « discuter avec la patiente ». Peu de patientes suivies par le médecin généraliste la sollicitent, car il répond à chaque consultation aux questions des futures mamans, quant à sa réalisation à l'hôpital, elle demanderait plus de postes de sages-femmes, incompatibles avec les restrictions de budget. Un frein majeur au suivi des parturientes par le médecin généraliste persiste : les difficultés pour pratiquer le tiers-payant (hors CMU et AME), alors qu'il est effectif à l'hôpital, contraignent les femmes aux revenus modestes à être suivies à l'hôpital. Quand la CPAM aura-t-elle compris qu'un meilleur suivi des grossesses, surtout des femmes en situation de précarité, évitera les complications, que même si les consultations sont multipliées pendant la grossesse, une économie à long terme sera réalisée ?

Dominique Mahieu-Caputo, obstétricienne qui écoutait à la fois les femmes et les médecins généralistes, animait avec chaleur le réseau périnatal de Paris nord. Son décès laisse un manque crucial pour les membres de ce réseau. ■

Des grigris précieux

Le suivi de la grossesse par le généraliste est une occasion de faire de la « vraie » médecine, celle qui allie savoir scientifique et sollicitude, modestie et engagement. L'enjeu est de taille !

■ **Elisabeth Maurel-Arrighi**, médecin généraliste

§Relation soignant soigné
§Grossesse

Moment de pari sur l'avenir, où les futurs parents espèrent que les difficultés d'autrefois ne se répèteront pas, où les cartes se redistribuent. La façon dont on entoure la femme et le couple influe sur le déroulé de la grossesse et sur la vision de l'enfant.

Face aux pathologies médicales, à l'aggravation des facteurs de risque par les phénomènes sociaux ou psychiques, il y a de quoi avoir peur ! Sans compter les dysfonctionnements de l'institution médicale, la surmédicalisation anxio-gène, les rapports de force entre professionnels, les rancœurs, les cloisonnements, la dégradation de l'accès aux soins.

Alors comment la médecine peut-elle protéger sans être anxio-gène, voire pathogène ? Ou pour le dire autrement, comment en médecine générale offrir aux femmes enceintes des sortes de grigris qui fassent bénédiction et protègent des dangers ?

L'effet Matriochka

Le premier grigri me semble de mettre en route ce que j'appelle l'« effet Matriochka ». Il s'agit d'un concept issu de l'expérience clinique, d'études épidémiologiques, notamment celle de la Mire en 1993 « tombé du nid trop tôt » à la maternité de La Salpêtrière. Les femmes migrantes entourées de leur famille et de leur communauté ont moins de risque de prématurité que les femmes françaises isolées de même statut socioéconomique. Cela s'appuie aussi sur des concepts psychanalytiques, comme ceux développés par Winnicott. L'accompagnement devient une histoire en poupée russe. C'est plus facile d'accompagner son enfant quand on a été soi-même accompagné. En cas de carence, c'est aux soignants d'assurer cet accompagnement, cette enveloppe protectrice qui va aider au portage de la grossesse. Cet effet se décline de plusieurs manières.

Dans l'ambiance, le climat de la consultation. C'est un moment heureux, quels que soient les sujets d'inquiétude de l'arrière-fond. Alors, ne pas hésiter à être généreux, à avoir dans sa hotte des « cadeaux », le dossier du réseau, celui de la DDASS, la photocopie de la roue pour s'y retrou-

ver entre les semaines d'aménorrhée et les mois de grossesse, avec l'attache parisienne pour que cela coulisse, la photocopie de la liste des précautions face à la listériose. L'important étant d'abord le fait de donner. Offrir une compétence médicale, et là c'est très important d'être adossé à un réseau qui assure une formation et des relais. Etre bien au courant des protocoles, pouvoir en parler paisiblement.

Etre aussi compétent au niveau du social. Avoir repéré les adresses des correspondants en secteur I bien remboursés. Offrir le tiers-payant. Ne pas oublier de déclarer la grossesse le plus tôt possible pour pouvoir offrir le RSA (revenu de solidarité active) aux futures mères et aux jeunes couples même de moins de 25 ans. Savoir que la liste des bilans proposés dans les recommandations de la Haute Autorité de Santé n'est pas exhaustive. En effet, conformément aux JO du 15/09/71 (p. 9182) et du 30/05/85 (p. 6001), toutes recherches de facteurs de risque obstétricaux et médicaux qui peuvent menacer la santé de la mère et de l'enfant peuvent être prises en charge au titre de la maternité. Aucun avis a priori ne doit être demandé au contrôle médical. La prescription médicale doit préciser : « en rapport avec la maternité ». De fait pour que les collègues acceptent, c'est souvent mieux d'avoir joint et convaincu le médecin conseil auparavant.

Offrir un lieu d'écoute. Savoir se réjouir. Ce n'est pas toujours évident, car parfois je trouve le projet d'enfant « gonflé », ou une IVG plus « raisonnable », quand il n'y a plus de contact avec le père, ou que la situation sociale ou psychique me paraît catastrophique. Mais à partir du moment où la femme a décidé, savoir l'aider à prendre appui dans ses ressources, dans ses bons souvenirs. Chercher avec elle des personnes ressources avec qui elle pourra discuter, partager ses rêves et ses peurs. Le père quand il est là, la famille, les amis...

L'effet ricochet

Mais l'effet Matriochka ne prend toute sa force que quand il s'ancre sur l'effet ricochet, ou pour le dire autrement, quand la relation interperson-

.../...

.../... nelle s'ouvre sur des tiers, sur le réseau. Dans le groupe où je travaille, je vois combien est précieux le recours à ma collègue kinésithérapeute sur le prétexte légitime de douleurs de dos, de tension des ligaments, ou bien la demande d'avis auprès de ma jeune collègue, car les patientes savent et sentent le lien d'estime, de confiance, d'amitié qui nous lie. Le cabinet est un lieu où trois femmes, ensemble et chacune séparément, se préoccupent et se réjouissent pour elle. Il n'y a pas de conflit de loyauté. Cette cohérence est très réconfortante.

« Il est important de souligner que la conscience des dangers est utile et conjuratoire, et que cela va permettre à l'enfant d'être plus insouciant. »

Ensuite, à l'intérieur du réseau périnatal, quand je ne sais pas, je contacte la sage-femme coordinatrice. Non seulement j'ai la réponse à ma question très vite, mais en plus, je ne me prive pas de dire à haute voix que je lui fais la bise. En choisissant de faire cela, la femme sait qu'elle peut demander de l'aide, qu'on va lui répondre, et que cela se fait aussi grâce à un lien d'amitié.

Le dispositif de l'entretien prénatal précoce qui est en train de se mettre en place devrait relever de cette conception du soin.

Loin d'être un outil de dépistage ou de contrôle social, il devrait en s'appuyant sur l'effet Matriochka et l'effet ricochet être un outil de réconfort, de renforcement.

La lanterne à 180°, la bouteille à moitié pleine ou à moitié vide, ou la force des paradoxes

Dans le suivi des grossesses, il est très utile de nommer les paradoxes dans lesquels sont les futurs parents. On a le droit de penser deux choses différentes en même temps, cela aide à choisir.

Quand une femme s'inquiète de se sentir trop anxieuse, il est important de souligner que la conscience des dangers est utile et conjuratoire, et que cela va permettre à l'enfant d'être plus insouciant. Il faut bien que quelqu'un soit délégué à l'inquiétude pour que l'autre puisse avancer paisiblement. A l'inverse, parfois, on voit des femmes apparemment « trop » insouciantes, c'est bien d'essayer de parler avec elles du climat d'inquiétude, de catastrophisme, ou de négligence qu'elles ont pu connaître autrefois (morts d'enfants in utero, en bas âge, etc.)

Le besoin de se reposer ou l'envie de continuer à travailler. Dans la question du dépistage des anomalies chromosomiques, cela se fait assez naturellement. Je n'ai pas l'impression d'être un oiseau de mauvais augure en proposant le test. J'essaie de le formuler le plus respectueusement possible et en osant poser la question de la vie avec un

enfant en grande difficulté. Il me semble que si on a pu souligner tout ce qui donne lieu de se réjouir, le droit à la prudence, le droit à la confiance, la période d'attente entre des examens préoccupants et des résultats rassurants peut se faire sans trop de dégâts à condition d'être accompagnée.

L'éprouvé de la préparation

La préparation à la naissance me paraît être aussi un excellent grigri, même si aujourd'hui les maternités sont souvent trop débordées pour en proposer. J'ai la chance d'être une vieille routière, d'avoir vécu les années 70 du mouvement de femmes, et de m'être formée à la préparation à l'accouchement. Je propose aux deux futurs parents de venir en consultation en prenant le temps d'une heure. Il y a un temps d'information, sur les phénomènes physiologiques de la dilatation du col, sur l'intérêt des bascules de bassin, un temps d'écoute et surtout un temps d'exercices physiques où les deux futurs parents éprouvent dans leur corps des sensations qui vont les aider, au travers de la visualisation, de sophrologie, d'haptonomie. J'utilise beaucoup ce que j'appelle la position des années 70, où en effet Matriochka, le père s'adosse au mur, où la femme s'installe assise entre ses jambes. Le père soutient sa compagne et la femme, elle, est attentive à son enfant. Aujourd'hui, cela ne se fait plus. Mais pour s'exercer, cela me paraît être dans la vérité de ce qui se joue. J'indique aussi les coordonnées des sages-femmes du quartier qui elles aussi pourront partager d'autres choses, et faire du suivi avant et après la naissance.

Le fromage et le dessert

Certaines maternités qui se préoccupent de la situation des femmes en grande précarité croient que seul l'hôpital peut répondre à leurs besoins. Pourtant, au contraire, il me semble que ces femmes bénéficient du fromage et du dessert, de la sécurité de l'hôpital, de ses moyens et de la sollicitude de l'attention en médecine générale. J'ai en tête de nombreuses familles pour qui la grossesse a été l'occasion de nouer des liens forts avec les soignants et cela reste un appui même longtemps après. Comme si j'étais devenue une marraine, une tante qu'on va voir de temps en temps et qui se réjouit des progrès des enfants.

Les grigris existent, osons nous les approprier et les offrir. ■

Les deux sens de la grossesse pathologique

Qui décide qu'une grossesse est pathologique ? Qu'en est-il du ressenti de la femme qui vit l'expérience d'un autre en soi ?

§Grossesse

■ **Frédérique Bisiaux**, philosophe

Chaque grossesse nous introduit à des parts de nous-mêmes insoupçonnées. Elle rend une femme mélancolique joyeuse ou, au contraire, fait d'une « boute-en-train » une dépressive qui ne se comprend plus. La grossesse est d'abord une expérience de soi, d'un soi-même et déjà autre car déjà mère. Elle est donc à la fois continuité et rupture dans la vie. Elle fait naître en nous des affects inédits eu égard à la connaissance que nous avons de notre moi familial, comme le font les grandes passions amoureuses qui parfois nous dévastent et toujours nous jettent hors de soi. En faisant de notre corps l'hôte forcé ou volontaire d'une vie étrangère, elle perturbe et émotionne, décentre, parfois dévaste et ravage. Avant d'être phénomène « naturel », elle est un évènement passionnel. Elle est le premier temps de la passion maternelle qui se jouera ensuite dans notre rapport à l'enfant, puis à l'adolescent et l'adulte qui en naîtront.

Mais si la grossesse implique un rapport à soi inédit et imprévisible, peut-on envisager ce nouveau rapport à soi de la grossesse hors du rapport à l'autre en soi qu'elle implique, parfois, mais pas nécessairement ? Il faut au contraire, selon nous, mettre en évidence l'indissociabilité de l'éprouver subjectif de soi dans la grossesse et de la relation au fœtus. Le vécu subjectif de la grossesse ne peut être séparé d'une expérience relationnelle qui peut être déclinée dans un spectre large allant de l'expérience d'un autre absolument autre à celle d'un autre nié comme autre et ramené à soi. La grossesse est alors, dans le déni, l'expérience d'une identité à soi qui rend le fœtus assimilable à une partie du corps subjectif. Entre ces extrêmes de l'altérité radicale et de l'identité narcissique, se situe « la proximité » affective, cette juste mesure du rapport au fœtus qui nous le fait éprouver à la fois comme une part de nous-même et comme un autre aimé et attendu. Soi et non-moi, le fœtus peut être rêvé, déjà dans cet espace intermédiaire où la mère « normalement dévouée » de

Winnicott placera ensuite le nouveau-né. C'est à la lumière de ces distinctions que nous voudrions aborder les notions de grossesse saine et de grossesse pathologique, de manière à déplacer l'angle sous lequel ces notions sont abordées habituellement par la médecine.

La grossesse est à l'épreuve de soi d'un individu

Pour les médecins, trop souvent, une grossesse pathologique est une grossesse objectivement ou scientifiquement « anormale », ce qu'ils découvrent à l'occasion des tests sanguins ou hormonaux, des échographies ou d'autres examens médicaux et biologiques qui accompagnent la grossesse. A l'inverse, sera dite « saine » une grossesse qui, soumise aux mesures et aux critères quantitatifs de la technique médicale ne révèle aucune pathologie objective chez la mère et le fœtus. Maladie et santé de la grossesse relèvent alors de faits objectifs quantifiables et mesurables et de causes d'abord organiques susceptibles d'être approchées par les multiples tests de la médecine scientifique. Or, parce que la grossesse est l'épreuve de soi d'un individu qui est une totalité subjective, elle est d'abord un éprouver subjectif de telle façon qu'aucun dispositif technique ne permette ni de savoir si une femme enceinte est malade, ni pourquoi elle l'est. L'oubli de la sphère affective au seul profit d'un corps normé par les mesures biotechniques inaugure, avec l'oubli de la grossesse comme fait psychique total, sa réduction à un phénomène strictement quantitatif. Telle est la thèse que nous défendrons ici dans le souci de ramener la médecine à l'idée que la grossesse, fait corporel et psychique, est un fait total où se mêlent données organiques et représentations fantasmatiques, ce qui la rend inconciliable avec une approche exclusivement technique. Pour le montrer, nous nous appuierons sur une analyse préalable de ce que signifient santé et pathologie de la grossesse à la lumière des

.../...

.../... concepts élaborés par Canguilhem dans *Le normal et le pathologique*.

Si on met en rapport les modifications du corps enceint avec l'état habituel de ce même corps, ou si on le compare avec l'état habituel des corps auxquels il peut être comparé (le corps des femmes non enceintes), il présente un écart, quelque chose d'insolite eu égard aux corps voisins. Tout d'abord, la différence est si tenue qu'elle ne peut être vue ni porter atteinte à l'accomplissement d'aucune fonction. Peu à peu, la place occupée par le fœtus au-dedans grandit tandis que le ventre s'arrondit jusqu'à ressembler à une masse énorme et pesante donnant au corps entier une autre configuration. Seins, jambes, peau, visage se transforment insensiblement de mois en mois, nous écartant du corps que nous sommes.

Pourtant, l'anomalie du corps enceint n'en fait pas un corps malade. C'est d'ailleurs pourquoi certaines femmes peuvent être plusieurs mois enceintes avant de le savoir. Et c'est bien parce qu'à un moment la femme se sent bizarre, transformée, pas dans son état normal, qu'elle consulte et déclenche l'investigation scientifique : visite chez le gynécologue, test de grossesse, échographie... Le sentiment, en éclairant une anomalie jusque là invisible, la constitue en état anormal.

La grossesse est donc éloignée de l'état pathologique tant qu'elle est vécue subjectivement « dans le silence des organes » dont Leriche faisait le critère de la santé. Ce sont les « crises » qui souvent, ponctuant la grossesse, font apparaître en même temps qu'un « écart normatif » une normalité biologique sinon silencieuse et qui s'éprouve dans le sentiment de bien être corporel. C'est alors pour remédier aux dérèglements que la femme elle-même ressent comme pathologiques (nausées, douleurs diverses, fatigue excessive) relativement à une norme de vie qui est la santé qu'elle s'adresse au médecin. La distinction du normal et du pathologique, avant de relever du jugement médical, relève donc d'un ressenti de la femme enceinte qui s'éprouve en santé ou, au contraire, souffrante. C'est la vie elle-même qui s'éprouve malade, faisant de la santé une valeur par ailleurs indépendante du concept de réalité statistique¹. Une grossesse pathologique s'éprouve dans le sentiment normatif de la gêne vitale, de la souffrance, de la diminution de la puissance d'agir. Pathologique, comme nous le rappelle Canguilhem dans *Le normal et le pathologique*², implique pathos, c'est-à-dire « sentiment direct et concret de souffrance

et d'impuissance, sentiment de vie contrariée ». Si la grossesse n'est ni pathologique ni anormale en soi, elle contient donc potentiellement le risque du « se sentir malade » auquel la vie expose les vivants. Mais à la différence du sentiment pathologique habituel, l'expérience implique ici le souci de la vie du fœtus qui se mêle au souci de soi de l'individu biologique. La maladie est alors l'épreuve vécue par une individualité biologique soucieuse de protéger et conserver la vie à la fois « de soi » et « en soi ». La grossesse pathologique est alors hantée par le rappel de la maladie ou de la mort possible du vivant en soi. La mort est ce contre quoi il faut lutter, en adoptant une série de comportements de protection de la vie contre la

fausse couche toujours menaçante. C'est pourquoi la grossesse implique d'emblée des actes de soin de soi qui visent le fœtus afin d'en conserver et en développer la vie maximale.

« La grossesse implique d'emblée des actes de soin de soi qui visent le fœtus afin d'en conserver et en développer la vie maximale. »

Par ailleurs, vécue par une individualité psychique, la grossesse est moins relation à la vie que relation à une histoire qui nous expose à entrer en relation en même temps avec la vie et la mort entendue cette fois moins comme risque vital que comme fantasme hantant notre vie inconsciente. La maladie de la grossesse doit donc être entendue dans le double sens de l'exposition du corps vivant à la maladie et la mort, et de l'exposition de la subjectivité à sa vie fantasmatique morbide. C'est alors la vie même du fœtus qui introduit la mort, mort qui n'est plus alors ce contre quoi il faut lutter pour que le fœtus se conserve et se développe, mais la vie elle-même du fœtus comme menace mortelle imposée à la vie de la mère.

Ces distinctions faites, revenons d'abord à la pathologie entendue comme affection de l'individu biologique. L'état pathologique dans la grossesse peut être ponctuel. Il vient alors interrompre le cours d'un processus sinon invisible à lui-même. Bien souvent, le moment pathologique est vécu tel en rapport avec un état antérieur avec lequel il est comparé et vis-à-vis duquel il est éprouvé comme une limitation ou une régression. Par exemple, la femme astreinte à garder le lit durant plusieurs mois pour mener sa grossesse à terme peut vivre la situation comme anormale et pathologique en comparaison avec la mobilité qui fut la sienne les premiers mois de sa grossesse. A l'extrême, la grossesse peut être ressentie comme une véritable infirmité et comme une déchéance inacceptable quand la femme subit comme une violence les limitations forcées auxquelles son corps l'astreint. La grossesse est alors indissociable de la frustration à laquelle se sent condamnée celle qui ne peut plus accéder à ses propres poten-

tialités. On voit alors que l'état pathologique tient moins à l'anomalie de la situation qu'à la façon dont celle-ci est éprouvée comme anormale, l'anormal étant indissociable du sentiment de souffrance, d'impuissance, de diminution de soi mais aussi de la façon dont l'individu situe la norme de la santé.

L'éprouver normal ou pathologique de la grossesse ne peut donc être séparé des influences du milieu où elle se déroule. Dans un milieu professionnel voué à la compétitivité et aux valeurs de concurrence, une grossesse qui se déroule parfaitement du point de vue médical peut être éprouvée pathologiquement du seul fait de l'inadaptation au milieu professionnel où elle met la femme enceinte du point de vue des autres. De la même façon, on peut imaginer que pour un mannequin par exemple, le seul fait de prendre vingt kilos soit éprouvé pathologiquement eu égard à un milieu où la norme est la maigreur. Dans le milieu familial, c'est le conjoint ou la mère (qui occupe souvent une place prépondérante dans la grossesse de sa fille, sinon en personne, du moins dans son imaginaire) qui peuvent imposer leur propre normativité à la femme enceinte, lui faisant ressentir comme maladif un état qui, dans d'autres contextes, serait admis favorablement. La normativité vitale du corps enceint est donc indissociable de la normativité sociale et culturelle dont il est issu.

La grossesse ne peut donc être dite ni normale ni pathologique en soi. Elle est une expérience physique et existentielle potentiellement exposée au sentiment de la réduction de la vie et de sa mutilation, où la vie alors ne cherche plus qu'à se conserver; elle peut être au contraire celle de la pleine santé où la femme enceinte, mieux que d'être capable de s'adapter aux nouvelles circonstances de vie qui sont les siennes, crée de nouvelles normes de vie et déploie des potentialités inédites pour se rapporter à sa situation nouvelle. Vivre sa grossesse sur le mode de la santé réside dans la capacité d'établir de nouvelles normes de vie, d'épouser souplement les formes inédites et imprévues empruntées par la vie. Canguilhem a une belle expression pour exprimer cette différence. Santé et maladie sont une affaire d'« allure de vie » avant d'être une affaire de bilans biologiques.

Une femme enceinte peut donc être parfaitement « saine » du point de vue scientifique ou objectif et malade. Autrement dit, le corps vital de la femme qui éprouve le normal et le pathologique peut entrer en contradiction avec le corps normé de la

médecine (laboratoire, échographies). « C'est la vie elle-même », affirme Canguilhem, « par la différence qu'elle fait entre ses comportements propulsifs et répulsifs, qui introduit dans la conscience humaine les catégories de santé et de maladie »³. Santé et maladie sont donc le jugement d'une totalité existentielle qui s'éprouve dans la souffrance et le plaisir, mais surtout dans les affects de tristesse et de joie. Se sentir malade de sa grossesse est moins souffrir dans son corps qu'éprouver ces « affects tristes » que Spinoza distinguait des affects positifs tels que la joie, affects qu'il ramenait l'un et l'autre au sentiment de l'âme de passer à une moindre ou une plus grande perfection. Aider la femme enceinte à savoir pourquoi elle éprouve sa grossesse dans la mélancolie plutôt que l'allégresse, tel devient alors l'enjeu de la clinique médicale, enjeu qui s'ajoute sans l'annuler au suivi strictement médical de la grossesse. Maladie et santé de la grossesse doivent donc être entendues en un double sens physique et psychique dont il est important de réfléchir les relations potentielles afin de construire une clinique éclairée. Mais ceci suppose que la médecine soit capable de s'affranchir du temps technique, celui que Canguilhem désigne le temps de « l'affolement » et la « discontinuité » au profit du temps biologique qui est durée, et même de la longue durée de l'histoire familiale à laquelle renvoie la vie psychique⁴. Mais cette démarche qui s'adresse à la personne totale nécessite de relier l'approche objective à l'approche subjective en tenant compte de l'essentiel : l'épreuve de soi de la grossesse est indissociable, comme nous le montrions plus haut, d'une normativité sociale et culturelle, mais dépend principalement de la relation à ce corps étranger qui se développe en soi, le fœtus, dont la grossesse n'implique pas forcément la reconnaissance comme personne morale. La reconnaissance de l'autre en soi comme d'un autre que soi qui est en même temps soi nous apparaît l'autre face d'une médaille dont le recto est la santé. Nous désignerons ce verso, qui n'est rien d'autre que la face affective de la santé, proximité. ■

■

1. « C'est la vie elle-même et non le jugement médical qui fait du normal biologique un concept de valeur et non un concept de réalité statistique », Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, Quadrige/PUF, p. 81.
2. *Ibid.*, p. 85
3. *Ibid.*, 150.
4. Canguilhem, *Etudes d'histoire et de philosophie des sciences*, Vrin, 1968, « Thérapeutique, expérimentation, responsabilité », p. 383.

Trisomie 21, technicité et désêtre

§ Droits de L'Homme

Le statut actuel du patient est celui d'un individu rationnel, autonome, responsable. Le risque est de restreindre encore sa place et de le laisser seul, au lieu de faire toute sa place à la relation de soin.

I Sylvie Cognard, médecin généraliste

Les suivis de grossesse ont toujours fait partie de mon activité de médecin de famille sur la cité. Ces consultations d'échanges ont toujours été, quelles que soient les difficultés parfois rencontrées, une source de plaisir partagé. En janvier 1997, quand la loi m'a fait obligation de proposer un test à toute femme enceinte dont j'établissais la déclaration de grossesse, afin de savoir si elle faisait partie d'un groupe à risque de mettre au monde un enfant trisomique 21, cela m'a plongée dans un profond malaise et forcée à la réflexion. J'y retrouvais une heuristique de la peur, une référence à la science du danger que traduit parfois le « principe de précaution. »

Deux rappels nécessaires à la discussion :

La fréquence de la trisomie 21 à la naissance est de 1 pour 700 nouveaux-nés vivants. Le seul facteur de risque identifié est l'âge maternel. On compte actuellement 50 000 personnes trisomiques en France. L'espérance de vie d'un enfant trisomique est passée, en 50 ans, de 20 ans à plus de 60 ans.

Pour ce test, des dosages sanguins sont pratiqués autour de quatorze semaines d'aménorrhée (SA). Des logiciels sont utilisés pour estimer un risque calculé de trisomie 21 ; le seuil décidant ou non de l'appartenance à un groupe à risque a été fixé à 1/250. Au-dessus du seuil, la femme appartient à un groupe à risque faible, mais cela n'exclut pas la possibilité d'une trisomie 21 à la naissance. Au-dessous de ce seuil, la femme appartient à un groupe à risque élevé. Il lui sera alors proposé une amniocentèse pour infirmer ou confirmer une trisomie 21 chez le fœtus. Si celui-ci est atteint, il sera alors proposé une Interruption Médicale de Grossesse (IMG). Proposer ce test nécessite une écoute et une ouverture d'esprit qui respectent la parole de l'autre. On doit s'exprimer dans un langage clair et compréhensible qui n'intimide pas la patiente, révéler toutes les données du test sans

dissimulation et sans donnée mensongère, refuser la manipulation ou la persuasion, prendre en compte tous les aspects sociaux et culturels ; veiller à la bonne compréhension afin d'obtenir réellement un consentement.

Le premier malaise est né de la confusion entre dépistage et diagnostic anténatal. Le dépistage, nous y étions habitués, il se soldait par une réponse négative ou positive et nous faisons avec. Par contre, le diagnostic anténatal introduisant des supputations, des probabilités, nous amenait à des discussions qui introduisaient la peur. Comme le ver dans le fruit, la proposition systématique et sans nuance de ce test introduisait le doute chez les parents, cassait la confiance et la gaieté de ces consultations. Je me devais de faire imaginer aux parents le handicap, la malformation, la maladie, la laideur, la souffrance. Et cela sans certitude... Ensuite, soit la patiente donnait son consentement à la prescription du test, pour ajouter une chance de dépister une anomalie chez son enfant à venir, diminuer le risque d'avoir un enfant anormal, rassurer leur conjoint, « Ce test existe, pourquoi ne pas le faire ? », parfois se préparer à l'accueil d'un enfant handicapé. Soit la patiente ne donnait pas son consentement car elle trouvait ce test trop aléatoire, trop angoissant, ou bien elle craignait une fausse-couche en cas d'amniocentèse. Enfin, certaines ne se posaient pas la question, elles étaient sûres d'attendre le plus beau bébé du monde. Cette dernière cause de refus du test est ce que j'appelle le « pari gagnant ». Un pari un peu fou au regard de l'hypertechnicité du diagnostic prénatal (DPN), mais une joie partagée en une sorte de complicité.

Le principe d'un test de dépistage d'une maladie en santé publique et les critères de choix qui font consensus sont inadéquats appliqués à la trisomie qui est une anomalie chromosomique. Un test doit permettre un diagnostic pour la mise en route d'une thérapeutique précoce pour une

maladie curable. La trisomie 21 n'est pas curable. Deuxième malaise. Que prévient-on si ce n'est la venue au monde de sujets différents ayant une autre façon d'être ? Cela m'effraie de me faire le relais d'une prévention qui vise à exclure par une technique de sélection des naissances. On a pu parler à propos du DPN d'eugénisme de précaution. Quelle légitimité me permet d'adhérer à une politique qui vise l'objectif de diminuer le nombre d'enfants trisomiques ? Je n'ai pas de réponse, mais quelque part ma conscience proteste, ma tolérance à l'anomalie, mon altérité, sont mises à mal. Je ne suis pas sotte et je connais bien les problèmes que rencontrent les parents, la fratrie d'un enfant handicapé, et les sujets trisomiques eux-mêmes. Problèmes souvent exacerbés et multipliés par une société qui, malgré ses dénégations et ses lois, ne leur facilite pas la vie de tous les jours. Et justement, par cette longue expérience et cette connaissance du « monde » du handicap, apparaît un troisième malaise. Qui peut me permettre et de quel droit pourrais-je me prévaloir de juger si la vie d'un sujet atteint de trisomie 21 vaut d'être vécue ?

Quid de la valeur de la vie humaine ? La vie d'un Être atteint de trisomie serait-elle de moindre valeur ? Peut-on se permettre de considérer sa vie, dénuée de toutes capacités, de tout confort, de toute liberté à formuler ou à réaliser un projet ?

Quatrième malaise et non des moindres. Si le diagnostic est établi, la « thérapeutique » proposée est l'Interruption Médicale de Grossesse, peut-on assimiler l'IMG à une thérapeutique ? A cet endroit de ma réflexion, on ne peut faire l'économie d'un rappel de la loi française sur les indications de l'IMG. Dès la première loi sur l'IVG en 1975, la loi a distingué nettement la notion d'IVG (grossesse interrompue parce que non souhaitée) de la notion d'IMG, pratiquée sur une grossesse souhaitée, mais qui présente des raisons fœtales ou maternelles qui justifient son interruption. D'emblée, l'IMG était permise « à toute époque de la grossesse », c'est-à-dire jusqu'à son terme. Cette possibilité était strictement encadrée par une procédure médico-judiciaire d'acceptation de la demande parentale par deux médecins dont un expert près de la Cour d'appel ou de la Cour de cassation. En 1975, la majorité des IMG étaient pratiquées pour raisons maternelles. Au cours des années 80, le développement du DPN a vu augmenter le nombre d'IMG pour raisons fœtales. En 1994, la loi crée des centres pluridisciplinaires de DPN. Leur fonctionnement a permis de faire ajouter que l'un des deux signataires d'une IMG devait être membre d'un de ces centres, c'est-à-dire spécialiste de médecine fœtale. Enfin, le cadre légal a encore été modifié en 2001 à l'occasion de l'ex-

tension de l'IVG de douze à quatorze semaines d'aménorrhée. Le texte final a été publié au *Journal Officiel* du 7 juillet 2001, complété par le décret du 3 mai 2002. Article L162-12 du Code de la santé publique : *L'interruption médicale de la grossesse peut à toute époque être pratiquée si deux médecins attestent, après examen et discussion, que la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme ou qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic.* L'IMG est donc l'aboutissement d'une demande de la femme acceptée ou refusée par une équipe pluridisciplinaire.

Différentes méthodes sont utilisées afin d'obtenir l'expulsion du fœtus par les voies naturelles, le plus rapidement possible avec le minimum de risques. Les progrès réalisés permettent actuellement d'utiliser des produits fiables ayant un nombre d'effets secondaires réduits et acceptables. La douleur psychologique impose de réduire au maximum la douleur physique. Ainsi l'analgésie est désormais présente à toutes les étapes de

l'IMG. L'infanticide est puni par la loi, mais pas le fœticide puisque le fœtus n'a aucun statut juridique. La mort in utero du fœtus est donc induite dans tous les cas soit par une anti-progestérone administrée pour les IMG précoces, soit par injection létale in utero pour les IMG tardives. Jusqu'à quatorze semaines d'aménorrhées, l'évacuation peut être réalisée par aspiration. Après ce terme,

un « mini accouchement » du fœtus mort est provoqué par l'administration de prostaglandines. En cas d'échec de ces méthodes, une césarienne vaginale ou abdominale est pratiquée. La prise en charge de la patiente nécessite en principe une attention de tout instant, que ce soit lors de la consultation qui précède, l'hospitalisation, l'IMG elle-même et les suites obstétricales immédiates. L'IMG reste un acte obstétrical complexe, pénible pour le couple et l'équipe soignante.

L'accompagnement psychologique des femmes après une IMG est loin d'être au sommet de ses performances. Dans le cas où des parents choisiraient de garder leur enfant trisomique 21 à venir, l'accueil et les aides sont également loin d'être facilement accessibles et suffisantes.

Alors quid de ce test pour somme toute, un maigre résultat : si le test est négatif, les patientes peuvent être rassurées. Mais sur cent femmes ayant un test positif et subissant une amniocentèse, moins de deux ont effectivement un enfant porteur d'une anomalie (2 % de détection pour 1 % d'avortements entraînés par l'amniocentèse, avortements pouvant concerner des enfants « normaux »)¹.

« L'IMG reste un acte obstétrical complexe, pénible pour le couple et l'équipe soignante. »

.../...

.../... Une femme acceptant de pratiquer le test après avoir donné son consentement éclairé et en avoir, en principe, compris la finalité, apparaîtra comme entrant dans la norme, par contre une femme refusant de faire le test apparaîtra aux yeux de certains praticiens spécialistes comme inconséquente et sera soupçonnée d'absence de « projet parental », voire d'être une future « mauvaise mère ». Certes, depuis l'arrêté concernant le DPN du 23 juin 2009 publié au *JO* le 3 juillet 2009, ce dosage est couplé avec la mesure échographique de la nuque fœtale et le dépistage combiné devient ainsi la norme en France. Il n'en demeure pas moins que les problèmes éthiques liés au DPN demeurent entiers. Si en principe l'IMG doit être au départ une demande de la femme, elle est acceptée ou réfutée par les médecins. Après quatorze semaines d'aménorrhée, celle-ci n'est plus libre de décider seule d'interrompre sa grossesse.

« Les représentations mentales du handicap sont différentes suivant les milieux sociaux et les cultures. »

Je persiste à penser que le DPN, et ce test en particulier, par le pouvoir laissé aux médecins, se substitue dans les faits à l'intelligence et au désir des parents. Il met « sous tutelle » les parents qui décideraient d'interrompre volontairement une grossesse au départ désirée pour le motif qu'ils font le choix de ne pas élever un enfant dont le handicap serait jugé « tolérable » par l'équipe médicale et l'IMG refusée. Les médecins ont le pouvoir de convaincre les parents qu'il est possible d'élever un enfant à qui il manque un bras ou qui présente une malformation cardiaque opérable à la naissance. Position antagoniste du médecin pratiquant une IVG, qui se met au service de la femme qui juge qu'elle ne peut envisager de poursuivre sa grossesse imprévue. L'embryon est inconnu de par son sexe, son esthétique et sa santé future. L'apparition de tests en vente sur Internet depuis 2007 déterminant le sexe de l'embryon après quelques semaines de gestation, complique la réflexion. Ces tests ont provoqué une vive polémique en raison du risque d'IVG liées à la connaissance du sexe du fœtus. En France, recourir à ce type de test est interdit par la loi de bioéthique de 2004.

Pour finir, je tenterai de croiser le regard des parents, des soignants et celui de notre société aux trois principes éthiques que sont : la bienfaisance, l'autonomie et l'équité.

La bienfaisance peut se penser à l'égard de la société qui souhaite se soulager de la présence en son sein de personnes atteintes d'un handicap prévisible. Elle peut s'adresser à des parents pour qui la vie est

déjà bien assez difficile, sans devoir leur ajouter la charge d'élever un enfant handicapé. Pour les médecins, l'absence d'évaluation et d'objectifs éthiquement déterminés ne permet pas d'identifier clairement l'adéquation au principe de bienfaisance. Les doutes émis, quant aux répercussions psychologiques de l'anxiété provoquée par ce test sur les femmes enceintes, leur couple et le développement psychique de leurs enfants sains ou atteints, restent des questions en suspens.

Le principe d'autonomie vis-à-vis des parents reste difficile à penser. Ce test est complexe. Il a été « banalisé » par certains. Il semble peu respectueux de leur autonomie à décider de leur capacité ou non à élever un enfant handicapé. L'autonomie des médecins n'est pas respectée non plus puisque la loi leur intime de le proposer à toutes les femmes enceintes, sans nuances.

Le principe d'équité pourrait être pensé, le test étant proposé à toutes sans distinction. Cependant, les représentations mentales du handicap sont différentes suivant les milieux sociaux et les cultures. La compréhension de ce test est variable selon le niveau d'études. Qu'un enfant devienne handicapé par accident à un moment de sa vie, les parents sont bien obligés de s'organiser et d'assumer. Une chef de service accueillant une population majoritairement défavorisée, en partie constituée par des femmes immigrées, constate un nombre comparativement plus important de naissances d'enfants trisomiques au sein de cette population. Elle se pose alors la question de savoir s'il s'agit d'un choix culturel ou d'un problème d'accès aux soins².

Le respect des principes éthiques ne se trouverait-il pas dans la proposition de faire un caryotype avant trois mois à toutes les femmes qui le souhaitent ? Les prélèvements chorioniques ou les prélèvements sanguins de cellules fœtales circulantes permettent cela. Cependant, ces techniques ne sont pas développées à l'heure actuelle au prétexte qu'elles sont trop onéreuses.

Quand bien même des améliorations pourraient être apportées à ce « dépistage », il n'en reste pas moins que les problèmes éthiques demeurent devant la possible éradication de la trisomie 21 de notre paysage sociétal. ■

1. Martin Winckler et Salomé Viviana, *Les droits du patient*.

2. « Vers un droit à l'enfant normal », Danielle Moysse et Nicole Diederich, enquête menée d'octobre 2002 à août 2004, auprès de soignants, sur les conséquences de l'arrêt Perruche du 17 novembre 2000, quant à leurs pratiques professionnelles.

Ecouter les femmes enceintes

DOSSIER

L'entretien prénatal précoce est l'occasion de redonner la parole aux parents et de découvrir le plaisir d'échanger avec eux. C'est fondamental pour l'enfant qui va naître.

§ parentalité
§ Accueil
§ Grossesse

■ **Françoise Molénat**, pédopsychiatre

Redonner la parole aux futurs parents, tenir compte de leurs ressentis pour ajuster le suivi de la grossesse : sous l'évidence, il s'agit en fait d'un changement de culture considérable. Les témoignages concordent : du côté des femmes c'est l'étonnement – parfois une véritable révélation. Éprouver la disponibilité d'un professionnel, puis la valeur pour l'autre de ce que l'on exprime, l'absence de jugement, in fine ressentir que le système de soins s'ajuste aux besoins ou craintes exprimés... toutes disent leur surprise et l'effet mobilisateur de ce temps de rencontre lorsqu'il a pris sens pour elles. Pour les professionnels : surprise d'entendre une autre vérité, celle de la patiente, une autre logique, un changement radical d'état d'esprit.

L'entretien : un outil médical ?

Le débat n'est pas clos, en particulier chez un certain nombre de psychothérapeutes. Le lapsus tombe souvent : *examen du 4^e mois*, tant il reste difficile d'imaginer qu'un soignant s'engage dans le champ des ressentis.

Soyons clairs : les effets d'un dialogue ouvert avec un « praticien du monde somatique » n'ont rien à voir avec l'énoncé chez un psychologue qui ne touche pas au corps. Le médecin, la sage-femme se situent dans une position de soin, donc de protection au travers d'une proximité corporelle. Ce n'est pas tant le contenu de ce qui s'exprime, mais la qualité de la rencontre qui va enclencher une succession d'éprouvés spécifiques. Vérifier la fiabilité d'un lien, ressentir que l'on est rencontré dans son entièreté par celui ou celle qui aide à la mise au monde, génère des sensations et des émotions particulières, dans le registre du « holding » – ce « portage » que les futurs parents auront à offrir à leur enfant. C'est bien à travers son corps que le nouveau-né construira ses premières expériences d'être au monde, c'est au travers la sécu-

rité maternelle éprouvée dans les variations toniques de son buste, les modulations de sa voix, que l'enfant organisera sa régulation du stress.

Notre culture encore fortement marquée par le dualisme peine à intégrer la communication infra-verbale, qui pourtant régit les échanges humains : qualité d'accueil et de présence, attention et fiabilité. L'enfant n'aura pas tant besoin de discours que d'un bain sensoriel cohérent.

La mère, le père, qui n'ont pas éprouvé cette cohérence dans leur trajectoire ont là l'occasion de traverser ce que les théoriciens de l'attachement nomment une « expérience correctrice d'attachement », tant la force des ressentis autour de la grossesse et de la naissance laisse d'empreintes fondatrices. Si le passé est réveillé avec son cortège d'angoisses innommables, éprouver ce moment d'insécurité dans un climat de sécurité relationnelle peut réorganiser, voire détoxifier les expériences du passé : la clinique nous le prouve, les neurosciences également.

Il ne s'agit donc pas de dépistage, mais de l'offre d'un environnement « porteur » au moment où se porte un enfant.

Pour les professionnels : sortir de son isolement

Les professionnels témoignent. Un gynécologue-obstétricien, après trente ans d'exercice solitaire, livre ainsi : « Avant je les écoutais, mais je ne les entendais pas. Parce que je n'avais pas les réponses. Je refermais l'huître et les patientes restaient dans l'insécurité, moi avec. Une patiente stressée vous stresse : gérer l'accouchement dans le stress, c'est plus de césariennes et plus de manœuvres instrumentales. Maintenant je les adresse à une sage-femme qui organise les orientations, elle a les réponses, je reste concerné, mais tout est plus léger. Gain de temps, gain en sécurité... » Une sage-femme : « Pendant mes quinze ans d'exercice libéral, je réalise maintenant que la préparation à la naissance se résumait à transmettre mes connaissances médicales et à éviter que les

Françoise Molénat est pédopsychiatre à Montpellier, elle mène depuis trente ans un travail de recherche clinique interdisciplinaire sur la prévention en santé mentale autour de la grossesse et a œuvré pour une transformation des représentations et des pratiques. Elle a participé dans ce sens à l'élaboration du Plan Périnatalité 2005-2007. Elle a publié notamment *Prévention précoce, Petit traité pour construire des liens humains*, *Prévention En Maternité*, Ed. Eres, 2009.

.../...

.../... femmes n'apportent leurs propres difficultés, car je n'avais pas les réponses. Maintenant, je sais qu'en travaillant à plusieurs, je trouverai les solutions. Je peux appeler un psychologue si l'entretien a été très chargé. Elles me parlent autrement. »

Un médecin généraliste : « J'ose poser des questions que jamais je n'aurais abordées. Je me serais dit : pour qui tu te prends, tu n'es pas psy... J'ose dire à une mère : revenez la semaine prochaine, on prendra un peu plus de temps. »

Rappeler que nous en sommes encore là – peur de nous-mêmes et de la rencontre – peut paraître redondant, mais donne la mesure du long chemin à parcourir.

Les enjeux pour les parents

Le chiffre lancinant des dépressions du post-partum nous rappelle à l'ordre. Lorsqu'un nourrisson arrive en consultation pour des troubles fonctionnels, les parents répondent en première instance à notre question sur la grossesse et l'accouchement : tout s'est bien passé. Il faudra y revenir en fin d'entretien : vous n'avez pas ressenti de malaise dans toute cette période ? C'est après avoir éprouvé notre écoute attentive que viendra se dire l'enfer des angoisses, du sentiment d'abandon, de l'échec d'allaitement, la difficile rencontre avec le nouveau-né. Elles n'en ont parlé à personne. Ou bien on les a vite rassurées : « C'est normal ». On sait ce que produit le gommage des émotions : elles risquent de ressortir un jour ou l'autre, mais comment aller dire plus tard à son médecin qu'on se sent mal avec son bébé ?

C'est dans son développement que l'enfant viendra montrer ce qui n'a pu se dire : il cherche à travers les symptômes les réactions des adultes et vient cogner là où la mère a mal, parfois sans même qu'elle ait la conscience de cette douleur enfouie. Ou ce sera l'enfant d'après qui réveillera le microtraumatisme d'un sentiment de dévalorisation ou d'échec. Ou c'est à la génération suivante, devant les tableaux d'angoisse majeure que l'histoire devra se remonter : que vous a-t-on dit

du contexte de votre naissance ? Dans quel environnement avez-vous grandi pour être ainsi envahie d'émotions sans lien apparent avec le présent ?

Changer les représentations du monde médical

Les parents revus plus tard disent leur stupéfaction d'avoir été l'objet d'une attention personnalisée, et la même phrase revient : « On a découvert que vous travaillez ensemble. »

Avec les quelques années de recul peuvent s'analyser les dérives : questionnaire intrusif, moment de confiance qui ne débouche pas sur un ajustement des attitudes, absence de liaison entre celui à qui l'on se confie et le praticien de la grossesse... Retrouver le bon sens humain, s'intéresser au patient, donner de la valeur à ses propos avant de lui transmettre notre « savoir médical » et nos multiples conseils, se transmettre non pas des informations – les « facteurs de risque » – mais les attentes et/ou les peurs... serait-ce si difficile dans notre culture de l'objectivité ?

Pour une sage-femme, appeler un psychiatre relevait de l'impensable. Téléphoner au médecin généraliste quand une mère est inquiète au moment du retour à domicile surprend encore : « On n'y a jamais pensé ». Un des rôles majeurs de l'entretien prénatal précoce est d'activer la place de ces acteurs, déjà présents

et ignorés. Lorsqu'est proposé ce contact, on voit dans le regard l'étonnement : « Vous travaillez ensemble ? » Le message est de taille : respect mutuel entre les professionnels, capacité à reconnaître ses limites et faire la place à l'autre. Y a-t-il meilleur « soutien à la parentalité » selon la formule en vogue actuellement ?

Inutile de multiplier les actions volontaristes sur le modèle de l'hygiène devenue mentale : commençons par respecter la place des autres et à ajuster notre système aux besoins exprimés par les futurs parents – c'est leur rendre un peu du sentiment de maîtrise sur le monde que la vie leur a parfois interdit. Un peu de confiance retrouvée en eux-mêmes au travers des rencontres sensibles avec les acteurs de la naissance, c'est une pierre d'angle à offrir à leur enfant. ■

« Retrouver le bon sens humain, s'intéresser au patient, donner de la valeur à ses propos. »

L'affaire du Distilbène® , oubliée ?

L'histoire du Distilbène® est celle d'une erreur et d'une faute. A-t-on aujourd'hui retiré tous les enseignements de cette tragédie ?

§Gouvernement

§Médicament, firmes pharmaceutiques
§Gouvernement, politique, démocratie, Etat
§Information médicale

■ **Jean-Pierre Lellouche**, pédiatre

Une erreur lorsque certains ont cru en toute bonne foi disposer d'un remède utile contre les avortements spontanés, une faute, voire une faute aggravée lorsque l'on a continué à utiliser ce produit alors que les preuves de son inefficacité et de sa dangerosité s'accumulaient.

Le but de ce texte est de dénoncer l'attitude des autorités sanitaires françaises entre 1971 et 1977 et surtout de nous interroger : les étudiants en médecine sont-ils informés de cette histoire dans tous ses détails ? Ce produit entraîne des cancers et des malformations congénitales sur une et peut-être deux générations ; invite-t-on les étudiants à s'interroger sur les mécanismes à l'œuvre et s'interroge-t-on avec eux ?

En 1938, Dodds synthétise un œstrogène non stéroïdien, le diéthylstilboestrol (DES). En 1946, le DES est prescrit sur la constatation que les fausses couches s'accompagnent d'une chute des œstrogènes.

Mais c'est surtout en 1948 que les Smith (OW) et Smith (G), défenseurs de la théorie hormonale des avortements, multiplient les indications du DES. En 1953, un obstétricien réputé, Dieckman, s'étonne que l'on préconise des œstrogènes, cette proposition va à l'encontre de ce que l'on sait de la physiologie hormonale : classiquement, ce sont les progestatifs qui protègent la grossesse et pas les œstrogènes. Dieckman décide alors de faire un essai randomisé en double aveugle. Son article publié dans une grande revue ¹ ne montre aucune efficacité du DES. Cet article n'a aucun effet ni sur les pratiques, ni sur les ventes qui progressent sans cesse. Le traitement de la menace de fausse couche devient le DES dans tous les pays, mais beaucoup plus en France qu'en Angleterre. Ce sont des centaines de milliers de femmes, puis des millions qui sont traitées, alors qu'aucune étude n'a démontré d'efficacité et que la seule grande étude réalisée a montré l'absence d'efficacité.

En 1970, la revue *Cancer* puis en 1971 le *New*

England Journal of Medicine Herbst publient des cas d'adénocarcinome du vagin chez des jeunes filles de 15 à 22 ans, en relation avec la prise de DES par leur mère pendant la grossesse.

Le 12 août 1971, dans un article publié par le *New England journal of medicine* ², Peter Greenwald et coll. décrivent cinq cas de cancers du vagin chez des filles de 15 à 19 ans et concluent ainsi « *There can no longer be doubt that synthetic estrogen are absolutely contraindicated in pregnancy* ».

Ces publications ont un résultat immédiat du moins aux Etats-Unis : la Food and Drug Administration interdit l'utilisation du DES dans les indications obstétricales. En France, le DES reste autorisé et il est prescrit jusqu'en 1977.

Essayons de comprendre la situation. En 1971, cela fait vingt-trois ans que le produit est massivement prescrit, cela fait dix-huit ans que l'on sait qu'il est inefficace, cela fait un an que l'on sait qu'il est cancérigène ³ chez la femme. Le 25 novembre 1972, dans *La Revue du praticien*, D. Millet et A. Netter se prononcent avec fermeté contre l'utilisation du DES : « Dans un but préventif, il faut désormais s'abstenir définitivement de toute prescription d'œstrogènes de synthèse, du moins d'œstrogènes non stéroïdiens chez les femmes enceintes ». De 1971 à 1977, les autorités françaises autorisent l'utilisation du Distilbène®.

Il est intéressant de noter par ailleurs que le DES a été utilisé aussi pour stimuler la croissance et l'engraissement du bétail. Et comme le dit l'*Encyclopedia Britannica* 1998 : « La crainte qu'il reste des traces d'hormone dans la viande a conduit à interdire l'utilisation du DES en tant que stimulant de la croissance au début des années 70. »

Ainsi, les Etats-Unis interdisaient dès 1971 des traces d'hormone quand, en France, on autorisait encore des quantités infiniment plus élevées administrées directement aux femmes enceintes.

A-t-on aujourd'hui retiré tous les enseignements de cette tragédie ? Les étudiants en médecine sont-

.../...

.../...

ils informés de cette histoire dans tous ses détails ? Non, on n'a pas tiré tous les enseignements et non, les étudiants ne sont pas informés de cette histoire dans tous les détails.

Si on avait retiré tous les enseignements, il devrait être facile pour tous de trouver une information complète et précise. Or l'*Encyclopedia universalis* 2010 ne consacre que cinq lignes au Distilbène® (et seulement trois lignes aux cancers vulvaires et ne fait aucune mention des malformations congénitales) : « Enfin, il convient de remarquer que le diéthylstilbœstrol (commercialisé sous le nom de Distilbène®), dérivé artificiel agissant par l'intermédiaire du récepteur-

estrogène, n'a plus pour seule indication que le traitement du cancer de la prostate hormono-dépendant. En effet, son emploi est strictement prohibé chez la femme depuis que l'on a détecté des cancers vulvaires chez des fillettes dont les mères avaient été traitées par cette substance durant leur grossesse » et de nombreuses autres sources sont tout aussi laconiques. D'autre part, les livres de médecine devraient être très clairs dans leur description et leur condamnation. Tel n'est pas le cas dans un livre écrit en 1998 et qui n'est pas une exception : Hedon

Madelenat, *Gynécologie*, Ellipses, 1998. « On a assisté dans les années 70, à une épidémie [de cancers] observée chez les jeunes filles de 18-20 ans et on a accusé le Distilbène® qui avait été absorbé par leurs mères dans le but de prévenir une fausse couche. Ce produit a été très largement prescrit dans les années 50. Sa prescription a été définitivement arrêtée au début des années 70. Certains registres européens démontrent que l'épidémie se poursuit alors même que le nombre des sujets soumis à l'exposition intra-utérine par le DES (diéthylstilbœstrol) diminue. Toutes les questions ne sont pas résolues en ce qui concerne la pathogénie de cette maladie qui se singularise par son excellent pronostic. »

Ainsi les auteurs suggèrent ou disent que « certains registres européens » (sans dire lesquels) laisseraient planer un doute sur la responsabilité du Distilbène®.

Il est facile de se rendre compte et de comprendre pourquoi les étudiants ne sont pas informés de cette histoire dans tous ses détails. Les étudiants avant de devenir étudiants étaient des citoyens moyens, or le citoyen moyen ne baigne pas dans une culture ayant intégré l'idée que l'utilisation

du Distilbène® a été une catastrophe majeure. Ils reçoivent un enseignement donné par des enseignants qui eux-mêmes ont été des citoyens moyens et donc eux aussi soumis à la même culture (ou inculture) à l'égard du Distilbène®. Lorsqu'on a vécu vingt ou vingt-cinq ans dans un environnement qui ignore ou minimise la tragédie du Distilbène®, on ne peut pas tout d'un coup se découvrir une passion ou même un intérêt fort pour quelque chose qui semble être du passé. On peut demander aux étudiants ce qu'ils savent du Distilbène®, on découvre alors que leurs connaissances sont très vagues. On peut aussi leur demander ce qu'ils connaissent comme forme de cancers induits par des médicaments ou leur poser la même question à propos des malformations congénitales. Dans les deux cas, par la méthode directe et par la méthode indirecte, on découvre qu'ils ne savent habituellement pas grand chose sur le Distilbène® et sur les conséquences de son utilisation.

Les chercheurs n'ont pas tout compris des liens entre l'adénose vaginale et le cancer, il y a encore des choses à comprendre et à discuter, les chercheurs n'ont pas non plus tout compris des mécanismes qui conduisent aux malformations congénitales chez les petits enfants de femmes ayant reçu du Distilbène®.

Les enseignants et les chercheurs devraient dire aux étudiants qu'il y a des recherches à mener dans ces domaines, les informer des pistes de recherche, les prendre ou prendre certains d'entre eux comme partenaires et collaborateurs.

Mais il s'agit d'un mouvement d'ensemble : si la société dans son ensemble s'en désintéresse autant que l'*Encyclopedia universalis*, si les enseignants laissent écrire des énormités sans réagir ou en écrivent eux-mêmes, comme Hedon et Madelenat, il est difficile d'imaginer un mouvement fort de recherche, voire même un désir de recherche. ■

1. Dieckman W J Davis ME, Rynkwick, LM Pottinger, 1953, *Does the administration of diethylstilbestrol during pregnancy have therapeutic value ?* Am J Gynecol Obstet 66,1002-8
2. *Vaginal cancer after maternal treatment with synthetic estrogens.*
3. On le savait depuis bien plus longtemps en ce qui concerne l'effet cancérigène sur les animaux et au moins depuis 1957 (cf. notamment Meissner WA, Sommers SC, Sherman G, "Endometrial hyperplasia, endometrial carcinoma and endometriosis produced experimentally by estrogen", *Cancer* 10, p. 500-509, 1957).

« Les chercheurs n'ont pas tout compris des liens entre l'adénose vaginale et le cancer, il y a encore des choses à comprendre et à discuter. »

Né handicapé, quel préjudice ?

Comment est né, puis mort et ressuscité le principe de réparation du préjudice d'être né en situation de handicap.

■ **Nicolas Gouon**, militant des Verts, juriste

§Handicap
§Ethique
§Justice
§Dépistage

La société, les rapports sociaux se judiciarisent et la pratique médicale n'échappe pas à la règle. C'est dans cette évolution sociétale que s'insère l'affaire Perruche posant la question de l'indemnisation d'un enfant né en situation de handicap suite à une erreur de diagnostic, poussant à l'extrême la responsabilisation du corps médical.

Madame Perruche avait, en effet, contracté la rubéole, ce qui avait causé chez son enfant à naître de graves troubles neurologiques. Celle-ci avait fait part aux médecins de son intention d'interrompre volontairement sa grossesse si elle venait à être atteinte de cette maladie. Or la rubéole n'avait pas été diagnostiquée et Nicolas Perruche naquit le 14 janvier 1983 atteint de séquelles importantes (surdité bilatérale, rétinopathie, cardiopathie...).

Les époux Perruche entreprirent d'engager la responsabilité du praticien pour erreur de diagnostic afin de voir réparés tant leur préjudice que celui de leur fils.

Les juges avait donc à traiter d'un problème tant juridique sur l'existence d'un lien de causalité entre le défaut de diagnostic et la naissance en situation de handicap, qu'éthique : la naissance en situation de handicap constituait-elle du point de vue du droit français un préjudice réparable ? En l'espèce, il s'agissait d'ailleurs d'une question plus politique : la situation de handicap peut-elle être assumée par un particulier et ses assureurs ou être compensée par la solidarité nationale ?

S'en suivit une séquence judiciaire longue et ponctuée de rebondissements. Obtenant gain de cause en première instance tant pour eux que pour leurs fils, les époux Perruche furent déboutés de leur demande de réparation du préjudice de Nicolas devant la Cour d'appel de Paris et se pourvurent donc en Cassation.

La Haute juridiction fut alors appelée à faire connaître l'état du droit en la matière. Elle rendit le 26 mars 1996 sa première décision dans le sens

des prétentions des requérants estimant « (...) qu'il était constaté que les parents avaient marqué leur volonté, en cas de rubéole, de provoquer une interruption de grossesse et que les fautes commises les avaient faussement induits dans la croyance que la mère était immunisée, en sorte que ces fautes étaient génératrices du dommage subi par l'enfant du fait de la rubéole de sa mère (...) ». Elle renvoyait les parties devant la Cour d'appel d'Orléans pour que soit fait droit à leurs prétentions. Cette dernière choisit de ne pas suivre le point de vue des magistrats parisiens en relevant l'absence de lien de causalité entre la situation de handicap de l'enfant et la faute des praticiens, ce qui entraînait le retour de l'affaire devant la Cour de cassation réunie en l'Assemblée Plénière, instance solennelle de la juridiction.

Appelée pour la seconde fois à se prononcer, la cour confirmait sa position en estimant dans un attendu devenu célèbre que « dès lors que les fautes commises par le médecin et le laboratoire dans l'exécution des contrats formés avec Mme Perruche avaient empêché celle-ci d'exercer son choix d'interrompre sa grossesse et ce afin d'éviter la naissance d'un enfant atteint d'un handicap, ce dernier peut demander la réparation du préjudice résultant de ce handicap et causé par les fautes retenues », provoquant l'émoi de l'opinion publique.

Le législateur rejette le principe né de l'arrêt Perruche

Le législateur fut donc contraint, fait plus que rare, par le tollé général et l'ire des associations de défense des personnes en situation de handicap d'intervenir suite à une décision de justice. En effet, sous l'impulsion de Bernard Kouchner, ministre de la Santé de l'époque, fut initiée la loi du 4 mars 2002 devenue par la loi du 11 février 2005 l'article L 114-5 du Code de l'action sociale et des familles prévoyant en son alinéa 1 que « Nul ne peut se préva-

.../...

.../...

loir d'un préjudice du seul fait de sa naissance » et poursuivant dans un alinéa 3 visant expressément l'affaire Perruche que « lorsque la responsabilité d'un professionnel ou d'un établissement de santé est engagée vis-à-vis des parents d'un enfant né avec un handicap non décelé pendant la grossesse à la suite d'une faute caractérisée, les parents peuvent demander une indemnité au titre de leur seul préjudice. Ce préjudice ne saurait inclure les charges particulières découlant, tout au long de la vie de l'enfant, de ce handicap. La compensation de ce dernier relève de la solidarité nationale. »

A la suite de cette loi, il n'était donc plus possible pour un enfant de demander l'indemnisation du préjudice d'être né en situation de handicap, mais cette possibilité demeurait possible pour les parents demandant la réparation de leurs préjudices, socialisant ainsi la prise en charge du handicap par le biais de la solidarité nationale.

La loi prévoyait même son application rétroactive, c'est-à-dire y compris aux naissances antérieures à sa promulgation, pour lesquelles des démarches judiciaires avaient été entreprises, alors qu'en droit français la loi n'est supposée ne disposer que pour l'avenir.

En soulevant cette contradiction à la fois aux principes constitutionnels français et à la Convention Européenne des Droits de l'Homme, des familles saisirent la Cour européenne des Droits de l'Homme.

La Cour européenne des Droits de l'Homme ressuscite le principe de la réparation du préjudice d'être né en situation de handicap

La juridiction européenne estima en 2005 que les parties disposaient légitimement, au vu de la jurisprudence Perruche, d'une créance en réparation « de montants très élevés, que les parents d'enfants dont le handicap n'avait pas été décelé avant la naissance en raison d'une faute... auraient pu faire valoir » égratignant au passage le montant de la compensation issue de la solidarité nationale prévue par la loi du 4 mars 2002 dont « tant le caractère très limité (...) que l'incertitude régnant sur celle qui résultera de l'application de la loi du 11 février 2005 ne peuvent faire regarder cet important chef de préjudice comme indemnisé de façon raisonnablement proportionnée depuis l'intervention de la loi du 4 mars 2002 ».

Cette position fut suivie par la Cour de cassation et le Conseil d'Etat (respectivement par des arrêts du 24 janvier 2006 et un avis du 24 février 2006).

La Cour de cassation consacrait ainsi une survivance du principe né de l'arrêt Perruche pour les enfants nés avant le 4 mars 2002 pour lesquels les parents avaient entamé des démarches judiciaires avant cette date.

La question de l'indemnisation du préjudice d'être né en situation de handicap en est restée à ce stade jusqu'au 14 avril 2010 où Madame L. (en usant de la possibilité nouvelle issue de la dernière réforme constitutionnelle de soulever lors d'une instance en cours l'inconstitutionnalité d'une disposition législative) posa la question de la constitutionnalité des alinéas 1 et 3 anti Perruche de la loi du 4 mars 2002 rejetant le fait de se prévaloir du préjudice du seul fait de sa naissance et limitant l'action en réparation du préjudice de la naissance d'un enfant en situation de handicap à celui du préjudice de ses seuls parents. Les faits étaient similaires à ceux de l'arrêt Perruche. Loïc L. est né en 1995 atteint d'une myopathie de Duchenne. Madame L. soulevait l'erreur de diagnostic du service de laboratoire de biochimie génétique sur le risque encouru de transmission de cette maladie à son enfant et sollicitait la réparation de son préjudice et de celui de ses enfants. Elle fut déboutée en première instance et devant la Cour Administrative d'Appel. Devant le Conseil d'Etat, elle ne se contenta pas de soulever que l'effet rétroactif de la loi en question porte atteinte aux principes à valeur constitutionnel de la séparation des pouvoirs législatif et judiciaire et au droit à un recours juridictionnel effectif découlant de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen. Elle soutient également la contrariété des principes issus de la loi anti Perruche à l'article 4 de la Déclaration de Droits de l'Homme fondement constitutionnel du principe de la responsabilité juridique. En somme, Madame L. estime que le droit d'engager la responsabilité du médecin est empêché par la loi de 2002 et ce faisant, c'est le principe même de l'absence de la réparation du préjudice d'être né en situation de handicap qu'elle attaque. Le Conseil Constitutionnel a désormais trois mois pour faire connaître sa réponse et réanimer peut-être ce « principe ». ■

Les hommes accouchent aussi

Un constat s'impose : à l'heure du partage des biberons et du lavage des fesses du nourrisson à tour de rôle, la société maltraite les hommes qui veulent devenir pères à la naissance de leur enfant.

§Grossesse

§Père, §Parentalité

■ Denis Lemasson, médecin généraliste

En apparence, les comportements ont évolué : les hommes s'impliquent davantage dans les soins à l'enfant, dans leur garde, dans leur éducation... Cependant, rien n'a changé pendant la période cruciale de la gestation et de l'accouchement. Comment expliquer cette discontinuité ? A y regarder de près, nous pouvons même nous étonner du conservatisme contemporain qui jette d'un coup le discrédit sur cette prétendue avancée de nos mœurs. Dans une société dominée par les hommes, l'accouchement est aujourd'hui, comme hier, un dispositif de glorification de la mère qui vient au monde avec son enfant. Pourtant, l'enfant qui apparaît entraîne de facto ses parents vers l'horizon nouveau de la parentalité. Un vrai jeu de dominos, dont le père est aussi partie prenante.

La grossesse est celle de la mère parce que c'est pour elle que l'on s'inquiète. C'est à elle que l'on réserve les remarques sur sa mine, son tour de taille et la grosseur de ses seins. Cela est légitime. J'aurais pu dire « naturel », comme si, dans l'évidence de nos représentations, cela supposait un surcroît de légitimité. Mais pourquoi se sentir obligés d'ignorer la santé du père ? A la place, les futurs pères entendent « Ah oui, toi, t'as le rôle facile... Hein ! », souvent suivi d'un rire gras dont l'intonation se veut complice d'une bonne farce. Mais laquelle ? La réponse ne tarde pas et vient généralement peu après dans la conversation : « Eh, on n'est jamais sûr de qui est le père ! Ahaha ! » Le père, s'il est poli, rit jaune et change de sujet.

On ne s'intéresserait donc pas à l'homme car sa filiation serait suspecte ? Mais c'est bien celui-là même (et pas un autre) qui va devenir père (et qui parfois essaye même de s'y préparer) ! Et cette tâche, supposément impossible par nature, n'est pas facilitée par ses congénères. Certains pères en devenir, les plus désespérés, sont tentés par l'imitation. Ils fabriquent un leurre pour attirer l'attention. Ceux-là se remplissent la panse d'alcool et de chocolat, multiplie les restos avec les collègues, et grossissent

à vue d'œil. Ils réalisent ce qui est communément appelé une « couvade ». Ils réussissent à attirer le regard. En ce sens, leur entreprise est un succès. Succès immédiatement remis en cause par la nature condescendante du regard qu'on leur adresse. Les yeux se plissent gentiment et sont attendris comme le regard que l'on pose sur des enfants qui jouent au « papa et à la maman ». Voilà tournée en ridicule leur prétention à déjouer l'ordre « naturel »...

Parce que rien ne se passe dans le corps des hommes tandis qu'ils deviennent pères. Cette inégalité hormonale entre hommes et femmes face à l'événement « devenir parent » est choquante. Les médecins savent bien l'imprégnation record qui baigne le corps des femmes pendant la grossesse et connaissent les effets extraordinaires de la progestérone. C'est un véritable oreiller psychique : antidépresseur, anxiolytique, elle réduit les troubles du sommeil, augmente la libido, renforce l'immunité, améliore la mémoire... Bien sûr, il faut au moins tout cela pour que la femme supporte les transformations de son corps avec bonheur. Mais les hommes, quant à eux, restent inchangés, figés dans leur corps toujours imprégné de la même testostérone, en quantité désespérément stable, ce qui ne les rend pas plus malins, ni ne les aide au passage initiatique d'une naissance. Pendant les mois de grossesse, c'est bien pourtant à deux (dans la plupart des cas) que l'on se projette dans la potentialité d'un être qui n'est pas « nous » et que l'on réorganise sa vie pour tenter de la rendre compatible avec une nouvelle vie en puissance. L'homme ne lutte pas pour la continuité de l'espèce à armes égales. Un comité de soutien, un syndicat des pères qui milite pour un Droit nouveau devrait être créé (un des seuls qui n'est pas encore un Droit de l'« Homme », un comble...) : celui du Droit à disposer d'un package hormonal de pré-naissance et de post-naissance. La médecine s'est-elle penchée sur ses paillasses pour sauver ces pauvres diables qui constituent tout de même la moitié de l'humanité ?

.../...

.../... Toujours prompt à servir l'ordre établi, je doute de sa bonne volonté. Le seul discours qui est prononcé semble : « L'enfant est celui de la mère ! » Les femmes deviennent mères à la « maternité ». Existe-t-il un lieu où les hommes deviennent pères ? Le travail de culture s'évertue à surligner une supposée évidence biologique : les femmes accouchent et pas les mecs. Pourquoi ne ferait-il pas un petit effort et, dans un raffinement qui lui ferait honneur, prendrait soin de l'accouchement du père ? Devant l'inexistence d'un tel projet, nous pourrions lire une volonté d'écarter le père en naturalisant plus encore la puissance du rapport entre la mère et son enfant. C'est comme si la société avait intérêt à ce que le père déserte affectivement la place. Autrefois, la situation avait au moins le mérite d'être claire : l'accouchement était histoire de femmes. Le mari pouvait disposer, merci beaucoup. On lui épargnait un spectacle qui risquait de l'apeurer. On excusait son absence par son dur labeur, il pouvait vaquer à ses occupations. Aucune chance ne lui était donnée de prendre place près de son enfant. Aujourd'hui, on le tolère dans la salle d'accouchement, mais on lui fait payer cher cette intrusion. Il est certes là, mais condamné à l'impuissance. Son séjour parmi les sages-femmes est celui d'un meuble trop encombrant, on le somme de ne pas bouger. « Si vous ne vous sentez pas bien, ne luttez pas, sortez de la pièce ». Le corps soignant réduit ses soins à un niveau qui trahit le serment d'Hippocrate, car le futur père entend : « Si vous êtes malade de ce que vous voyez, on ne veut plus vous voir. » Ce faux-semblant contemporain, qui promeut les hommes en salle d'accouchement sans leur donner

les moyens d'y vivre l'accession à la paternité, reprochant à ceux qui défont leur carence, c'est de la non-assistance à nouveaux pères en danger. Je n'oublie pas que les mères deviennent mères dans les larmes et les cris, c'est sûr, on a les mères qu'une civilisation demande. Et la nôtre est machiste. Aujourd'hui, elles veulent toutes devenir mères, l'injonction à la reproduction frappe avec un regain de violence. Et ce qui fait écho à cette situation, c'est celle des pères à ce moment où tout commence, comme une image inversée et fugace de leur domination. Les bougres sont réduits à leur plus simple expression, des regards remisés dans un coin, dont les mouvements n'ont qu'un but : ne pas gêner le théâtre des opérations. « Sois beau et tais-toi » en quelque sorte, on leur ordonne de faire la potiche. Plus tard, dans le silence épais de la chambre de la maternité, à l'heure où le père contemple sa femme et son enfant s'endormir après tant d'émotion, la sage-femme de garde lui chuchotera à l'oreille avec une voix douce :

« Monsieur... Je suis désolée, mais il faut laisser dormir les jeunes mamans... Les pères ne peuvent pas dormir ici... Il faut rentrer chez vous... »
 « Mais chez moi, n'est-ce pas où dorment ma femme et mon enfant ? »

Le jour où les hommes seront socialement considérés comme partie prenante à la naissance des enfants, les femmes auront gagné en liberté. Elles ne seront plus enfermées dans l'exclusivité de leur glorieuse maternité. Et les hommes, reconnus dans leur accouchement à la paternité, auront la possibilité de construire ce qu'ils deviendront. ■

D'un ventre à l'autre

■ Mireille Brouillet, médecin généraliste

Anthony a 3 ans. Il vient accompagné par sa mère qui est enceinte de huit mois. Elle me dit qu'il se plaint toujours du ventre, qu'il ne mange pas bien et qu'il vomit souvent...

Il adore se faire examiner et monte sur la table : j'examine le nez, la gorge, les oreilles, sans rien oublier sinon il va me le réclamer... puis je palpe le ventre et je finis par une papouille amicale en disant :

« Qu'est-ce qu'il y a dans ce petit ventre, Anthony ? »

La réponse est immédiate, avec des grands yeux pleins de malice :

« Un bébé »

Nous nous regardons sa mère et moi et nous rions tous les trois.

« Mais les petits garçons n'ont pas de bébé dans le ventre, c'est les mamans qui ont des bébés !... Qu'est-ce qu'elle a Sabine, dans le ventre ? »

« Un bébé », répond-il soudain timide.

« Eh oui, un petit frère ou une petite sœur », précise la mère.

« Tu sais, moi je me souviens quand Sabine venait, il y a trois ans, se faire examiner ici. Elle avait un autre bébé dans le ventre. Je touchais son ventre, il y avait des bosses qui bougeaient et nous nous demandions bien qui allait sortir de là... et c'était... »

« Anthony », dit Sabine avec moi.

« Eh oui », répond-il les yeux écarquillés, puis il descend tout seul de la table très fier.

Le ventre d'Anthony n'a plus posé de problème pendant quelques temps.

Ces moments-là font partie des consultations de médecine générale, moments très privilégiés où « ça baigne ». Nous engrangeons ainsi des souvenirs partagés qui tissent une toile, solide support de la confiance et de l'expression des soucis de santé... ■

Naître et devenir

L'accouchement est devenu un événement chirurgical, se pratiquant de plus en plus fréquemment sous anesthésie. On aimerait penser que le mouvement de libération des femmes a influencé la communauté médicale, exorcisant la prescription biblique « Tu enfanteras dans la douleur ». En fait, ce n'est pas si simple ; l'application quasi systématique de l'anesthésie péridurale permet aussi d'aller plus vite, de programmer les accouchements à la chaîne « agrémentés » de perfusion, monitoring, épisiotomie, voire césarienne. Ces conditions, très médicalisées, ne laissent pas aux parents le temps de prendre leurs décisions tranquillement ni de vivre la naissance de leur enfant comme un moment leur appartenant.

A côté des maternités de niveau trois, des voix s'élèvent pour un retour à l'accouchement physiologique. Dans ce mouvement, des sages-femmes innovent et des pères retrouvent une place.

La famille évolue, le couple hétérosexuel n'est plus le seul modèle apte à accueillir l'enfant qui paraît.

Naître et être accueilli sont l'enjeu d'une redéfinition de la parentalité où les professionnels sont invités à dépasser leur clivages, à se mettre au service de tous les couples. ■

Pour une obstétrique humaine

L'obstétrique hospitalière est prisonnière de la politique de rentabilisation ; seul un mouvement des usagers relayé par des professionnels permettra de laisser une plus grande autonomie aux couples pour le suivi de la grossesse et l'accouchement.

Entretien avec **Amina Kirsch-Yamgnane**, gynéco-obstétricienne à Paris

Propos recueillis par **Martine Lalande** et **Elsa Lucas**

Pratiques : Pour quelles raisons avez-vous quitté l'hôpital public pour travailler en ville ?

Amina Kirsch-Yamgnane : J'ai travaillé dix ans dans des maternités de niveau 3, à haut risque maternel et fœtal, à Louvain puis à Necker. En Belgique, on faisait deux interruptions médicales de grossesse par semaine et à Necker une par jour, en majorité pour malformation fœtale. C'est très lourd sur le plan émotionnel. Et je me suis rendu compte, après avoir travaillé dix ans dans ces services de haute voltige, que le tout technique, il en faut, mais le devenir parent ne se passe pas là. Je savais que je savais faire et j'en avais fait assez, il me fallait trouver un ailleurs.

L'exigence de rentabilité financière du secteur de la santé a été l'occasion pour l'institution publique de santé de désorganiser les soins, sans avoir la moindre preuve de l'efficacité de telles démarches. Les premiers résultats montrent même leur inefficacité. Au lieu de mettre notre intelligence collective au service du patient à l'occasion de ce questionnement sur le coût des soins, on fonce tête baissée dans les poncifs économiques, dont l'application au secteur de la santé ne vont pas de soi. Pour autant, je partage l'avis selon lequel, nous (acteurs des soins de santé) avons un devoir d'efficacité.

Ce manque de volonté de l'institution médicale de trouver d'autres stratégies que de baisser les coûts de production est insupportable. En maternité, avec la T2A¹, on doit faire toujours plus d'actes, des accouchements mais pas de suivi. Dans ce système, la femme en train de devenir mère n'intéresse personne. Elle est suivie en ville, accouchée à l'hôpital et renvoyée chez elle rapi-

dement. Les troubles de l'attachement à l'enfant, les dépressions du post-partum, les souffrances psychosociales autour de l'arrivée des enfants sont difficilement pris en charge dans ces conditions. C'est grave, car cela fait le lit des problèmes des adultes dans 30 ans : ces enfants-là sont les psychotiques de demain²...

Comment expliquer, alors qu'on a beaucoup médicalisé la grossesse, qu'on meurt encore d'hémorragie après avoir accouché en France, beaucoup plus souvent qu'en Suède ?

Au point de vue sécurité, on a un bon niveau en obstétrique en France, mais on n'est pas les meilleurs. La France a des secteurs de pointe, comme tous les pays occidentaux, et d'autres où cela part

à vau l'eau. Par exemple, depuis 1980 les études menées par l'OMS démontrent que le plus délétère à la prise en charge d'une hémorragie de la délivrance, c'est le transport de la femme. Les hémorragies de la délivrance à Paris sont prises en charge par embolisation dans un seul hôpital, à tour de rôle. Et c'est à Paris qu'on en meurt le plus en France, avec les Antilles. On nous dit que s'il y a une forte morta-

lité maternelle en France c'est parce qu'il y a beaucoup de femmes immigrées, qui viennent d'Afrique, elles ont des fibromes, elles ne savent pas qu'elles sont enceintes... Donnons des papiers à ces femmes, elles se feront mieux suivre certainement, mais ça c'est aussi un choix politique. Un autre argument est que les autres pays sauraient moins bien compter leurs morts que nous. Sincèrement, je ne crois pas que la Suède ait de leçon de santé publique à recevoir de la France !

« La Suède n'a aucune leçon de santé publique à recevoir de la France. »

Face à l'emprise de la technique, des femmes, des couples et des sages-femmes revendiquent l'accouchement « physiologique ». Pourquoi serait-ce incompatible avec le confort de la péridurale ?

Ce n'est pas incompatible. L'accouchement, cela fait très mal. Sans péridurale, il y a des femmes qui vous demandent en cours de travail qu'on les tue pour que cela s'arrête. Pour les professionnels de santé qui sont à côté d'elles, c'est très dur. On sait que la tolérance à la douleur est liée à la psychologie et que si l'on n'est pas préparé à subir une douleur, on la supporte très mal. Et le fait de savoir qu'une péridurale est possible rend la douleur plus difficilement tenable. Dans les années 60, les femmes savaient qu'elles allaient souffrir, et c'était tout. Pour pouvoir supporter un travail, il faut qu'il soit naturel parce que si l'on stimule les contractions avec du Syntocinon®, elles deviennent très intenses et très rapprochées, la douleur devient intenable. Il faut être accompagnée pour vous aider à passer le cap de la douleur qui vient en vagues et que cela dure 8, 10, 15 heures... Dans le règne animal, les femmes sont les seules à ne pas accoucher dans la solitude ; cela n'existe dans aucune civilisation ni aucune culture. La péridurale, qui reste un acquis sur lequel il ne faut pas revenir de mon point de vue, nous a dégagés de notre fonction d'accompagnement. Cela permet effectivement d'augmenter les cadences dans les salles de naissances, la sage-femme s'occupe de plusieurs femmes à la fois, ne doit plus rester auprès de la parturiente. La femme est seule, et immobilisée, car la péridurale paralyse les muscles, elle ne peut pas déambuler. Elle est complètement passive. La descente du bébé dans le bassin est très douloureuse, et donc on remet de l'anesthésique dans la péridurale, au moment de la naissance et cela peut empêcher la femme de pousser. Dans ce cas, on intervient car il faut que ça avance. C'est ce qui explique une partie de l'augmentation des instrumentalisation. Mais il ne faut pas être manichéen, la péridurale présente aussi de nombreux avantages, y compris sur la qualité de la naissance.

La médicalisation de l'accouchement ne crée-t-elle pas de nouvelles complications, comme un excès de césariennes ?

Se poser la question est légitime, mais à ma connaissance, cela n'a fait l'objet d'aucune étude sérieuse. Cependant, l'on voit bien, sur base de l'expérience clinique, qu'un certain nombre d'actes sont purement iatrogènes. La péridurale réduit probablement la fréquence des contractions quand celles-ci ne sont pas bien installées, donc on doit mettre du Syntocinon®, rompre la poche des eaux... Et on intervient beaucoup plus souvent, y compris en faisant des césariennes.

Les médecins ne sont pas seuls responsables de cet état de fait, les femmes aussi en portent une lourde responsabilité. L'idée reçue selon laquelle la césarienne protégerait la qualité de la sexualité, ou bien qu'elle serait moins douloureuse, fait fureur.

Dans le même temps aussi les femmes, la société, les couples, les sages-femmes demandent qu'on se rapproche plus de la physiologie. Si les médecins font les autistes sur la question, les femmes vont prendre la tangente, et vont commencer à accoucher toutes seules à domicile avec les dégâts que l'on connaît. La Hollande est une particularité, où le choix de l'accouchement à domicile est soutenu, voire stimulé, par la puissance publique et donc organisé de façon pérenne. En Belgique, ou en France, nous n'avons rien mis de tel en place, mais on vilipende les femmes qui accouchent toutes seules.

Il faut profiter de cette demande des femmes pour que les professionnels de la maternité s'y attellent : des anesthésistes commencent à mettre des PCA (perfusion d'analgésique contrôlée par la femme), en Angleterre certains disent qu'on peut laisser les femmes manger et boire, d'autres travaillent pour une péridurale ambulatoire. Les choses sont doucement en train de bouger, on y arrivera dans les vingt prochaines années. Pour que la profession médicale bouge, il faut que cela vienne des usagers, c'est comme pour la contraception.

Pour que cela change, il faut des relais professionnels. Pour la douleur en cancérologie, ce sont les infirmières qui ont fait bouger les choses, ici ce sont les sages-femmes ?

On est dans un mouvement du même type que celui qui a permis que la contraception soit possible, cette fois-ci relayée par les sages-femmes, pour l'accouchement physiologique. Cela va finir par être possible. D'abord, on manque de gynécologues, on va être obligé de laisser de la place aux sages-femmes. Dans les maternités de niveau 3, il va falloir s'organiser, comme à l'hôpital Trousseau aujourd'hui, où il y a deux maternités qui coexistent, celle des Bluets, plutôt « maison de naissance », où les sages-femmes gèrent tout ce qu'elles peuvent gérer, à côté d'un plateau beaucoup plus technique. Le deuxième élément du contexte qui fera que cela va aller peut-être plus vite que ce qu'on pense c'est, paradoxalement, la T2A. Les maternités aujourd'hui se demandent comment faire pour attirer ou garder leur patientèle : eh bien, elles doivent répondre à la demande des femmes, et l'on voit comment le corps médical devra s'adapter à la volonté des femmes.

Quand une grossesse ne se passe pas bien, elle devient « pathologique », la femme ne peut plus être suivie

.../...

.../...

en ville, la technique est omniprésente... Comment concilier la sécurité de l'enfant et l'expression du vécu du couple dans cette situation ?

Je crois que c'est là le véritable enjeu de la médecine périnatale du XXI^e siècle. Si une grossesse devient compliquée, elle doit être suivie d'encore plus près et donc nécessairement dans des structures hospitalières. Ce n'est pas le fait de quitter un suivi de ville qu'il faut remettre en cause, au contraire. Dans ces situations justement compliquées par la malformation, la prématurité, la toxicomanie, les difficultés sociales, les troubles psychiatriques, les maladies maternelles aiguës ou chroniques, la transmission des maladies génétiques, etc., c'est la capacité des équipes hospitalières à ne pas céder à la tentation du saucissonnage technologique du couple qui est interrogé. Ceux qui travaillent dans des équipes de pointe à l'hôpital, et dont l'existence même ne saurait être remise en cause, doivent aujourd'hui réfléchir. Comment continuer à considérer les parents comme les acteurs principaux de la partie qui se joue ? Comment préserver toute l'autonomie des parents ? Comment accompagner le « devenir parent » dans ce grand chaos médical ?

Très certainement en considérant les parents comme des partenaires des équipes de médecine périnatale et non de simples patients au sens passif du terme. Ce point de vue théorique est au fronton de tous les ouvrages de médecine périnatale, pourtant l'on voit bien que c'est là que nous péchons le plus. Par manque de temps, par manque de connaissance, par manque de volonté, par manque d'intentionnalité sur le sujet, par manque d'exercice, et par facilité. Traiter les parents comme nos interlocuteurs d'égal à égal est très difficile et l'est d'autant plus que la maladie fait irruption. Pour recevoir des parents à qui l'on a l'intention de donner toute sa dimension

d'acteur, il faut être sécurisé sur ses propres pratiques. Il faut connaître ses propres limites techniques, là où nous avons touché notre propre incompetence. Cela sous-entend que l'on est capable de se dire que la situation nous dépasse peut-être ou sans doute. Dire à un parent « Je ne peux pas répondre à la question que vous me posez, car je ne sais pas » n'est pas un exercice simple. Cela sous-entend qu'il faut avoir éliminé les enjeux de pouvoir avec ses collègues. Dire à des parents « L'auxiliaire de puériculture est la personne compétente pour répondre à votre question », décrocher son téléphone pour appeler l'auxiliaire en question, et lui demander son aide dans l'impasse dans laquelle vous ont mise les parents demande de bien connaître l'autre et d'accepter de descendre du supposé piédestal où le médecin se trouverait. Demander à ces parents « Que pensez-vous de la situation ? » alors que vous n'en avez vous-même pas la moindre idée, demande une bonne maîtrise de ses émotions. Il y a encore peu de gens qui travaillent comme ça, mais cela commence, par exemple Françoise Molénat à Montpellier, ou bien le Groupement d'Intérêt Public (GIP) en Belgique avec le mouvement francophone pour un travail collaboratif, qui revendiquent des espaces de formation pour les professionnels.

Cela demande un investissement majeur de la part des professionnels : se réunir, échanger, accepter sa propre impuissance devant l'autre. ■

-
- 1. TZA : tarification à l'activité, mode de calcul du budget des hôpitaux, qui influe sur leur activité, privilégiant les activités « rentables », pour lesquelles l'hôpital sera « bien payé » par la Sécurité sociale... voir les articles dans *Pratiques*...
- 2. On sait que 15 % des enfants de mères qui font une dépression du post-partum deviennent des adultes psychotiques ; on peut évaluer leur nombre à 18 000 par an.

La responsabilité en paternité

■ **Didier Ménard**, médecin généraliste

Dans la salle d'attente du cabinet médical, il y a un coin pour les enfants. Ce jour-là, ils sont nombreux, et cela paille si fort qu'il est devenu difficile d'ausculter un malade. Je sors de mon bureau pour inviter à plus de calme. Un enfant est grimpé sur la table des revues et joue à Spiderman. J'interpelle sa mère pour intervenir : « Louisa, tu pourrais calmer ton fils si turbulent. » Elle me répond : « Tu peux le faire aussi, après-tout s'il est né, c'est de ta faute ! » Silence dans la salle d'attente. Qu'est-ce que cela veut dire ? Devant le silence et les regards amusés ou interrogateurs des autres personnes, Louisa s'enfonce : « Bien oui, c'est à cause de lui que je suis tombée enceinte. » « Ah bon », répond en cœur la salle d'attente, « On ne savait pas cela, bravo docteur !!! » Il devient urgent d'être plus explicite. J'invite Louisa à dire les choses autrement. Louisa vient de comprendre toute l'ambiguïté de sa remarque ! « Mais ce n'est pas lui le père, mais c'est lui qui m'a dit d'arrêter ma pilule. Résultat neuf mois après, Saïd est né ». Ah bon, ce fut une « erreur » médicale, cela est moins grave. Comme quoi, établir une contre-indication à la pilule peut vous entraîner dans des situations délicates. Tout faire pour assurer la continuité de la contraception est utile pour le couple et... aussi pour le médecin. ■

Naître à Clamecy ?

Qu'en est-il de l'organisation actuelle de la prise en charge des femmes enceintes ? Quelles sont les conséquences de la fermeture des maternités de proximité ?

I Danielle Capgras-Baberon, sage-femme formatrice/consultante

§Gestation
§Périnatalité

« En France, le maintien des maternités est sous-tendu au seuil d'activité de 300 naissances ; or il n'a pas été démontré qu'en deça de ce seuil pouvaient se poser des problèmes de sécurité.

Une maternité n'est pas un élément neutre dans le système de soins ou l'équipement urbain, c'est aussi le symbole qui témoigne de l'aspect moderne et dynamique d'une ville.

Dans ce contexte, la fermeture est interprétée par l'opinion publique comme une régression, qui d'ailleurs souvent s'ajoute à des suppressions locales d'emplois (présentées également comme "économiquement rationnelles".) Loin des problèmes d'experts concernant les "seuils", la population comprend que la fermeture des "petites" maternités est aussi le signe d'un déclin démographique. »

Il y a un peu plus d'une vingtaine d'années, une politique importante de restructuration a amené les Etats-Unis à fermer de nombreux lieux prenant en charge les naissances, et ce jusqu'à l'apparition de structures telles que celle de Houston qui accueille actuellement 30 000 naissances par an !

Ces structures fonctionnent avec des infirmières spécialisées ; leur taux de césariennes est de 32 % dans la population générale et de 48 % chez les plus de 40 ans. Aujourd'hui, les indicateurs de périnatalité sont tels que la politique aux Etats-Unis est de rouvrir les structures de proximité !

D'autres politiques périnatales existent, notamment dans les pays du Nord de l'Europe, en Hollande et en Finlande par exemple. Ces pays privilégient un accompagnement fondamentalement différent des femmes enceintes, et obtiennent les meilleurs indicateurs périnataux d'Europe.

Leur politique périnatale est radicalement différente de celle menée aux Etats-Unis et a fortiori en France : en effet, dans les pays nordiques, toute grossesse est considérée comme potentiellement physiologique jusqu'à preuve du contraire. Ainsi toute femme enceinte est prise en charge par une professionnelle sage-femme et/ou un médecin généraliste, la prise en charge est globale, incluant les aspects médicaux, mais aussi psychologiques et sociaux.

Il s'agit d'une approche dite de « santé communau-

taire » : « construction de pratiques qui prennent en compte les préoccupations pour produire du mieux être, de la santé, dans le sens le plus large ». Le spécialiste gynécologue-obstétricien n'intervient que dès l'apparition d'une pathologie.

Les femmes pour certaines (environ 30 %) en Hollande accouchent chez elles, dans un contexte particulier certes : le travail de réseau (et donc la confiance) est acquis depuis bien plus longtemps que chez nous, et le contexte géographique est différent. Les résultats de ces différentes organisations de la périnatalité sont connus par l'ensemble des sociétés savantes. Pourtant, il semble que la France ait encore une fois choisi comme modèle les Etats-Unis : elle a engagé une politique de fermeture des maternités de niveau 1 depuis quinze ans et les cartes de France comparant la localisation des maternités il y a dix ans et aujourd'hui laissent pantois...

Ces restructurations ont été organisées sur des critères dits « sécuritaires » car en France, toute grossesse est potentiellement à risque jusqu'à preuve du contraire ! Cet état de fait même ouvre à un vaste débat et explique la technicisation à tout va du « risque » maternité. La politique de restructuration a démarré dès 1990 et s'accroît fortement actuellement.

Pour quels résultats ?

Parallèlement à la fermeture des maternités de niveau 1, une nouvelle forme d'organisation s'est mise progressivement en place : « les réseaux de santé de proximité en périnatalité ». Son objectif premier était de permettre le maintien des certaines maternités à titre dérogatoire, en sécurisant les suivis par une harmonisation des pratiques et un travail fin de repérage du triple risque médical, social et psychologique. Mais dix ans après la mise en place de ces organisations, on s'aperçoit que l'atteinte de leurs objectifs a permis la fermeture des maternités avec lesquelles elles s'articulaient...

Le travail en réseau autour d'une maternité : exemple de Clamecy (Nièvre)

On constate que, en principe, en France le suivi des femmes enceintes est morcelé entre environ sept à huit professionnels différents, qui la plupart du

.../...

.../...

temps ne se connaissent pas, n'ont pas les mêmes modalités de prise en charge ni surtout le même discours.

La mise en place d'une organisation en réseau de proximité sur un bassin de population autour d'une structure maternité a démontré la valeur ajoutée de ce travail par l'harmonisation des prises en charge entre la médecine de ville (MG), le centre hospitalier et la PMI, les services sociaux, la pédopsychiatrie, la psychiatrie adulte...

Ce qui permet le repérage des couples en difficulté et la mise en place d'actions d'accompagnement coordonné et négocié, tant au niveau médical que social et psychologique (mise en œuvre de l'entretien prénatal précoce par exemple depuis 1994). Les différentes évaluations ont toutes démontré le bien fondé de ce travail qui a permis de sécuriser le suivi et la prise en charge des femmes enceintes, des couples et des enfants en période périnatale.

Cette organisation n'a cependant pas réussi à réduire l'extrême médicalisation de la grossesse puisque dans sa maternité de référence, qui ne prenait en charge que la physiologie, le taux de césarienne était relativement important, atteignant plus de 26 %, ce qui a été « officiellement » (avec l'absence de pédiatre), une des raisons amenant à fermer cette structure.

Actuellement, qu'en est-il de ce secteur après la fermeture en 2008 de la maternité et la mise en place du CPP (Centre Périnatal de Proximité) ?

Sans maternité de référence locale, le réseau a bien du mal à réorganiser les suivis. La présence de six structures différentes qui prennent en charge les naissances, sans réel travail d'harmonisation des pratiques entre elles, mettent les professionnels du réseau face à des difficultés régulières dans la prise en charge des femmes enceintes.

Le CPP n'apporte qu'une aide partielle sur le plan médical, car il n'a pas les possibilités techniques de prise en charge des femmes présentant des pathologies, la structure d'accouchement étant seule en capacité de répondre au cas par cas à ces problématiques.

Quant aux femmes enceintes, ne pouvant bénéficier d'une attention suffisante par manque de place dans ces structures, elles sont renvoyées chez elles (domiciliées pour la plupart d'entre elles entre 50 à 80 km de la maternité la plus proche) avec des pathologies (placenta praevia, menace d'accouchement prématuré, siège chez une primipare), sans avoir la garantie d'être prises en charge à temps par la structure lors de l'accouchement, du fait des distances.

Le risque mineur d'une incapacité de gestion d'un accouchement difficile dans une structure en capacité d'accueillir les grossesses physiologiques était

insupportable pour les décideurs qui décident de la fermeture des maternités de niveau I ; il semble qu'il devienne alors acceptable dans ces nouvelles conditions créées par ces fermetures... que certaines patientes accouchent dans l'ambulance (exemple du cas d'un accouchement du siège chez une primipare). Quel progrès !

Il est à noter que la surmédicalisation, qui a pu être reprochée à cette petite structure (du fait de son taux de césarienne élevé), n'a pas disparu. En effet, la fermeture des structures de proximité induit de fait une technicisation de la naissance car, afin d'éviter les aléas dus à la distance, les déclenchements de l'accouchement sont en constante augmentation, cette médicalisation de la naissance ayant bien entendu des effets iatrogènes...

« Nous vivons donc dans un monde « schizophrène » qui nous demande le tout et son contraire. »

De même, l'absence de professionnel spécialiste tel que le pédiatre, qui était dénoncée comme potentiellement dangereuse pour la prise en charge des nouveau-nés, n'a pas été résolue bien entendu par la fermeture de la maternité.

De plus les patientes, au lieu d'être prises en charge par des professionnels de la naissance (sages-femmes, gynécologue-obstétricien, anesthésiste réanimateur formé), sont aujourd'hui transportées et peuvent accoucher avec des pompiers, des ambulanciers, des infirmiers ou au mieux des médecins non formés à l'accouchement.

Lors de la fermeture de la maternité, le réseau du RSHN a fermé sa branche périnatalité, les acteurs du réseau ne voulant pas que l'image du réseau soit utilisée pour une régression qualitative, elle a décidé en accord avec les usagers du réseau de ne laisser qu'un observatoire de la périnatalité, les acteurs locaux exprimant ainsi leur défiance quant au système mis en place.

Rappelons que dès le départ, les acteurs du réseau avaient dénoncé les risques financiers pour les patients de la fermeture de la maternité de Clamecy, la plupart des obstétriciens de la ville de référence exerçant en secteur II. Aujourd'hui, les données de la CPAM de la Nièvre confirment cette analyse et montrent le nombre élevé de consultations à honoraires « libres » auxquelles sont soumises les femmes du secteur de Clamecy. La fermeture de la maternité a réussi le tour de force de rajouter, sur un secteur qui souffrait de son isolement géographique et social, une troisième pénalisation qui, celle-là, est financière. S'étonner par la suite d'un effondrement du nombre de grossesses sur le secteur relève alors de la pire hypocrisie.

Enfin, autre incohérence du système, le travail en réseau de proximité soutenu et prôné par le plan périnatalité dans son deuxième chapitre « plus de proximité » sous-tend un partage des tâches, une articulation entre les différents professionnels sur un

même territoire. Mais en corollaire, le passage à la cotation à l'acte dans les structures (T2A) amène celles-ci à faire un maximum de consultations pour arriver à survivre. Après un financement MIGAC (fonds pour les structures isolées), la demande des autorités porte désormais sur la nécessaire rentabilité du CPP... Ainsi, chacun a le souci de conserver ses moyens d'existence et donc ses financements, ce qui ne favorise pas un travail d'articulation et de lien. Nous vivons donc dans un monde « schizophrène » qui nous demande le tout et son contraire.

Si nous sommes optimistes, nous pouvons penser que ce n'est qu'une étape et que la raison va l'emporter : la France, dans peu d'années, devrait comme d'habitude suivre le modèle américain et revenir sur ces fermetures de structures de proximité d'une part. D'autre part, l'organisation de la prise en charge des grossesses physiologiques (représentant 85 % en moyenne des femmes enceintes) par les sages-femmes et les médecins généralistes, à l'instar des pays du Nord de l'Europe, devrait se généraliser avec la raréfaction des gynécologues obstétriciens.

Si nous sommes pessimistes, le pire reste à craindre... Et ce ne sont ni les sages-femmes, ni les médecins généralistes, professions particulièrement en souffrance aujourd'hui, qui diront le contraire. On note que de plus en plus de médecins généralistes enlèvent leur « plaque » fréquemment et essentiellement dans les zones rurales. On note aussi que de plus en plus de sages-femmes abandonnent leur métier et/ou réorientent leur activité : par exemple l'installation en libéral est en augmentation importante et ce, depuis quelques années. ■

- 1. CAPGRAS (D), 2007, « Politique de fermeture des maternités de proximité, quelles conséquences sur le terrain ? » in *Dossiers de l'Obstétrique*.
- 2. CAPGRAS (D), 2002, « Une expérience de réseau réussie en Bourgogne » in *Vocation Sage-femme*
- 3. BOURGUEIL(Y), NAIDITCH(M), 2001, « Les soins de proximité, une exception Française ? » in *Revue du CREDES*.
- 4. BOURGUEIL (Y), NAIDITCH (M), 1997, « Petits hôpitaux et enjeux de restructuration » in *Actualité et dossier de Santé Publique*.



J'accouche avec Mary Poppins

§Grossesse

La médicalisation de l'accouchement et la frilosité de la France mises en cause par une pratique originale et proche des femmes, d'une sage-femme qui parle aussi aux pères et aux enfants...

Entretien avec **Nora Pimpsy**, sage-femme écossaise exerçant en région parisienne

Propos recueillis par **Martine Lalande**

Pratiques : Vous suivez les femmes enceintes seule, et vous faites les accouchements à la maternité de l'hôpital. Pour quelles femmes ?

Nora Pimpsy : Les femmes me sont adressées par d'anciennes patientes. Ce sont plutôt des femmes qui veulent assumer leurs grossesses. C'est moi qui suis tout, qui décide de quel examen on a besoin et si j'ai un problème, j'adresse mes patientes à l'obstétricien de l'hôpital avec qui je travaille. Si tout se passe bien, il m'ouvre son « plateau technique » pour l'accouchement. Je ne suis pas formée comme les Français, je considère que quand on est enceinte, on n'est pas malade. Je suis écossaise, j'ai fait des études d'infirmière puis de sage-femme, et un diplôme de réanimation des nouveaux-nés. Aujourd'hui, les études sont les mêmes dans toute l'Europe, mais j'ai dû attendre un an pour avoir l'équivalence du diplôme de sage-femme ici. En France, la spécialisation en néonatalogie est offerte aux infirmières, pas aux sages-femmes. En Ecosse, les sages-femmes travaillent souvent en néonatalogie, elles sont compétentes pour les soins aux nouveaux-nés, en lien avec ceux des mères. J'ai exercé en Ecosse, en Angleterre, en Arabie Saoudite, aux Etats-Unis, en Australie et en Afrique. Dans tous les pays, j'ai appris des choses, et en particulier qu'il y a plusieurs façons d'accoucher.

Dans ces pays, il est plus facile de suivre les grossesses de façon plus « naturelle » qu'en France ?

Aux Etats-Unis, j'étais en observation, mais il y a de plus en plus de recherches pour accoucher de façon plus naturelle. C'est le sens de l'apparition des *doulas*. Les *doulas* sont des personnes qui accompagnent les femmes, mais qui n'ont aucune responsabilité. Elles ont une formation pour aider les femmes, mais pour l'accouchement, il y a tou-

jours une sage-femme. En pratique, les *doulas* prennent la place du mari quand il a peur, cela reste entre femmes. Du coup, les femmes parlent avec les *doulas*, pas avec les sages-femmes. Les *doulas* commencent à s'installer en France, car les sages-femmes perdent leurs moyens de suivre les femmes, à cause des effectifs qui sont très réduits à l'hôpital. Les sages-femmes n'ont pas le temps de rester avec les femmes. Et les femmes ne sont pas bien préparées à l'accouchement. Elles font confiance à l'équipe, mais elles ne choisissent pas la façon dont elles accouchent. Moi, je fais d'abord un entretien avec la femme et son mari. Si je ne m'entends pas bien avec le mari, je ne m'engage pas. Car si quelque chose ne se passe pas bien, il faut que le mari prenne les décisions avec moi et qu'il ait confiance pour qu'on réagisse vite. Le mari peut participer à toutes les visites, dont trois sont obligatoires, deux pour la préparation à l'accouchement et le cours de poussée à 36 semaines. La femme vient me voir tous les mois et en post-natal, je vais chez elle.

Et si la femme ne peut pas se déplacer ? En cas de contractions ou de menace d'accouchement prématuré ? Vous allez chez elle ? Vous passez la main à l'hôpital ?

Cela ne m'est jamais arrivé. Quand je suis arrivée à Strasbourg il y a presque vingt ans, j'étais étonnée qu'il y ait autant des menaces d'accouchements prématurés en France. Je me demandais si j'avais raté quelque chose dans mes études car en Ecosse, cela n'existe pas. J'ai compris que c'était une façon de nommer cela par les gynécologues : nous on les appelle « braxen hicks », petits serremments, qui sont surtout liés au stress. Nous avons de très bons remèdes pour ça, en particulier une poudre qu'on appelle « le spasfon naturel », qui

marche beaucoup mieux que le Spasfon® : un mélange d'homéopathie.

Au cours des consultations, on fait tout ce qui est médical : les résultats des examens, l'enregistrement du bébé... puis on fait de la relaxation, je fais de la sophrologie et je suis aussi aromaturge, je soigne avec les huiles et les plantes. Chaque séance dure une heure. Je fais des feuilles de soins, avec un dépassement, qui est pris en charge par certaines mutuelles, mais je suis aussi des femmes qui ont la CMU.

La femme va le dernier mois à l'hôpital, car elle doit rencontrer un médecin et l'anesthésiste. C'est moi qui l'inscris, sur la liste du plateau technique ; il y a dix places réservées par mois. C'est la seule maternité qui offre cette possibilité, avec environ six sages-femmes. Cela existe depuis cinq à six ans, de la volonté d'un chef de service et de la surveillante chef des sages-femmes, et avec beaucoup de difficultés du côté des anesthésistes. Il faut que la femme accouche naturellement, sans péridurale. Il y a quatre salles normales, et une salle de pré-travail, dans laquelle nous pouvons faire les accouchements, avec une baignoire.

Le jour de l'accouchement, on vous appelle quelque soit l'heure ?

Oui, bien sûr, je suis disponible 24 h sur 24 à cette période-là. Je prévois de ne pas être en vacances deux semaines avant le terme et deux semaines après ; je fais le calcul au départ quand j'accueille une femme. Autour de Noël, je ne veux pas travailler, je prévois de ne pas m'engager si l'accouchement est prévu au-delà du 22 décembre. Après, on discute avec le bébé. Une année, j'ai fait un accouchement le 24 avant midi, et un autre le 25 après-midi. Je parle avec le bébé, je lui dis qu'il faut me laisser fêter Noël chez moi et en général ça marche...

Au moment de l'accouchement, j'appelle l'hôpital pour prévenir que je viens avec une patiente. Elle arrive avec moi, ou je la rejoins si elle y va avec son mari. Soit la salle d'accouchement est libre, soit on va dans une autre salle. Parfois les sages-femmes de l'hôpital ont du mal à comprendre pourquoi ces femmes veulent choisir leur sage-femme, elles prennent ça pour une critique de leur travail. Je trouve que l'équipe de cet hôpital est très bien, car elle est respectueuse des femmes, mais certaines femmes veulent accoucher avec une personne qu'elles connaissent : on se tutoie, on s'appelle par notre prénom, on parle avec le bébé, et le père qui est très impliqué. S'il ne veut pas participer, j'essaie de l'encourager à être plus proche et j'ai neuf mois pour le convaincre. Je me souviens d'un père pour qui c'était très difficile, à la fin il a même coupé le cordon, c'était super de voir le changement. Il était africain et dans sa culture, ce n'est pas prévu. Certains hommes n'ai-

ment pas voir leur femme enceinte, ou ils ont peur pour le petit, mais peu à peu, on arrive à les informer, et les rassurer.

Et si une femme souffre trop et veut une péridurale ? Ou s'il y a une complication ? Comment réagissent les médecins et les autres sages-femmes ?

Très peu de mes patientes demandent une péridurale. Cela arrive quand c'est long, c'est le premier accouchement et qu'elles n'ont pas dormi... Dans ce cas-là, je passe le relais à l'équipe, mais je reste avec la femme. Avec l'accouchement « naturel », on a très rarement besoin de forceps ou de ventouse, car on attend que le bébé soit dans la bonne position. Je ne suis pas à l'écoute de l'horloge, je suis à l'écoute du bébé. Quand il vient dans le timing, il est en général dans la bonne position. Les mauvaises positions sont le plus souvent liées au fait qu'on essaie de pousser le bébé dehors. Si l'enfant est en siège, on fait faire à la femme plein d'exercices. En général il tourne, mais de temps en temps il ne veut pas, on doit le respecter. Alors on aide la femme à être debout le plus longtemps possible pour aider le bébé, mais il faut la présence d'un médecin. On sort de l'accouchement « naturel », qui est un accouchement qu'on pourrait faire à domicile. Le problème est que l'on manque de complicité avec les médecins autres que le chef de service. Il faudrait plus de discussion avec l'équipe. Au début, on a fait des réunions, puis on en a fait moins, par manque de temps. Entre temps, un certain nombre de sages-femmes sont parties en libéral car elles avaient envie de faire pareil, et cela fait moins de gens dans l'hôpital qui comprennent. Cela leur donnait envie, de nous voir arriver deux heures avant l'accouchement, que cela se passe parfaitement bien et la femme part deux heures après sur ses pieds avec son enfant. Le chef de service avec qui je travaille m'appelle Mary Poppins : j'arrive avec mon petit sac noir, et tout se passe bien...

Quels sont les secrets de ces accouchements « naturels » ?

Quand on reste chez soi tout le temps possible avant, on peut bouger, on peut manger, on ne va à l'hôpital que quand c'est le moment et on n'y reste pas longtemps. Sur la douleur, j'utilise l'homéopathie, l'acupuncture, les huiles essentielles, la sophrologie, le ballon. Mes patientes ont absolument besoin du ballon : un gros ballon pas tout à fait gonflé sur lequel on s'assied, on se met à quatre pattes... On ne reste pas dans la même position plus de deux heures, je fais un monitoring quand c'est nécessaire, mais on peut se promener avec.

« En Afrique, j'ai appris qu'on peut attendre le bébé, comme on est obligé de se débrouiller avec peu de moyens techniques, on trouve des façons de faire "naturelles". »

.../...

.../... Il y a très peu de complications car on écoute le bébé. En quatre ans (je fais environ trente à quarante accouchements par an), il n'y a eu qu'une césarienne, si on ne compte pas celles qui avaient demandé une péridurale. L'ocytocine qui est utilisée quand on fait une péridurale joue peut-être un rôle. Parce qu'on a poussé le bébé dehors avant le timing. En France, les femmes imaginent mal d'accoucher sans péridurale, c'est assez différent des pays anglophones. En Ecosse, ce ne sont pas les sages-femmes qui accouchent les femmes, ce sont les femmes qui accouchent en présence des sages-femmes. En France, les sages-femmes disent : « J'accouche les femmes », il y a une petite nuance qui fait la différence. En Grande-Bretagne, les accouchements se font souvent à domicile dans le système public. Les sages-femmes sont intégrées dans une équipe, on peut demander conseil à une autre sage-femme si on ne sait pas quoi faire. En France, c'est impensable. En Afrique, j'ai appris qu'on peut attendre le bébé ; comme on est obligé de se débrouiller avec peu de moyens techniques, on trouve des façons de faire « naturelles » et on réalise que c'est possible.

Je ne fais pas d'épisiotomie, parfois il y a des déchirures, et je ne les suture pas. Je préviens la femme, et je mets deux petits bouts de placenta avec une compresse imbibée d'hamamélis, cela cicatrise très bien. On discute beaucoup de ce qu'on peut faire avec le placenta : on peut laisser le bébé attaché au placenta jusqu'à ce que le cordon tombe seul ; on le met dans un petit sac à côté du bébé. Et si je coupe le cordon, j'attends qu'il ait cessé de battre. Il n'y a pas d'hémorragies quand on n'utilise pas d'ocytocine. En France, on est obsédé par l'idée qu'on doit avoir une contraction toutes les deux minutes. Quand on fait les accouchements naturels, les contractions ne sont pas aussi rapprochées, c'est le timing du bébé qui décide. On ne sait pas attendre : il y a 25 ans, on mettait deux jours pour accoucher, maintenant il faut tout avoir fini en douze heures. Les obstétriciens veulent la sécurité du bébé, pas son confort. Une de mes patientes voulait une péridurale pour accoucher, pourtant elle avait déjà gravi le Mont-Blanc. C'est pareil, il y a un moment où on se dit : je ne vais jamais y arriver, et on est tout près du sommet. ■



La course ou l'humanité ?

Après un siècle de progrès techniques, les femmes risquent toujours de mourir en accouchant. La course au temps, imposant des horaires, des rythmes et des interventions médicales, déshumanise la naissance. Une réflexion critique s'impose.

§Grossesse
§Technicité
§T2A

Odile Montazeau, sage-femme enseignante

Par le passé, l'accouchement était souvent lié à la mort de l'enfant ou de la mère, voire des deux. Le XX^e siècle a présenté des innovations considérables en obstétrique diminuant la mortalité. Parallèlement, les sages-femmes, seules admises dans le cercle familial pour cet évènement jusqu'au XVII^e siècle, deviennent auxiliaires des médecins¹. Le XXI^e siècle poursuit la médicalisation de la reproduction humaine. Comment dégager les conditions d'une naissance qui garde la charge émotionnelle et affective, le respect de l'identité socioculturelle des couples, avec les garanties de sécurité... ?

En France, aujourd'hui, 10 femmes sur 100 000 meurent en mettant leur enfant au monde. Pour les obstétriciens français, tout accouchement est potentiellement à risque, jusqu'à preuve du contraire. Deux tiers des femmes enceintes sont suivies par les spécialistes de la pathologie. Ailleurs en Europe, la grossesse est considérée comme a priori normale. L'organisation de la surveillance prénatale y est donc différente et ils ont plutôt de meilleurs résultats, en médicalisant moins la naissance.

Le choix économique de gérer l'hôpital comme une entreprise capitaliste vise à « rentabiliser » le travail de soin, et ne reconnaît pas que l'accouchement demande un accompagnement personnalisé, du temps, du personnel. La concentration dans de grandes maternités de 2 000, 4 000, voire 5 000 naissances par an, ne signifie pas seulement du « plus technique » et du « moins humain », mais une nouvelle organisation de la prise en charge des femmes. Une stratégie de gestion des lits de pré-travail, et des « tables » d'accouchements se met en place, à l'insu de la conscience des équipes. Les sages-femmes évaluent le temps moyen que va mettre une femme en travail pour dilater son col utérin, le temps moyen de la progression du fœtus dans le bassin maternel...

Accouchement dirigé : un rythme imposé

Sur ces grands plateaux techniques, pour planifier la charge de plusieurs femmes accouchant en même temps, le « travail » est dirigé. Après un début spontané des contractions utérines, on rompt la poche amniotique. Le fœtus descend plus vite dans le bassin et appuie sur le col de l'utérus. C'est ce qui se passe le plus souvent. Mais, parfois, le col de l'utérus « résiste » et ralentit sa dilatation. Cet échec prolonge l'accouchement de quelques heures... Percer la poche des eaux permet à la sage-femme de faire poser l'analgésie péridurale par l'anesthésiste, car il ne sera peut-être pas libre dans une heure ou deux. La péridurale, même si ce n'était pas le projet de la femme, devient nécessaire car les contractions sont plus fréquentes et plus fortes. La sage-femme a sous sa responsabilité deux, trois jeunes femmes en travail en même temps.

Après une péridurale, même bien dosée, le muscle utérin se relâche et il faut renforcer les contractions avec l'ocytocine. Ces contractions renforcées sont insupportables sans la péridurale, mais celle-ci entraîne une vasodilatation qui nécessite un apport hydrique par perfusion, puis un sondage vésical, pour vider la vessie qui fait obstacle à la descente de la tête. Pour la plupart des femmes, c'est le premier sondage vésical de leur vie, qui entraîne pour 10 % des infections urinaires, nosocomiales. La rotation de la tête dans la cavité pelvienne peut être perturbée par le relâchement des muscles sous l'effet de la péridurale si le dosage des analgésiques est inadéquat avec la durée du travail. Ce temps supplémentaire nécessaire à l'arrivée du sommet de la tête sur le périnée n'est pas toujours respecté, si le rythme cardiaque fœtal est altéré ou faute de patience. La solution est alors l'extraction instrumentale. En dehors de cette course au temps, des

Extrait d'un Mémoire
d'Ethnicité de la Santé,
Lille, novembre 2008

.../...

.../... changements de posture, une ambiance sans stress, une attente raisonnable, auraient permis la naissance de cet enfant sans forceps.

Un engrenage existe, un geste technique en appelle un autre... La course au « temps » dicte la standardisation des accouchements en niant les particularités individuelles.

La femme est immobilisée sur le lit, attachée par le capteur externe des bruits du cœur du fœtus, le capteur des contractions utérines... deux perfusions (une pour l'ocytocine, une pour la veine), le capteur O₂ sur un doigt, le tensiomètre au bras. Le meuble d'anesthésie est à sa tête avec le défibrillateur... Dans une salle de réanimation moderne et efficace, capable de la sauver au cas où...

Tout programmer

Le déclenchement de convenance est assez identique. Pour certains couples, l'attente de l'entrée en « travail spontané » n'est plus envisageable. Ils demandent que la naissance ait lieu un jour précis. A cause de l'emploi du père qui se déplace, pour la garde des enfants aînés, pour une date anniversaire... Des obstétriciens le proposent. Avec l'avantage de réguler la charge de travail, éviter le travail de nuit, ou pour avoir un anesthésiste. L'irrégularité de la mise en travail spontané des femmes devient un réel problème depuis la concentration des lits en maternité. Sa maîtrise est considérée comme un élément de sécurité pour certains. Le déclenchement nécessite toujours une assistance technique et médicamenteuse. Il faut maîtriser tous les aléas et surtout le temps. Les enfants ne naissent plus, l'équipe médicale les fait naître.

Est-il anodin, raisonnable de provoquer l'accouchement d'une femme enceinte dont la grossesse se déroule normalement ? Pour des arguments secondaires au regard du bien-être fœtal et des conséquences possibles ?

Une garde d'un vendredi 22 décembre dans un établissement « ordinaire » ayant une politique de déclenchements de convenance. Ce matin-là, sont programmés cinq déclenchements dont trois de convenance et deux pour raisons médicales. Le soir, trois femmes sur cinq ont une césarienne. Deux femmes sur trois ayant choisi le déclenchement de convenance mettent leur enfant au monde par césarienne en fin d'après-midi après une journée entière de travail laborieux, dirigé, instrumentalisé, mais elles ont leur bébé dans les bras avant les fêtes de Noël.

Mourir d'hémorragie

Cet accident redoutable en fin d'accouchement a toujours existé. Il touchait surtout les grandes mul-

tipares épuisées par de nombreuses grossesses. Il reste la première cause des morts maternelles en France.

Aujourd'hui, dans les grandes structures, on observe des hémorragies de plus d'un litre et demi à deux litres de sang, nettement plus souvent qu'auparavant. Cela concerne aussi des femmes accouchant pour la première fois, avec un travail déclenché et/ou dirigé, après un travail prolongé, sous péridurale et ocytociques. Des études recherchent des facteurs de risque. La façon de « gérer » les naissances comme des phénomènes identiques, avec des protocoles standardisés, n'est pas posée comme sujet de recherche. Il y a aussi les prostaglandines dont l'usage s'est généralisé, la saturation des récepteurs à l'ocytocine par le travail prolongé,

« La césarienne, trop souvent, apparaît comme un geste chirurgical, net et propre, plus simple qu'une naissance "naturelle". »

l'emploi pratiquement pour tous les accouchements sous péridurale de l'ocytocine de synthèse... Ces graves hémorragies de la délivrance seraient plus souvent mortelles sans les prouesses des anesthésistes-réanimateurs, des chirurgiens et des radiologues avec l'embolisation des artères utérines.

Ne serions-nous pas, avec ce sujet de l'hémorragie grave de la délivrance, sur un obstacle « illisible » comme le furent les infections puerpérales mortelles pour les accoucheurs du XIX^e siècle ?

Risques de la césarienne

La césarienne participe aussi à l'augmentation de ces graves hémorragies. Ce n'est pas un geste chirurgical anodin. Sa morbidité et sa mortalité ne sont pas négligeables. Cet aspect a été minimisé après les gros progrès réalisés en anesthésie et en techniques opératoires depuis la fin du XX^e siècle. Mais l'accouchement par césarienne est associé à un risque de mort maternelle multiplié par trois et demi par rapport à la voie basse, par complication infectieuse et thromboembolique, sans oublier le risque anesthésique. La césarienne, trop souvent, apparaît comme un geste chirurgical, net et propre, plus simple qu'une naissance « naturelle », car tout est, en principe, maîtrisé. Elle devient un geste choisi quand un accouchement « traîne », quand la situation échappe à la maîtrise totale du temps. De quel côté se trouve le trop d'aléas, dans ce contrôle temporel ?

Comment en sortir ?

Que s'est-il passé entre le nécessaire impératif de sécurité et le résultat auquel nous arrivons dans les grandes maternités, avec des gestes invasifs et des accouchements très médicalisés ? Un geste technique en appelle un autre. La concentration des lits de maternités, entraîne sur un même plateau technique les femmes identifiées comme porteuses de risque et celles considérées à bas risque. Un nombre important de gestes invasifs est prati-

qué, ce qui est contradictoire avec la sécurité. Il n'y a pas d'évaluation menée sur l'enchaînement des gestes techniques. Au sein de l'institution, les professionnels gèrent des flux de population. Avec la volonté de maîtriser le temps. Ce qui conduit à l'accouchement instrumentalisé au nom de la sécurité. Cette préoccupation de maîtrise va à l'encontre du respect de la physiologie de l'accouchement. Et ne garantit ni la sécurité, ni le respect de la personne. Qu'est-ce que le respect de la personne ? La réponse n'est pas simple, tant ce terme est banalisé, voire vidé de son sens. Kant reste la référence : « Agis toujours de telle façon que tu traites l'humanité dans ta propre personne et dans celle d'autrui, non pas seulement comme un moyen, mais toujours aussi comme une fin en soi. »²

Réfléchir ensemble

En France, les conditions matérielles devraient permettre aux femmes de mettre leurs enfants au monde en toute sérénité³. A l'inverse du paradigme d'une vision médicale de la naissance : « toute grossesse et accouchement sont jugés normaux *a posteriori* ».

Un devoir de réflexion s'impose aux équipes : rompre avec le déni sur l'importance des conditions de la naissance pour le devenir d'un enfant, d'une femme, d'un couple et de notre société. En 2002, un travail mandaté par le gouvernement⁴ montrait l'incohérence de l'organisation de la prise en charge des femmes enceintes, la médicalisation outrancière, les conséquences médicales et les coûts financiers exorbitants. L'objectif principal fait l'unanimité : diminuer la mortalité maternelle et néonatale. Il débouche sur des recommandations détaillées en fonction des situations obstétricales. Il appelle chaque pays à évaluer ses propres pratiques sur des critères précis. Pourquoi en France, après dix ans, ces recommandations ne font-elles l'objet d'aucune discussion au sein des maternités hospitalières comme prévues ? Au sein de la société ?

D'autres choix sont possibles

Il est possible de remettre en question le paradigme sécuritaire et ses conséquences.

D'abord parce que le paradigme centré sur la physiologie existe dans d'autres pays.

En Hollande, le choix a été fait après la 2^e guerre mondiale de laisser aux sages-femmes le soin des grossesses et des accouchements sans problème. 35 % des femmes mettent leurs enfants au monde à leur domicile avec de bons résultats maternels et néonataux. A Dublin, depuis vingt ans au moins, dans la plus grosse maternité de la ville, la surveillance clinique, le respect de la physiologie du travail sont les règles, avec de très bons résultats. Suite au travail de l'OMS, des pays ont réorganisé l'ac-

cueil des femmes enceintes selon leur état de santé, et l'existence de risque ou pas. Au Québec, en Angleterre, en Allemagne, en Suède se sont ouverts des établissements de petite taille pour accompagner jusqu'à l'accouchement les femmes présentant des grossesses à bas risque. Des projets de « maison de la naissance » émergent de la volonté de couples et des sages-femmes. Une dizaine de projets a essuyé le refus ministériel basé sur l'argumentaire du Collège National des gynécologues-obstétriciens. Même si ce projet porte en lui le mythe de la femme « naturelle », il faut que les choix autour de la naissance soient accessibles à toutes.

Un mouvement dans la profession va dans ce sens. Le Manifeste des sages-femmes élaboré pour les états généraux de la naissance en 2003 revendique des changements dans la prise en charge des femmes enceintes⁶. Afin de remettre la femme en tant que femme enceinte et accouchant, et non patiente, dans le souci de son respect et de son autonomie. Avec des propositions concrètes sur la redéfinition du champ des compétences des obstétriciens et des sages-femmes.

Certains obstétriciens, depuis une dizaine d'années, réclament une analyse des pratiques et critiquent avec virulence l'instrumentalisation des accouchements. Aux journées du CGOA (Collège des gynécologues-obstétriciens d'Alsace) de janvier 2004 sur le thème : « L'obstétrique normale, nos pratiques sont-elles encore adaptées ? Peut-on démedicaliser la surveillance du travail ? », le Dr Riethmuller de Besançon termine en citant Leilah McCracken, mère de famille américaine, auteure de : *Naissance médicalisée : Le viol du vingtième siècle*⁷. Loin de propos aussi dérangeants, plusieurs études validées par les experts montrent qu'un accompagnement des parturientes permet d'éviter un travail difficile, diminue le nombre d'épisiotomies, de naissances avec les forceps et réduit de moitié le nombre de césariennes.

Evaluer pour redonner du sens

Nous assistons en France à l'émergence d'une nouvelle intervenante auprès de la femme enceinte, la *doula*. En 2007, cinquante *doulas* étaient en exercice et cent cinquante en formation. Une petite minorité de femmes, bien informées dans le domaine de la périnatalité, s'adressent à ces femmes, parce qu'elles souhaitent être prises en charge dans la continuité. Le gigantisme des maternités ne permet pas le suivi personnalisé. Les sociologues et psychologues ont montré que « l'hypermédicalisation » fait douter les femmes de leurs propres capacités, de leurs compétences à devenir mère. La *doula* est une réponse individualiste des couples qui ont les moyens financiers de la rémunérer. L'émergence de ce nouveau métier est un signe pour les équipes pluridisciplinaires des maternités. C'est un cri

.../...

d'alarme contre le « tronçonnage » de la personne, contre la réduction au biologique d'un événement social, culturel, psychoaffectif qu'est la venue au monde d'un enfant. Il est urgent de développer une analyse critique de la science et de la technique afin d'« établir une distance non-aliénante entre l'acteur et le cadre technique de son action »⁸.

La nécessité d'évaluer les pratiques médicales ne devrait pas être uniquement le fait d'experts. D'autres disciplines et la société civile devraient être invitées à participer à cette évaluation sur les conditions de la naissance. La vie, la mort, l'enfantement sont

affaire de sens, porteur de symbolisme, expression de la spiritualité humaine. Le statut de père, mère, sont des constructions sociales référées à des systèmes de valeurs qu'on ne dénoue pas sans danger. Nous sommes confrontés à la tâche de redonner du sens. Cela ne se fera pas sans affronter la complexité du monde. Il faut se donner les moyens de la décrypter dans son fond historique, de scruter le présent, de peser les enjeux, d'inventer de nouvelles pratiques et de nouvelles catégories de pensée. Il s'agit de maintenir, de réinscrire du sens, c'est-à-dire de l'humanité dans notre société. ■

■

1. « La médicalisation n'a pas bousculé seulement leur travail au quotidien, elle a brouillé l'image de la profession. » (Yvonne Knibiehler : *Accoucher*)
2. En 1990, dans *Ethique et morale*, Paul Ricœur montre en quoi la réflexion philosophique de Kant reste une référence : « Lorsque Kant dit qu'on ne doit pas traiter la personne comme un moyen mais comme une fin en soi, il présuppose que le rapport spontané d'homme à homme, c'est précisément l'exploitation (...) Ce qu'il faut d'abord prendre en compte, c'est une situation où l'un exerce un pouvoir sur l'autre, et où par conséquent à l'agent correspond un patient qui est potentiellement la victime de l'action du premier. »
3. En septembre 2000, le CCNE, dans son avis 65, rappelle que : « Dans les pays industrialisés, le risque de mort est désormais faible pour les mères et elles peuvent envisager leur grossesse et leur accouchement sans angoisse, sinon sans crainte. »
4. En 2002, le Pr G. Bréart, gynécologue-obstétricien de l'hôpital de Tenon (U149 INSERM), le Pr Puech gynécologue-obstétricien de l'hôpital Jeanne de Flandres CHRU de Lille et le Pr J.-C. Rozé du CHU de Nantes remettent « Mission Périnatalité. Vingt propositions pour une politique périnatale », travail mandaté par le gouvernement. Ce rapport est analysé et commenté par Michel Naiditch, médecin de santé publique, maître de conférences à l'université de Paris VII, chercheur au DIES, dans un document « La crise des maternités. Les raisons d'une faillite prévisible ».
5. Céline Lemay, sage-femme au Québec nous invite à réfléchir sur la problématique : « Une position critique n'est pas nécessairement

meilleure ou plus « vraie » que celle à laquelle elle résiste. Le mouvement pour l'accouchement naturel et les sages-femmes ne sont pas « la réponse » et encore moins la vérité. C'est pourquoi la réflexivité est une voie nécessaire pour continuer la réflexion sur le chemin de la compréhension autant que celui de l'évolution de notre culture de la naissance. »

6. « L'hyper médicalisation systématique a en effet réduit l'offre de soins et d'accompagnement au minimum, en faisant disparaître la dimension préventive, éducative et sociale du champ de la naissance. »
7. « Les mères ayant donné naissance à de nombreux enfants sont devenues une rareté ; nous ne sommes plus celles par qui les mystères de l'enfantement étaient enseignés ; nous ne sommes plus les voix de la sagesse et de la raison qui disaient aux assistants quels soins et quelle aide donner aux parturientes. Le savoir obstétrique moderne est basé sur des données hospitalières fausses ; les docteurs savent comment les patientes accouchent, mais ils ne savent pas comment les femmes accouchent. Nous autres, en tant que société, avons largement oublié que l'accouchement est digne de confiance ; sans grand besoin d'ingérence. La naissance est belle, passionnée, sauvage et hormonale. Mais elle est blessée. Des procédures hospitalières incompréhensiblement inopportunes, douloureuses et humiliantes ont molesté la naissance ; elle saigne, et pleure. Le vingtième siècle aura été celui du viol institutionnalisé de l'enfantement. »
8. Bruno Cadore.

Primipara vetusta

■ **Martine Lalande**, médecin généraliste

1987, dans la banlieue de Belgrade. Ce n'est pas encore la guerre, mais la crise économique. Nous nous baladons dans les marchés, mon amie Mirjana et moi, elle avec son gros ventre, moi avec ma naïveté et mes trois mots de serbe. Nous avons toutes les deux 30 ans, elle est enceinte avant moi. « Tu sais comment ils m'appellent, les médecins d'ici ? « Primipara vetusta », parce que je suis vieille pour faire le premier ». On parle grossesse, accouchement. « Ne me parle pas de la péridurale, je n'ai aucune chance d'en avoir une ici, cela ne se fait pas ». Elle se radoucit et confie, mélancolique : « Mais ce que je redoute le plus, c'est la semaine à la maternité. Pour des raisons d'hygiène, les pères n'ont pas le droit d'entrer. Alors, ils sont dans la rue devant l'hôpital et les femmes brandissent leurs bébés par la fenêtre, pour qu'ils les voient. C'est idiot, ils risquent de prendre froid. ». Elle sourit quand même à cette image. ■

Une histoire d'elles

| **Anne-Marie Pabois**, médecin généraliste retraitée

La rencontre initiale est mouvementée : la porte s'ouvre, les coureurs s'élancent, les plus rapides, les plus résistants arrivent au but. Elle, la belle promise, imposante, lumineuse, vient à leur rencontre et un élu, parfois plus, se fond en elle. De cette fusion naît un œuf tout neuf, du jamais vu. Le temps est venu des transformations inouïes (contenu et contenant) prévues par l'augure médical. Pendant neuf mois, l'œuf vit sa vie et bouleverse celle d'elle. Neuf mois de multiplications et différenciations pour arriver prématuré lors de sa mise au monde. Neuf mois durant lesquels cet étrange occupant transforme, selon ses besoins en vivres et en couvert, celle qui l'abrite de son enceinte. Pendant ces mois qui vont changer le monde, elle vit sa vie avec lui, le caché intérieur, dont l'existence est authentifiée par les échographies, mais aussi par ce corps qu'elle voit se développer – un ventre, des seins, sous un regard tourné vers l'intérieur ou occupé à tramer des fantasmagories sur cet enfant du futur. Pendant neuf mois, vase précieux contenant un trésor magnifique, elle est l'objet de mille soins et prévenances qui sont à lui destinées alors que, paniquée par les données inconnues innombrables qui se profilent, elle espère et croit tout savoir et tout prévoir

grâce à l'entremise d'Internet. A qui peut-elle se dire, qui lui donnera du temps pour comprendre et reprendre tous les bouleversements qui s'opèrent en elle indépendamment de sa volonté ? Il s'est passé si peu de temps pour, mère sans enfant, devenir femme enceinte, embarrassada ; puis mettre au monde ce trésor caché et devenir responsable d'un bébé dont la réalité est à cent lieues de ses fantasmagories. Mère avant d'être femme ou mère après avoir été longtemps femme, elle ressent avec étonnement, face à ce bébé réalité, qu'elle ne se sent pas mère, qu'elle est en fait encore l'enfant de sa mère. Mais comment cela va-t-il se faire ? Comment devient-on mère ? La rencontre initiale était mouvementée, la mise au monde le fut aussi : rien ne s'est déroulé selon ses prévisions, rien de ce qu'elle a prévu, rien de ce qu'on lui avait prévu. Tous nus et étrangers qu'ils étaient, ils se sont tous les deux mis au monde. Tout, ils avaient tout à apprendre ensemble, tout à découvrir, ensemble, tout à vivre. Ensemble dorénavant. Même seuls. Et sans prévisions. —

NB : Ce texte, initié à la Pierre Perret, a été tissé par leurs histoires à elles, mes patientes.

Un singulier dépositaire

| **Patrick Dubreil**, médecin généraliste

Elles m'ont appris à ne pas faire trop de médecine en consultation.

Elles m'ont appris la lenteur.

Elles m'ont appris à ne pas trop prescrire.

Elles ? Les femmes enceintes, au dos cambré, au ventre rond, à la démarche nonchalante.

Elles sont venues chercher une écoute bienveillante, une main qui accepte d'écrire un arrêt de travail car elles n'en peuvent plus...

Parfois, elles craquent comme des allumettes, car le monde viril de l'entreprise les méprise, d'autres fois elles pleurent de fatigue, pour un rien... « Je ne sais même pas pourquoi je pleure »...

Leurs ventres qui gonflent soulèvent des larmes qui montent et coulent comme une mer déborde une digue. Si on écoutait les femmes enceintes, bien des tempêtes tourneraient en brise légère et caressante comme ma main sur leur ventre chaud.

Elles sont comme en salle d'attente, en zone de transit.

Elles ont en elles des tonnes de bonheurs enfouis, car elles portent la nostalgie des paradis perdus. Elles sont l'origine et la mémoire du monde, Courbet en témoigne.

Le fleuve ultime de liquide amniotique jaillira un jour, il attend son heure et délivrera un noyau de jouissance.

En attendant, je palpe leur ventre silencieux cherchant le dos ou la tête, alouette ! J'écoute dans leurs paroles le bruit du monde et j'enrage contre l'oppression. Le travail n'est pas fait pour celles qui se moquent de la rapidité, de l'efficacité, de la démarche qualité ou de la performance. Elles ne fabriquent pas des monstres, mais des petits d'hommes. Seul compte leur vie, qui est patience.

Je ne me rappelle jamais, je ne m'en rappellerai jamais, les examens biologiques qu'il faut leur prescrire. Je les prescris, grâce à un livre qui me sert de docteur.

Elles viennent me voir pour s'épancher, portant leur secret sensible. J'ose croire que je suis un singulier dépositaire. Et vogue la vie, malgré tout... —

Le père n'est pas un visiteur

§ Accueil
§ Père
§ Parentalité

Le père doit avoir sa place en maternité, non comme un simple visiteur, mais comme partenaire de l'aventure de la mise au monde.

■ Benoît de Sarcus, gynéco-obstétricien, chef de service Maternité, hôpital Max Fourestier, Nanterre, Hauts-de-Seine

À la maternité de l'hôpital de Nanterre, après avoir tenté de prendre en charge les femmes de la manière la plus physiologique possible puis avoir travaillé en vue d'obtenir le label « hôpital ami des bébés », nous avons réfléchi sur la place que nous laissons aux hommes.

Le constat fut qu'ils étaient un peu exclus de ce lieu féminin par excellence qu'est la maternité hospitalière. Ils avaient le droit d'accompagner leur femme au moment de la naissance, puis ils redevenaient des visiteurs soumis aux horaires de visite dans l'après-midi. Le soir, ils étaient priés de laisser femme et enfant aux bons soins du personnel.

Comme tout changement d'organisation, cette idée de laisser les hommes venir à toute heure du jour et de la nuit en maternité faisait un peu peur dans l'équipe : peur d'être gênés dans les soins, peur d'être sollicités par des appels de pères inquiets, peur des réactions des femmes hospitalisées ou de leur entourage (la grande affaire du voile qui couvre certaines femmes musulmanes n'est-elle pas liée à la pudeur invoquée contre le regard des hommes ?), peur enfin que des problèmes de sécurité ne viennent rendre le travail plus compliqué. Il y a régulièrement des difficultés avec les visites quand à 20 heures, il faut faire partir tout le monde. Si les pères viennent quand ils le souhaitent, d'autres visiteurs n'en profiteront-ils pas pour s'imposer en dehors des heures de visite ? Face à ces peurs, il y avait la demande des femmes de permettre à leur compagnon de venir en dehors des heures de visites. Et la demande de certains hommes de pouvoir rester auprès de leur femme la nuit.

Nous nous sommes appuyés sur l'expérience acquise en salle de naissance, avec la pratique systématique du peau à peau pour les nouveaux-nés. En cas de césarienne, l'homme est sollicité pour

qu'on installe son petit contre sa poitrine. Il ne refuse pratiquement jamais. Les pères Africains traditionnels ou même les jeunes pères de la cité d'en face – ceux qui parlent en verlan – sont ravis de faire le kangourou, le temps que leur compagne revienne de la césarienne. Certains papas ne veulent plus lâcher leur petit. De voir ces hommes si heureux de faire ce que font traditionnellement les femmes dans les cultures non occidentales nous a donné envie de leur faire une plus grande place.

Pour nous aider à réfléchir, nous avons demandé à un conférencier de venir nous faire une présentation des expériences des autres services sur la présence des pères. Le Docteur Alain Benoit, pédiatre, l'a fait avec beaucoup de savoir-faire et d'humour. Il nous a parlé de l'accouchement chez les Touaregs et de toutes sortes d'anecdotes sur le point de vue des hommes. Il nous a donné envie d'essayer de donner une vraie place aux pères. La phrase : « le père n'est pas un visiteur » est de lui.

Pour essayer de désamorcer les conflits, nous demandons aux hommes qui veulent rester la nuit avec leur compagne de prévenir à l'avance. La présence du père est « tracée », notée sur les feuilles de soins et transmise entre équipes de l'après-midi et de la nuit. Depuis un peu moins d'un an, nous avons commencé à laisser entrer les hommes dans le service quelle que soit l'heure. Il est encore un peu tôt pour en tirer un enseignement, mais de mon point de vue de chef de service, j'ai l'impression que l'expérience est positive.

On me rapporte moins de conflits. Il y a deux explications possibles. Soit cette nouvelle organisation répond mieux aux souhaits des couples et génère moins de difficultés avec le personnel. Soit notre regard sur les hommes en maternité a changé. Ils ne sont plus des gêneurs, ils ont toute

« Les pères Africains sont ravis de faire le kangourou, le temps que leur compagne revienne de la césarienne. »

Benoît de Sarcus
a écrit « Sacrifice d'Abraham », revue *Panorama*, Bayard Presse.

leur place, celle qu'ils veulent prendre dans l'apprentissage délicat de la fonction paternelle. Permettre aux pères d'entrer comme ils le souhaitent dans nos services hospitaliers, c'est accepter que l'arrivée d'un enfant n'est pas d'abord une affaire médicale, c'est avant tout une belle aventure du couple. Dans ce moment si important du tout début de la vie d'un enfant, les femmes ont parfois besoin de la présence de leur compagnon. Une jeune femme rapportait dans un courrier qu'après la naissance de sa fille, elle avait l'impression que son corps « débordait de partout » et qu'elle avait senti la nécessité de la présence de

son mari pour la rassurer, la « contenir ». Il me semble que dans ce cas-là au moins, le mari a fait bien mieux que les professionnels de la naissance.

Dans les réflexions autour de l'accouchement en France, afin de laisser aux soins médicaux leur juste place, il me semble que la présence des pères avant, pendant et après la naissance est de nature à rendre l'accueil de l'enfant plus humain. Notre courte expérience à Nanterre me laisse penser que les professionnels y retrouvent le bonheur de travailler à l'hôpital. A l'heure des restructurations hospitalières, ce n'est pas à négliger. —

Droit à la paresse

■ **Anne Perraut Soliveres**, praticien-chercheur, cadre infirmier

Le 7 avril 1968. Renaud est né, l'excitation est à son comble. Je suis encore dans la salle où j'ai accouché, mais je me lève toutes les 10 mn pour guetter Marie-Jo, l'infirmière de nuit qui est aussi ma copine d'école d'infirmières, pour qu'elle me montre encore et encore le petit être qui est à l'autre bout du service. Le lendemain, la question de l'allaitement se pose, la politique d'alors est peu favorable au sein et au premier incident, on suggère fortement le biberon plus facile (sic), plus hygiénique, plus sûr... Moi je hais les biberons, la stérilisation, les mesurètes arasées... mauvais souvenir des cours de diététique. Je décide d'allaiter, ça tombe bien, j'ai la lactation généreuse et déborde à tel point qu'on me sollicite pour donner mon lait au lactarium (en échange d'un paiement symbolique...), ce que je ferai pendant près de deux mois. Trois semaines plus tard, en pleine grève de tout, l'enfant, son père et moi partons en stop dans la Nièvre présenter la nouvelle génération à la famille, les mains dans les poches ou presque... La bouffe est bien au chaud, disponible à toute heure et en tout lieu, sur le bord de la route, en l'occurrence. Une combine, je démarrais le matin sous une reproduction de la maternité de Picasso, ensuite, y'avait qu'à compter... ça aide les douces rêveuses à savoir où elles en sont. Le berceau près du lit, au premier gémissement du matin hop, on attrape le bébé, on l'installe et... on ne se lève pas... ça a marché deux mois. —

« Les intellectuelles » n'ont pas de lait

■ **Martine Lalande**, médecin généraliste

On se croit toute-puissante, capable de travailler jusqu'à l'accouchement... mais la grossesse n'est pas toujours triomphante. Utérus trop petit, Distilbène® aidant, sans le savoir car première grossesse. Menace d'accouchement à six mois, huit semaines allongée sous perfusion à l'hôpital. Attente et angoisse. Quelques compensations : le temps de lire le journal, et les voisines de chambre. La beurette amoureuse de son mari qui en est à son quatrième enfant alors qu'ils habitent dans une seule pièce, la dame allemande qui ne comprend pas qu'il y ait des cafards dans les toilettes de l'hôpital, la marseillaise qui rigole car personne n'a vu que son bébé était noir... Enfin paraît le divin enfant, pas trop minuscule, quelques jours de couveuse seulement. On l'a échappée belle. Mais il n'y a pas de lait, ou presque. Intervient l'obstétricien sympa, sans qui cela aurait été la catastrophe. Amusé, apaisant : « C'est normal, les intellectuelles n'ont pas de lait ». On sait que c'est pas vrai, mais ça fait du bien : finalement, tout n'est pas de ma faute. Et la haute technicité des biberons laisse une place au père, qui nourrit joyeusement. —

Trois grossesses et quatre naissances

■ **Pierre Volovitch**, économiste

J'ai beaucoup aimé quand Elle était enceinte.

Pour la première grossesse, j'ai bien aimé les séances de préparation à l'accouchement. C'était dans le début des années 70. Nous étions quelques pères avec beaucoup de mères à nous entraîner à faire la respiration du petit chien. Le matin, vers la fin de la grossesse, quand elle était en congé, je partais au boulot en la laissant dormir, mais je lui laissais des petits mots avec des dessins. Quand je rentrais, elle avait complété le petit mot, rajouté un dessin.

J'ai bien aimé aussi l'arrivée d'un vocabulaire inconnu, un peu mystérieux, un peu compliqué, qui se glissait dans la conversation des professionnels : parturiente, primipare...

Bien sûr, c'est Elle qui était enceinte, pas moi. Mais Elle m'a toujours laissé penser, que j'aidais, que j'étais utile. J'ai bien aimé.

J'ai un peu moins aimé le premier accouchement. Jean-Bernard nous avait expliqué que pour les contractions, il avait pris sa montre, il avait noté les moments des contractions de Dominique, et puis quand les contractions avaient été rapprochées, régulières, ils étaient partis à l'hôpital. Alors quand les contractions sont arrivées, j'avais ma montre, un calepin, j'étais prêt. Mais ça n'a pas marché du tout comme Jean-Bernard avait dit. Les contractions n'étaient pas régulières, elles se rapprochaient, s'éloignaient, sur mon calepin rien n'était clair. Alors on est parti à l'hôpital un peu au hasard.

A l'hôpital, il y avait longtemps que la peinture n'avait pas été refaite. Mais c'était l'hôpital. Le jeune et sympathique gynéco de ville qui avait suivi la grossesse accouchait dans une clinique privée. Mais nous, on voulait l'hôpital public. On lui avait expliqué et il avait accepté. Alors tant pis pour les couleurs pisseuses des murs.

Et puis surtout, ce que je n'ai pas aimé dans l'accouchement, c'est qu'Elle avait mal. Malgré la préparation, malgré la respiration du petit chien, c'était douloureux. Et puis il y a eu un bout de tête du bébé qui est apparue. J'ai extrapolé la tête entière à partir du bout que je voyais, elle allait

être toute petite la tête ! Et puis il est sorti, tout normal finalement. Elle n'avait plus mal.

Comme il y avait eu une épisiotomie, les sages-femmes ont fait de la couture : « Mais qu'est-ce que tu me fais comme point ? » a demandé la sage-femme à l'élève sage-femme. Mais je n'écoutais que d'une oreille. Le jour se levait au dessus des toits de l'hôpital. Une lueur très claire dans un ciel bleu profond.

J'ai un très bon souvenir du premier accouchement.

Après il y a eu quatre-cinq jours curieux. J'allais les voir tous les deux à l'hôpital. Je les quittais le plus tard possible. J'achetais une tranche de pâté en croûte ou une pizza chez un traiteur qui fermait tard à côté de l'hôpital et puis je rentrais à la maison où j'étais seul.

Ce n'était pas désagréable, c'était bizarre, et puis ça n'a pas duré longtemps.

Pour la seconde grossesse, j'ai bien aimé quand le docteur V – le même que celui qui avait suivi la première grossesse – s'est posé la question : « Est-ce que ce ne serait pas une gémellaire ? » (toujours le charme du vocabulaire nouveau, curieux, lointain). Et c'était une gémellaire. J'ai donc fait des calculs de proba. Ça nous faisait 75 % de chances qu'il y ait, au moins, une petite fille.

Alors comme c'était des jumeaux, elle a été en congé très tôt. Et on a repris le rythme des petits mots que j'écrivais le matin pendant qu'Elle dormait et que je trouvais complétés à mon retour.

Bien sûr, il y avait le « grand » (2 ans !), alors il fallait organiser des relais pour la garde. Mais heureusement, on a eu l'aide de Colette.

Et puis vers le 8^e mois, lors d'une visite de contrôle à l'hôpital, ils ont décidé qu'Elle ne devait pas repartir. Qu'Elle devait passer la nuit à l'hôpital. On a téléphoné à Colette pour qu'elle garde le « grand ». Et puis ils nous ont installés dans une salle d'accouchement. Un lit pliant pour Elle, et pour moi la table d'accouchement. C'est moyennement confortable pour dormir... Et puis, au matin, on a eu le droit de revenir à la maison. Et comme je l'ai bien chouchoutée (toujours l'idée

que je pouvais être « utile »), elle a accouché à huit mois et demi, presque neuf. Elle avait pris 18 kg. Elle était très belle.

Quand on est arrivé à l'hôpital pour le vrai accouchement, on a eu une très bonne surprise. La sage-femme qui nous a accueillis était Marie-Odile. Une copine militante à la CFDT (de l'époque) très chaleureuse (et très militante). Comme ce n'était pas pour tout de suite, elle a pris le temps (en plus elle est très pédagogue) de nous montrer un livre avec des images de jumeaux. Les dizygotes, la monozygote (toujours la magie du vocabulaire), et puis elle s'est arrêtée et ne nous a pas montré la suite. La suite, c'était quand on arrivait aux siamois... Et puis on a attendu. Vers 18 heures, le copain de Marie-Odile, qui devait l'emmener au cinéma, est arrivé. Elle lui a dit d'attendre un peu. Il a attendu. Quand je sortais de la chambre, il était là. Et puis quand le second jumeau a été sorti, un peu après minuit, elle était restée avec nous (merci Odile), mais lui il était parti.

La sortie des deux jumeaux, la remontée de l'échelle hiérarchique jusqu'au chef de clinique, je l'ai déjà raconté dans *Pratiques* (« Poussez ma petite ! »).

Juste vous dire qu'en fait de 75 % de chances d'avoir au moins une petite fille, et bien on avait deux gars.

C'était juste – à deux jours près – deux ans après la première naissance. Il y avait au-dessus des toits de l'hôpital la même lueur claire dans un ciel bleu profond.

J'ai un très bon souvenir du second accouchement.

C'est Elle qui a décidé qu'il devait y avoir une troisième grossesse. Il y avait eu la mort de son Papa, de sa Grand-mère, la mort à 30 ans de ma petite sœur, le suicide à 20 ans de son neveu. Elle a dit qu'elle voulait « faire de la vie ». Cette envie-là, de « faire de la vie », c'est très mystérieux pour moi. Je ne comprends pas grand chose à cette envie-là.

Mais je ne sais pas, je n'ai pas envie de dire non à cette envie-là.

La grossesse a été très bien. On se sentait plein d'expérience, des vieux de la vieille. Les gars étaient grands (8 et 6 ans). Je ne suis même pas certain qu'on ait participé à quelque préparation que ce soit – mais c'est sans doute que j'ai oublié. On a dû y aller... Elle a eu beaucoup de congé : c'était le 4^e enfant. Dans mon souvenir, je faisais plus qu'aider ce coup-là. On faisait ça à deux (!)

« Cette envie-là, de "faire de la vie", c'est très mystérieux pour moi. »

Pour ce coup-là, on voulait bien savoir si c'était un petit gars ou une petite fille, mais c'étaient les médecins qui ne voulaient pas le dire (« C'est parce que c'est un garçon » nous a dit une copine qui s'y connaissait).

Et on est arrivé plein d'entrain à l'hôpital. C'était en décembre, alors que les autres accouchements avaient eu lieu en mai. Le temps était moins beau, mais la maternité était tout neuve.

Au début, tout va bien. Les contractions se rapprochent, la douleur monte, mais c'est normal. Je suis là avec mon petit chapeau de papier et des pantoufles de papier aussi. Mais Elle a mal, très mal, trop mal. C'est normal ? Ce n'est pas normal ? Je sens qu'ils sont inquiets, mais ils ne disent rien. En tous les cas, rien à moi. Et voilà que je ne suis plus utile à rien.

Ils m'ont mis dehors. Alors je suis seul dans les couloirs de la maternité neuve et vide. « Nous » sommes le seul accouchement ce soir-là. D'un côté, je suis inquiet. Elle avait si mal quand je suis parti. De l'autre côté, je leur fais confiance. C'est l'hôpital.

Et puis on m'apporte la petite fille qui est née. Moi je la vois. Elle, elle est dans les vaps. Il a fallu faire une césarienne en urgence.

Quand elle revient à Elle et découvre la petite, il fait un temps de chien dehors. La pluie et le vent battent la fenêtre neuve. Et il y a même un peu d'eau qui arrive à passer en dessous de l'armature métallique de la fenêtre.

Je garde un souvenir plus mitigé de ce dernier accouchement. ■

Gertrude ou De la vérité

La détention de la « vérité » sur la vie donnée, échangée ou retirée circule entre les acteurs dans la dramaturgie de la naissance.

■ **Dominique Delori**, psychiatre de l'enfance inadaptée, Sainte-Gemmes-sur-Loire

Il en va pour la Maman d'aller fort mal, non seulement en recevant que son enfant va être atteint d'un handicap ou va mourir, mais aussi en étant enfermée avec celui-ci dans des certitudes pathogènes à partir des prédictions émises par les soignants. Rarement une situation nous a paru en parler d'une façon aussi lisible que la naissance chez Hélène de sa fille Gertrude.

Elles viennent nous voir alors que celle-ci a 14 ans et rentre en institut spécialisé d'apprentissage. Hélène se dit totalement asservie, tyrannisée, par la persistance des « souillures » fécales inopinées de Gertrude qui n'a jamais été propre « de ce côté-là ». On ne parle pas d'encoprésie, ni d'incontinence et « les lâchages » arrivent à haute fréquence, mais avec une opportunité repérable ; quand on vient de la changer, quand ils vont chez des amis, quand il faut se presser pour partir, etc. Il lui est évident, et de plus en plus, que sa fille fait cela de façon perverse, pour empêcher véritablement sa mère de vivre. Elle « la tue », autant par le scandale moral que cela suscite en elle que par la mobilisation physique totale à la laver, en permanence et remettre en ordre l'univers autour de sa fille. Hélène ne cache pas ses tendances obsessionnelles. Elle nous dit qu'elle n'en peut plus, au point de vouloir mourir ou son équivalent « tout laisser ». D'ailleurs, elle doit subir des examens du sein et refuse.

L'éloignement dans le couple est sur tous les plans, va jusqu'à des provocations mortifères en retour de Monsieur qui avalera même des comprimés. Hélène se délaisse physiquement, ne s'adonne plus qu'au nettoyage, dans des pensées d'échec et même d'ignorer maintenant sa fille, à l'appui, elle sollicite qu'elle aille en internat. Que s'est-il passé autour de la naissance de Gertrude ? Hélène, alors aide puéricultrice, a deux premières filles, de 14 et 12 ans, avec lesquelles elle ne cache pas des fâcheries profondes, mais qui ne durent pas. Trop de proxi-

mité d'identification, trouve-t-elle. C'était pareil avec sa mère à elle. « Elle retombe » involontairement enceinte, des œuvres de son homme dont elle dit qu'il ne parle pas ou n'intervient pas assez. Elle n'a d'ailleurs pas grand-chose à nous dire de ce mari. Donc, vers la fin de la grossesse, la tension d'Hélène grimpe, la toxémie menace et, peu après, l'échographie morphologique témoigne de fémurs trop courts et d'une protrusion de la langue. Elle reçoit des médecins que l'option raisonnable est l' interruption thérapeutique de la grossesse pour cet enfant trisomique et entend qu'elle va mourir sinon d'une rupture d'anévrysme ! Nous parlons là de ce que pense entendre Hélène.

Alors s'impose en elle la certitude qu'il faut vivre, c'est-à-dire survivre éveillée, seule façon de protéger sa fillette à venir, d'interdire au chirurgien de se précipiter sur son ventre et « d'exécuter » l'injonction médicale... et l'enfant. « On allait la tuer en moi, quand je ne serais plus consciente... ». Rencontre du fantasme et de la réalité comme on disait, mais cette dernière est malicieuse ou perverse, car la naissance se fait naturellement, sans encombre autre que l'angoisse transfixiante d'Hélène. En effet, Gertrude n'est pas trisomique comme prévu, mais commence précocement une carrière d'enfant problématique médicalement, intellectuellement et psychologiquement. Hélène va déployer, autour de toutes ces difficultés – qui vont du strabisme, au reflux gastro-œsophagien, aux multiples hospitalisations pour bronchiolites, au retard d'éveil, ensuite à l'apparition d'une puberté précoce – des trésors d'activité, d'ingéniosité, d'assiduité médico-hospitalière, d'éducation et d'enseignement. Elle lui apprendra à se mouvoir, plus tard à lire, alors qu'on lui annonçait une enfant retardée profondément. « J'en ai pleuré, je me suis dit, je vais y arriver... elle oubliait tout, je suis fière de dire que ce n'était pas acquis... ».

La suite de l'histoire, à côté de l'incontinence, est que Gertrude n'acceptera jamais que quelqu'un d'autre que sa mère s'occupe d'elle, sauf à se comporter comme un tout petit ou un enfant très déficient... Car, devenue adolescente, Gertrude est un Janus. De taille un peu petite, elle est en éducation spécialisée. En collectivité ou en situation scolaire, elle est l'image d'une parfaite enfant profondément attardée, alors qu'en entretien, elle s'exprime parfaitement précisément, saisit tout, est persuasive. Elle manipule Internet, son téléphone ou la Wii. Son niveau scolaire est de type CE.

Au fond, la question est la même que dans l'*Antigone* d'Anouilh : les ingrédients étaient là, les rôles dévolus, la pièce devait-elle se jouer comme annoncée ? Aurions-nous pu, nous soignants, y figurer, y tenir une autre réplique ?

La tentation de lecture psychanalytique de ce déroulement risque d'être vite close, voire trop préméditée ou saturée par la culture : Hélène est mal sortie elle-même de son histoire œdipienne à elle, qui l'a laissée déployer un lien avec ses filles sans suffisamment d'écart, surtout réunies dans le seul accord sur l'objet, sans vrai tiers : père, conjoint, corps social... susceptible de décompléter les échanges entre elles (grand-mère, mère, filles sont toutes maniaques de ménage, toujours d'accord ou définitivement fâchées...)

Dès le début de la pièce, Hélène n'a aucun choix quand le drame éclate et elle sait nous le dire. D'une part la reproduction de la Mère dans la fille est plus inscrite ici, d'autre part c'est la mort qu'il s'agit ce jour-là de se refiler, excusez du peu !

La détention de la vérité dans ces conditions ne se partage pas, exclut la nuance, mais comble des choses, la vérité générale, celle du savoir suprême, médical, qui pouvait coincer son pied dans la fermeture d'une évidence intime « diabolique » (c'est bien un pacte Faustien qu'Hélène scelle elle-même ; je livre ma vie pour que tu vives !) défaille ! Les blouses blanches se sont gourées partout ! C'est

« Les blouses blanches se sont gourées partout ! »

Œdipe à l'envers, Hélène part dans la vie à venir, les yeux grand-ouverts, toute seule à avoir raison contre tous, elle devient, le Père, la Mère, la vérité, Dieu, la médecine, position effroyable, incestueuse. Elle devient donc la seule comptable de tout ce qui va se passer et n'a plus de recours que l'activisme illimité. Elle est sur l'axe imaginaire de pensée, c'est-à-dire dans des représentations totales, ininterrogeables et ça fait des dégâts !!! C'est l'épuisement ou le glissement mortifère : plus de sexe, plus de vie, plus d'espace de création dans un gouffre fermé, de merde ! Et Gertrude est embarquée dans ce maelström, objet de tout cela.

C'est un homme qui parle dans ces lignes, ça nous va bien, nous qui avons fondamentalement peur de perdre un bout de nous-mêmes, d'essayer d'en dire quelque chose, de ces expériences existentielles ineffables de la mise au monde où se choquent l'être soi, l'être à deux, l'être ensemble, l'être dedans/l'être dehors, l'avoir à être, à risquer de ne plus être, l'être livré à la technique, à l'autre, l'être jeté au monde ou à la poubelle.

La mésaventure des Hélénes qui, à un moment de leur maternité, sont précipitées comme au sens chimique dans une certitude définitive, terrible, nous les soignants de tout poil, sage-femme, infirmier, gynécologue, psychiatre, en avons souvent rencontrées avec autant d'effroi que de difficulté à rejoindre ces patientes dans leur propos en abîme ou simplement à endiguer l'activisme morbide qui va en découler.

Et pourtant, quelques fois, comme chez notre Hélène ici, on peut apercevoir que ces annonces faites par les soignants sur l'intime destinée vont se cristalliser brutalement pour venir contenir ce qui devenait intenable de l'enveloppe charnelle, comme du sentiment de soi. Choses qui au fond tentent de marcher ensemble, c'est du moins ce que nous ont appris la psychanalyse, la phénoménologie et quelques autres discours pénétrants des siècles précédents. ■

Discours faciles sur l'homoparentalité

§Enfant
§Parentalité

■ **Stéphane Nadaud**, pédopsychiatre et philosophe

Les discours que je propose de repérer (et que je pioche uniquement dans les instances généralistes, quotidiens, magazines et livres de « popsy »¹) insistent, pour la quasi-totalité d'entre eux, sur le fait qu'il existerait, pour le développement psychique harmonieux de l'enfant, certaines nécessités, certaines caractéristiques qui sont ou manquantes ou défaillantes dans les configurations homoparentales. C'est en ce sens qu'on peut dire de ces discours qu'ils défendent un ordre.

La question de l'altérité

La première caractéristique tourne autour de la nécessité d'une « altérité » pour le développement psychique d'un enfant : le bébé a besoin, pour se différencier comme sujet individualisé, de pouvoir faire l'expérience d'un tiers qui relativise une relation fusionnelle avec sa mère.

Je tiens à pointer ici deux raccourcis : le premier est le rabattement de cette fonction individualisante du tiers sur le sexué : autrement dit, les fonctions parentales en tant que distinctes sont corrélées au sexe. L'enfant qui a besoin d'un autre pour intégrer que sa mère est une autre que lui, qui a en somme besoin d'expérimenter l'altérité, ne pourrait le faire que si l'autre est de l'autre sexe. Ce qui revient en fin de compte à affirmer que l'autre n'est autre que s'il est de l'autre sexe.

L'autre raccourci est d'imaginer que ce tiers, qu'il soit ou non sexué différemment de l'individu avec lequel l'enfant fait dyade, doit absolument être situé dans le couple parental. Et donc qu'il ne puisse pas se trouver dans le cadre élargi des adultes avec lequel l'enfant est en contact (dans le « wildest environment » comme disent les anglosaxons).

La fonction d'autorité

Un second type de discours se centre sur l'affaiblissement de la fonction paternelle, de l'autorité, et au bout du compte de la Loi, qui serait nécessaire au développement adéquat de l'enfant. Ce second niveau est intimement lié au premier en ce sens que la famille nucléaire serait le signe de bonne santé de la fonction paternelle : à savoir un

noyau avec, en position de force, l'homme. Poussé à l'extrême, on trouvera une fois de plus les vieux poncifs sur l'homosexualité : un homosexuel est efféminé – et donc un homme pas assez porteur de l'autorité – ; et une lesbienne masculine – et donc trop porteuse de l'autorité.

La question de la « normalité »

La troisième caractéristique pour un bon développement psychique de l'enfant dans les configurations homoparentales se situerait à un niveau social. Il est possible de la résumer à une question : comment peut faire un enfant élevé dans une famille atypique, là où tous ses pairs peuvent se référer à un modèle commun ? On retrouve ces questionnements dans la crainte d'une stigmatisation que pourra subir un enfant conçu ou élevé par des parents homosexuels de la crèche à l'école. Je fais ici remarquer que ce présupposé (à savoir : la plupart des enfants sont dans un modèle univoque) est on ne peut plus discutable : il n'existe pas un groupe où tous les individus sont totalement identiques : la norme ne fonctionne pas ainsi (cf. les travaux de M. Foucault²).

Le problème posé est donc celui de ce qu'une filiation – que, vous l'aurez compris, je considère comme construite et non comme naturelle –, qu'une filiation issue de deux personnes de même sexe donc risque d'être délétère et pour l'enfant élevé dans une famille où une telle configuration existerait, et pour la société qui l'intégrerait dans ses lois.

Quand j'ai commencé, en 1997, à monter l'étude qui est devenue ma thèse de pédopsychiatrie, l'idée même qu'il y ait une « population » homoparentale semblait, pour nombre de ceux qui criaient haro sur le PACS (à l'époque le CUS ou le PIC, je ne sais plus), semblait donc absurde (« plus qu'une minorité... une anormalité » disaient-ils en substance). Mais nous ne sommes plus en 1997. Einstein disait qu'un préjugé est plus difficile à casser que de l'atome. Et que sont quelques années, à côté de la demi-vie d'une substance radioactive ? ■

1. Stéphane Nadaud, *Manuel à l'usage de ceux qui veulent réussir leur [anti]œdipe*, Paris, Fayard, 2006.

2. Notamment dans *La Volonté de savoir, histoire de la sexualité I*, Paris, Gallimard, coll. Tel, 1976.

Ma fille de cœur

■ **Valérie Marange**, chargée d'enseignement à l'université de Paris VIII

Ma fille de cœur aimait beaucoup avoir deux mamans, même si quelquefois, la seconde la gênait un peu dans la symbiose avec la première... Toute petite, quand elle ne sortait pas encore seule de son lit à barreaux, elle nous appelait toutes les deux le matin : « Maman, Babou ! ». Elle venait téter entre nous deux, et plus tard, c'est moi qui lui ai donné le biberon, sur le conseil de la pédiatre, une femme renommée dans sa profession et à qui je garde beaucoup d'amitié. Pendant que le biberon chauffait, nous regardions passer les oiseaux et les avions, pardessus les toits de Paris. Ma fille de cœur pensait que nous étions mariées, sa mère et moi, elle était contente que je porte des robes, et voulait que j'en offre à sa maman, qui n'en porte pas très souvent ! Quand nous nous sommes séparées – elle avait quatre ans –, ma fille de cœur a fait la gueule autant que moi, et j'ai fait comme d'autres parents séparés, je me suis battue pour ne pas la perdre, et pour qu'elle ne me perde pas. Elle était

encore très petite, ce n'était pas, je le savais, affaire de « droit », quand bien même j'aurais pu en obtenir, mais de confiance et d'intérêt à se rencontrer. Je suis heureuse d'avoir réussi à passer ce cap, à maintenir ce lien.

Ma fille de cœur : c'est le terme que j'ai fini par trouver, presque huit ans après sa naissance, avec son pendant : mère de cœur. Pour rendre compte d'un engagement que ni le sang, ni la loi ne confirment, mais qui s'est révélé très solide, et impossible à parler autrement que sur un mode materno-filial, sans pour autant m'octroyer une légitimité quelconque. Un lien tissé de réalité, j'ai beaucoup été mère de bras, les enfants ont besoin d'être portés... La mère de ventre n'en a pas toujours le goût ni la force. La maternité se décline assez facilement au pluriel, comme le savent les sociétés traditionnelles. Les nôtres aussi s'appuient là-dessus, même si elles laissent cela dans l'ombre, et l'instrumentalisation du thème du « care » risque de

§Enfant
§Parentalité

Valérie Marange est l'auteure de *La Bioéthique*, Le Monde édition, et de *Éthique et violence*, l'Harmattan.

.../...



.../... n'y rien changer une fois de plus. Un lien tissé aussi d'imaginaire, l'enfant naît aussi des histoires que se racontent les parents, pour le meilleur et pour le pire. C'est là bien sûr que les ennuis commencent, quand les fictions prennent trop de place, deviennent exclusives les unes des autres, quand l'enfantin des croyances amoureuses cède le pas à l'infantile ou incapacité à faire place à l'autre... L'autre sexe, l'autre femme, l'autre tout court, l'autre enfant dans sa singularité et ses attachements. Et quand rien ne vient réguler, de l'extérieur, l'affrontement des imaginaires, et garantir à chacun une place, et donc aussi celle de l'enfant.

Inutile d'en faire un secret, ma fille de cœur est née dans un chantier, et même parfois un champ de bataille, ce qui n'est pas de tout repos ! Je ne suis pas favorable, je ne l'ai jamais été, à l'anonymat des donneurs de sperme ou des mères porteuses. L'expérience m'a de plus fait perdre quelques préjugés (de gauche !), elle m'a fait prendre conscience de l'importance du sentiment paternel et de la présence d'un père dans la vie d'un enfant, que mon expérience antérieure ne m'avait pas signifiée suffisamment. De l'importance aussi des liens biologiques, maternels ou paternels, et je me jugerais toxique pour ma fille de cœur si je les déniais d'une façon quelconque. Mais aussi, évidemment, de l'importance des choix ontologiques, de la décision ou engagement à être mère et le rester, comme

« Un lien tissé de réalité, j'ai beaucoup été mère de bras, les enfants ont besoin d'être portés... La mère de ventre n'en a pas toujours le goût ni la force. »

il se doit, dans la longue durée. Elle m'a aussi appris à apprécier, à la longue, le recul que cette situation de mère additionnelle exige de moi, recul que je suis donc en mesure aussi de lui offrir relativement à la complexité de sa propre situation.

L'expérience m'a appris, et ce fut tout de même une surprise pour la spinoziste que je suis, l'importance de la loi, si elle existait en la matière, comme obligation à intégrer l'existence de l'autre et garantie d'un cadre de référence continu pour l'enfant. Pour que l'apport réel et imaginaire de chacun soient symbolisés et ne fassent pas retour dans la violence du déni. Aujourd'hui, l'accès à ma fille de cœur, et son accès à moi, restent très dépendants d'aléas divers et je n'exclus pas de porter un jour

la situation devant le juge aux affaires familiales, pour garantir ma permanence dans la constellation parentale de Louise. Espérant aussi faire avancer notre droit encore trop pétri de droit romain-canon, et donc bien plus soucieux du droit des parents que de celui des enfants. Dans ce sens, l'expérience de la parenté de cœur me semble appartenir à tous, comme leçon d'humilité plus que de fierté autosuffisante, qu'elle soit celle d'une personne ou d'un couple... Et les enfants, bien trop tributaires des figures de puissance parentale et de la déception qui lui est fondamentalement liée, pourraient aussi y trouver leur compte. ■

Penser le « groupele »

I **Dominique Louise Pélegrin**, journaliste, écrivain, participe à la rédaction de *Pratiques*

Le roman que je suis en train de finir parle de quelque chose qui se cherche : pas la communauté, ni le couple, le « Groupele ». C'est lancé comme une plaisanterie, mais les cinq personnages – et leurs enfants – sont amenés à improviser un mode de vie différent, dans la cinquième couronne parisienne. Partageant des locaux provisoires, ils mettent en place une organisation volontariste et égalitaire de la vie quotidienne, inventant au fur et à mesure un système de prise en charge des enfants par rotation. Ce qui amène à penser autrement les rapports de couple et les rôles paternels et maternels.

Mes personnages portent donc une envie de penser, de vivre autrement. Il y a comme un malaise, et celui-ci remonte à loin. C'est à la Révolution que s'est construit, affirmé, l'individu démocrate, libre, égal et fraternel. On sait qu'il y a juste eu un énorme bug : d'une part cet individu a été conçu sur le modèle du roi, ou du noble¹...! Pire encore, la moitié de la population, les femmes ont été exclues de la démocratie².

Le problème, me semble-t-il, est qu'on n'a jamais vraiment remonté la pente, faute de tout reprendre à la racine. Deux exemples : on continue à parler (ce on, c'est tout le monde, parfois des chercheurs patentés...) de « travail à temps plein » alors que ce type de travail a été conçu exclusivement pour un travailleur masculin déchargé d'autres tâches. En bonne logique, il faudrait refuser ce terme et redéfinir le temps de travail en partant du fait qu'hommes et femmes doivent assurer aussi d'autres tâches. On continue aussi de parler du « père séparateur » de la « dyade mère-enfant » comme si celle-ci n'était pas rendu nécessaire artificiellement, en raison de l'assignation de la mère au nouveau-né. Faire en sorte que les femmes et les hommes soient des individus libres et égaux en droit, des citoyens

et citoyennes signifie repenser vraiment le privé et le public, le paternel et le maternel, le féminin et le masculin. Dans *Fin du dogme paternel*³, le psychanalyste Michel Tort explique pourquoi c'est si difficile : la construction démocratique horizontale, avec son aspiration à l'égalité et à la fraternité en acte est un combat. A la moindre baisse d'attention revient au galop le système ancien, vertical, patriarcal, où seul le masculin hiérarchiquement organisé est dépositaire du pouvoir symbolique, politique, économique.

Les femmes se sont introduites peu à peu dans le monde public, Elles ajoutent, trafiquent, bricolent. Les hommes perdent des rôles et en gagnent d'autres. Mes personnages créent par exemple un système où plusieurs personnes participent à la relation quotidienne avec le bébé.

Il me semble qu'il y a à repenser entièrement des questions comme : Qu'en est-il de la verticalité du féminin et du masculin, de la conception de l'autorité, du sacré (très franchement, on en a marre de la maman et de la putain) ? Quelles symboliques peut produire le masculin quand il sort, par exemple, de la négation de l'autre sur laquelle il est assis, quand il développe son aspect nourricier ? L'apport du féminin peut-il être exclusivement défini par la capacité à accepter l'Autre (le sexe masculin, l'embryon) en soi ? N'est-ce pas pur artifice que d'imaginer un masculin im-pénétrable, im-pénétré, sexuellement et symboliquement ? etc. Il me semble passionnant, comme citoyens, de chercher, de développer la créativité collective. —

■

1. *Vous serez tous des maîtres*, de Philippe d'Irribarne, Seuil.
2. *Muse de la raison, Démocratie et exclusion des femmes en France*, Geneviève Fraisse, Folio Gallimard.
3. *La Fin du dogme paternel* de Michel Tort, Champs Flammarion.

§Parentalité
§Femme
§Condition féminine

Dernier ouvrage paru
Ciel ma prairie,
Autrement 2008.
En préparation
Le Groupele, roman et
Le Rossignol
Vainqueur, nouvelles.



Magda Zine

Génériques, portion congrue

§Médicament, §firmes pharmaceutiques, §Santé publique

12 % seulement, c'est la part de marché du répertoire des génériques dans le remboursable ! Ce chiffre, passé un peu inaperçu, ne devrait pourtant pas laisser indifférents les pouvoirs publics. François Pesty qui dirige l'institut PUPPEM¹ donne un avis intéressant :

« La part de marché du générique² stagne en France. Un résultat consternant qui prouve l'inefficacité, dans notre pays, des politiques de maîtrise médicalisée portant sur le médicament, notamment en ce qui concerne le dispositif toujours inopérant de la visite des DAM³... »

En effet, dix ans après l'octroi du droit de substitution⁴ accordé aux pharmaciens d'officine, et malgré la tombée dans le domaine public de très nombreux brevets de médicaments, les limites du « générique » semblent avoir été atteintes en France :

- stagnation de sa part de marché à seulement 12 % en valeur et 23 % en volume du médicament remboursable ;
- retard considérable avec nos voisins européens, qui ne s'est pas résorbé. La moyenne des vingt-sept pays de l'Europe se situant pour ces indicateurs à respectivement 18 % et 50 % ;
- manque à gagner que l'on peut estimer au milliard d'euro par an, si nous nous contentions simplement de rattraper ce retard ;
- enjeu éminemment plus important, financièrement parlant, que la récente vague de déremboursements qui ne constituera qu'un cataplasma sur la jambe de bois (économies escomptées : 145 millions d'euros).

« Malgré les génériques et les baisses de prix, la Sécu n'aura jamais autant dépensé pour le médicament ». Au fur et à mesure de la tombée des brevets, la prescription se déplace à l'extérieur du répertoire des génériques, sous la pression des laboratoires : au lieu de prescrire un médicament générique, ou même le médicament princeps, le prescripteur se tourne vers une « nouvelle » molécule ou prétendue telle, qui n'est pas généricable du fait de son apparition récente, et donc chère. Alors que dans les principales classes pharmacologiques, ce sont le plus souvent ces « bonnes vieilles molécules » du répertoire des génériques qui possèdent les meilleurs niveaux de preuves et sont si bon marché en comparaison, qu'elles devraient occuper le devant de la scène. Ce chiffre de 12 %

■ Martine Devries, médecin généraliste

des dépenses du médicament remboursable paraît tellement dérisoire...

Ces piètres résultats, probablement voulus et organisés, trouvent principalement leur explication dans le défaut d'accompagnement des médecins par les pouvoirs publics, en terme d'information sur ces médicaments plus anciens, mais toujours aussi efficaces, et dans l'abandon des professionnels de santé livrés à la seule promotion industrielle, par tous les « canaux » de communication qu'elle contrôle : visite médicale, formation médicale continue, presse financée par la publicité sur le médicament, prise en charge dans les congrès, influence des leaders d'opinion, associations de patients...

A noter que l'analyse des données de prescription du médicament à l'hôpital conduirait strictement aux mêmes observations... » ■

-
- 1. L'institut PUPPEM, Institut pour une Prescription Plus Efficace du Médicament, propose aux Caisses d'Assurance Maladie des formations pour leurs Délégués à l'Assurance Maladie (voir note sur DAM). Ces formations ont pour but d'améliorer l'impact de leur visite sur les prescriptions médicamenteuses et de contrebalancer l'influence des visiteurs médicaux de l'industrie pharmaceutique, <http://puppem.com/Actualites.aspx>
- 2. Lorsqu'un nouveau médicament est commercialisé, il l'est par une firme pharmaceutique qui a une marque ; c'est le médicament princeps. Après dix ans de commercialisation, le brevet est terminé, et n'importe quelle firme peut en faire des copies de qualité égale ; si elles sont moins chères, elles sont remboursées par l'Assurance maladie : ce sont les génériques.
- 3. Délégués de l'Assurance Maladie : ces salariés sont une courroie de transmission entre l'Assurance maladie et les médecins. Ils ont plusieurs fonctions : information sur le bon usage du médicament et sur les changements dans les modalités de prises en charge des patients, mais surtout relais des pressions de l'Assurance maladie sur les prescriptions médicales et promotion des Contrats d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI). Ce « mélange de casquettes » pose la question de la pertinence de leur place dans l'information indépendante des médecins. Certains médecins refusent de les recevoir pour cette raison.
- 4. Les pharmaciens peuvent (et doivent) délivrer le médicament le moins cher, parmi les différentes formes commercialisées, princeps et génériques. Le nom commercial est souvent différent de celui écrit sur l'ordonnance, mais cela reste la même molécule, dont le nom suit une dénomination commune internationale, DCI ; pour cette raison, il serait raisonnable que les médecins prescrivent en DCI, ce qui est loin d'être le cas.

Une réforme en trompe l'œil

§ Privatisation

La loi de réforme du système de santé américain, votée à une très courte majorité fin mars 2010, est considérée comme une victoire politique du président Obama. Elle est cependant le fruit du renoncement à une promesse phare du candidat Obama : la mise en place d'une Assurance maladie universelle pilotée par l'Etat fédéral. Cet abandon s'est fait sous la pression des lobbies assurantiels, pharmaceutiques et conservateurs.

Les Etats-Unis : un système de santé coûteux, inégalitaire et peu performant en termes de santé publique ¹

Les Etats-Unis, pays de 308 millions d'habitants, consacrent 16 % de leur PIB aux dépenses de santé (11 % en France). Ils se classent au trente-quatrième rang mondial pour l'espérance de vie, sont derniers sur dix-neuf pays industrialisés pour le nombre de « décès évitables », leur taux de mortalité infantile est le double de celui de la France et de l'Allemagne et celui des Noirs américains est le double de la moyenne nationale.

Le coût des soins est élevé. Les assurances privées sont chères : elles sont en situation de quasi monopole et échappent au droit de la concurrence. Les contrats d'assurance déterminent les lieux de soins et le niveau des remboursements. Soignants et structures d'hospitalisation sont sous contrats avec les assurances.

Les personnes assurées le sont en très grande majorité (158 millions) par des assurances privées dans le cadre de leur entreprise. La couverture est variable, mais toujours partielle avec franchises et restes à charge.

Les programmes publics *Medicare* et *Medicaid*, mis en place en 1965, concernent chacun 45 millions de personnes.

Medicare, géré au niveau fédéral, assure les plus de soixante-cinq ans ayant cotisé et certaines personnes handicapées. La couverture est partielle, en particulier pour les soins de ville, les médicaments et les appareillages.

Medicaid assure une couverture santé minimale aux personnes dont le revenu ne dépasse pas un certain seuil (en général très bas). Il est géré par les Etats ; les conditions d'accès et le type de couverture varient fortement d'un Etat à l'autre. Le niveau modique des prises en charge entraîne souvent des refus de soins pour ses bénéficiaires. Créé en 1997 et renforcé en 2009, le *Children's Health Insurance Program* (CHIP) fournit une assurance maladie aux enfants dont les parents ne sont pas éligibles à *Medicaid*, mais qui n'ont pas les moyens de souscrire une assurance privée.

Marie Kayser, médecin généraliste

Fin 2008, 46,3 millions d'habitants étaient sans aucune couverture maladie, chiffre évalué à 50 millions actuellement du fait de l'augmentation des pertes d'emploi liées à la crise. Ces personnes peuvent théoriquement recevoir des soins dans certains hôpitaux uniquement pour les urgences, sans aucun suivi ultérieur et même dans ces cas les soins sont payants.

La nouvelle loi sur l'assurance santé : un aménagement du système assurantiel privé ¹

La loi avance comme objectif une assurance santé pour 31 millions de personnes supplémentaires tout en laissant le marché de la couverture maladie aux assurances privées.

Elle institue une obligation d'assurance pour les particuliers au risque de pénalités (atteignant 2,5 % des revenus en 2016). Les entreprises de plus de 50 salariés devront fournir une couverture à leurs employés (2 000 dollars de pénalités par an et par salarié non couvert). Les petites entreprises et les ménages modestes recevront des crédits d'impôts et des aides pour financer l'assurance santé.



La loi tente de « moraliser » les contrats d'assurance : les prix resteront libres, mais elle prévoit de combattre les hausses de tarifs « déraisonnables ou injustifiées » et tente de créer une concurrence en instaurant dans chaque Etat un tableau comparatif : « bourse des polices d'assurances ». Les assureurs ne pourront ni refuser une personne au prétexte de problèmes de santé préexistants, ni résilier un contrat lorsque le patient tombe malade, ni fixer un plafond au montant des remboursements susceptibles d'être versés à un client au cours de sa vie. Les enfants pourront rester sur l'assurance de leurs parents jusqu'à 26 ans.

Le montant des aides accordées aux ménages à faibles ressources est augmenté pour les aider à assumer la part des dépenses de santé qui reste à leur charge ².

Certaines failles dans la couverture du programme *Medicare* pour les personnes âgées vont être comblées. Onze milliards de dollars sur cinq ans vont être investis dans les dispensaires de quartier qui soignent les américains les plus pauvres.

Cette loi « n'élimine pas les racines du problème : une industrie de l'assurance privée mue par la recherche du profit » ³

L'*Association Physicians for a National Health Program* (Médecins pour un programme national de santé) regroupe 17 000 médecins aux Etats-Unis. Elle lutte depuis des années pour la mise en place d'une assurance santé publique, nationale, garantissant à toute la population une couverture complète de ses dépenses de santé.

Elle critique cette loi qui va contraindre des millions d'Américains à acheter aux assureurs privés de mauvais produits assurantiels. Les compagnies privées vont s'enrichir d'au moins 447 milliards de dollars grâce à l'argent public versé pour subventionner l'achat des polices d'assurance. L'augmentation de leur pouvoir financier et politique renforcera la capacité des firmes et des assurances à bloquer toute nouvelle réforme ⁴.

Ces médecins dénoncent ⁵ :

23 millions de personnes environ ne seront pas couvertes ; parmi elles, les immigrants en situation irrégulière pour lesquels rien n'est prévu.

Les droits des femmes sont encore restreints : pour arracher le vote de la loi, le gouvernement a accepté que les avortements ne soient pas remboursés par les contrats d'assurance ayant bénéficié d'argent public.

Des millions de membres de la classe moyenne seront mis sous pression pour acheter des polices d'assurance santé qui coûteront jusqu'à 9,5 % de leur revenu, mais ne couvriront en moyenne que 70 % de leurs dépenses de santé, les laissant exposés au risque d'être ruinés s'ils sont sérieusement malades. Beaucoup trouveront ces cotisations trop élevées pour s'assurer et même s'ils le font,

ils hésiteront à se faire soigner en raison du niveau élevé des restes à charge.

La loi réduit de 40 milliards de dollars l'aide apportée par *Medicare* aux hôpitaux assurant des services de base accessibles aux non assurés, menaçant ainsi les soins dispensés aux millions de personnes restés sans assurance.

Les personnes couvertes par le biais de leur employeur resteront prisonnières des réseaux de prestataires de soins auxquels leur assurance donne droit ; elles feront face à des coûts croissants et à une érosion continue des prestations assurées.

Le coût de la santé continuera à augmenter, comme l'expérience faite dans l'Etat du Massachusetts, sur lequel la nouvelle loi est fondée, l'a montré ⁵. L'interdiction faite aux assureurs de refuser la couverture à quelqu'un sur la base de son état de santé est criblée de failles (conséquence du rôle central joué par les assureurs dans la formulation de la loi). Il sera ainsi possible d'imposer aux personnes plus âgées des cotisations jusqu'à trois fois plus élevées que celles de personnes plus jeunes. De même, les assurances couvrant majoritairement des femmes salariées pourront imposer jusqu'en 2017 des cotisations plus élevées et définies en fonction du sexe.

L'*Association Physicians for a National Health Program* conclut : « En remplaçant les assureurs privés par un système de financement public et rationalisé, notre nation pourrait épargner chaque année 400 milliards de dollars de coûts administratifs, qui sont autant de gaspillage inutile. Cela suffirait pour offrir une couverture santé à toutes les personnes qui ne sont pas assurées aujourd'hui et pour améliorer la couverture de celles et ceux qui ont déjà une assurance, sans avoir à augmenter d'un seul centime la dépense globale des Etats-Unis pour la santé »... ■



1. « La réforme Obama : une meilleure couverture du risque maladie pour les Américains » Rapport d'information de la commission des affaires sociales du sénat, mars 2010, http://www.senat.fr/rap/r09-361/r09-361_mono.html#toc144
2. C'est le même mécanisme, ici concernant l'assurance obligatoire, que celui qui existe en France pour l'aide à l'achat d'une complémentaire ; on sait à quel point il est inadapté pour que puissent en bénéficier tous ceux qui y ont droit.
3. Prise de position de *Physicians for a National Health Program*, voir la traduction complète faite par Alencontre : <http://www.alencontre.org>.
4. Le vote de la loi a été acquis sous promesse d'une révision prochaine.
5. En assurant (même mal) les citoyens pauvres et âgés, les pouvoirs publics américains vont se retrouver avec des dépenses socialisées de soins de plus en plus lourdes dans un système de plus en plus coûteux, alors que les personnes les moins à risque seront prises en charge par les assurances privées.

Au milieu du gué

§Formation initiale, §Formation continue, §Médecin généraliste

Marie Kayser, médecin généraliste,
Laure Van Wassenhove, médecin généraliste, maître de conférence associé

Il y a deux ans, nous nous interrogeons ainsi dans *Pratiques*¹ à propos de l'enseignement de la médecine générale. Qu'en est-il aujourd'hui ?

L'article 47 de la loi Hôpital Patient Santé Territoire prévoit la titularisation chaque année pendant quatre ans de vingt professeurs et de trente maîtres de conférences en médecine générale.

A première vue, cela semble très satisfaisant, mais plusieurs problèmes se posent.

Il s'agit d'une titularisation à effectif constant au sein d'une même faculté : les postes seront donc pris à d'autres spécialités pour être affectés à la médecine générale.

Il s'agit d'une titularisation qui ne prend pas en compte les spécificités de l'exercice et de l'enseignement de la médecine générale.

Il faut différencier l'intégration par titularisation des enseignants associés actuels de la titularisation à venir des chefs de cliniques.

Les enseignants actuels sont des médecins généralistes qui, depuis des années, portent à bout de bras la formation des internes de médecine générale et sont censés assurer l'initiation à la médecine générale pour les étudiants du 2^e cycle². A mi-temps, sur des postes en nombre insuffisant, ils ont des statuts précaires et temporaires de Professeur associé ou de Maître de conférences associé³. Se posent le problème de l'augmentation de leur nombre et celui de leur titularisation. En 2009, il y a eu dix professeurs associés titularisés⁴ ; cette année trente-neuf sont reconnus aptes par la commission d'intégration, mais combien seront nommés⁵ ?

Au-delà du nombre de nominations, un autre problème va se poser de façon durable. Les chefs de clinique en médecine générale ont commencé à être nommés en septembre 2008, dans le cadre de la mise en place progressive de la Filière Universitaire de Médecine Générale qui est calquée sur celle des autres spécialités. Ils travaillent actuellement à mi-

temps dans des cabinets de médecine générale, participent à l'enseignement et font des travaux de recherche. Ce sont eux qui sont ensuite censés suivre le cursus universitaire et être titularisés. Le problème est que les nouveaux critères de titularisation leur seront difficilement accessibles, car ils ne peuvent pas se permettre d'attendre des années, à la fin de leur clinicat, que s'ouvre un éventuel poste pour eux. Ils seront obligés de travailler à plein temps dans leur cabinet médical et ne pourront donc plus produire les travaux de recherche nécessaires à la titularisation.

C'est donc la spécificité du métier de généraliste et celle de sa formation qui sont en jeu et sont mal reconnus dans le cadre de l'actuelle Filière Universitaire. On est au milieu du gué, loin de la rive : la création de véritables Services Universitaires de Médecine Générale Ambulatoires¹, lieux de soins primaires pluridisciplinaires qui seraient aussi pleinement lieux d'accueil et de formation. ■

-
- 1. *Pratiques* n° 41 : « L'enseignement de la médecine générale au milieu du gué ».
- 2. Par manque de financement et d'enseignants, le stage de 2^e cycle, pourtant indispensable pour faire connaître le métier, est assuré à ce jour dans peu de facultés de médecine.
- 3. Le statut des associés est provisoire avec des contrats de trois ans renouvelables avec un maximum de neuf ans pour les professeurs et de six ans pour les maîtres de conférences.
- 4. La filière universitaire de médecine générale comprenait 213 enseignants (10 professeurs titulaires, 76 professeurs associés, 81 maîtres de conférences associés) pour organiser et assurer la formation de 6 000 internes en médecine générale. A leurs côtés interviennent sur des vacations les attachés d'enseignement et au niveau des stages les Enseignants Cliniciens Ambulatoires en nombre très insuffisant aussi.
- 5. Le Syndicat National des Enseignants en Médecine Générale qui a beaucoup œuvré pour la mise en place de la filière se bat pour ces nominations et titularisations. ■

Le secteur psychiatrique (suite)

§Accès aux soins, §Hospitalité, §Psychiatrie, §Santé mentale, §Psychiatrie de secteur

■Eric Bogaert, psychiatre

Après avoir résumé l'histoire de la mise en place du secteur psychiatrique, service public de la psychiatrie, et avant d'évoquer son avenir, visite de l'intérieur.

Le secteur psychiatrique comme si vous y étiez

Pendant les dix premières années qui ont suivi la non publication de la circulaire sur le secteur de 1960, s'est, ou pas, élaboré pour chaque département un Plan d'Organisation Départemental. Des modifications statutaires devaient pousser les psychiatres réticents, les plus nombreux, à sortir de leur asile pour créer le secteur, désamorcées par les administrations locales qui n'ont pas voulu se mettre à dos leurs interlocuteurs locaux, même s'ils ne bougeaient pas. Et l'administration centrale se politisait tandis qu'elle se débarrassait de ses conseillers de la société civile, la psychiatrie redevenant le moindre de ses soucis.

Peu de moyens nouveaux, pour une mise en œuvre reposant sur les ressources – moyens et volontés – locales variables, se sont traduits par des situations très disparates. Le gros centre hospitalier spécialisé des départements ruraux, souvent excentré, plutôt bien doté, principal employeur local d'une zone peu urbanisée, a traîné des pieds à rejoindre les secteurs lointains de la maison mère. Tandis que les créations de secteurs, dans les départements ou les zones ne disposant pas d'hôpital psychiatrique, se sont faites dans les hôpitaux généraux, avec peu de redéploiements de moyens et encore moins de créations de postes, parfois dans des unités de soin préfabriquées industriellement – annonce des temps modernes où l'hôpital est devenu une entreprise « comme une autre ».

Dans chaque secteur, le médecin-chef de service, et l'équipe soignante qu'il anime, construit le dispositif, avec ses moyens, ses orientations, son style. Dans les centres hospitaliers spécialisés, c'est à partir du service d'hospitalisation temps plein, géré par l'hôpital, que les secteurs se mettent en place ; pour les autres, c'est depuis le Centre Médico-Psychologique (CMP), géré par la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS), les hospitalisations se poursuivant dans l'établissement, parfois situé dans un autre département, qui recevait précédemment les patients de ce secteur, lorsqu'il ne dispose pas encore d'hospitalisation à temps complet. L'équipe hospitalière comprend essentiellement des internes, des infirmières, une secrétaire, parfois une psychologue, tandis que l'équipe gérée par la DDASS se compose plutôt de

psychiatres et psychologues vacataires, d'une assistante sociale, d'une secrétaire. Dans les premières années, la file active se constitue à partir des patients hospitalisés de longue date pour le secteur de centre hospitalier spécialisé, à partir des patients suivis en ambulatoire après leur sortie d'hospitalisation dans le nouveau service pour le secteur créé à partir d'un CMP – surtout des manifestations aiguës de pathologies métaboliques ou psychiatriques – ou dans le service de psychiatrie qui recevait les hospitalisations du secteur avant sa création. On peut ainsi évoquer schématiquement deux ambiances de construction du secteur : des murs, des hommes, des chroniques régressés, une histoire ancienne, une quotidienneté lente, lourde, balisée administrativement, dans un monde parallèle, au centre hospitalier spécialisé, et l'espace social ordinaire : peu de moyens, dans un temps social ordinaire où une histoire et une quotidienneté sont à inventer, dans la réactivité de la vie quotidienne ordinaire, pour le secteur bâti à partir du CMP.

C'est entre ces deux caricatures, figurant le pôle hospitalier et le pôle extrahospitalier, que s'est construit le secteur, selon les orientations de travail des médecins-chefs qui se sont succédés, et le style de leur collaboration avec l'équipe soignante qui elle aussi a évolué, selon les cooptations pour certains, embauches éventuellement imposées pour d'autres, l'encadrement infirmier se découplant progressivement du « pouvoir » médical pour se rapprocher du « pouvoir » administratif jusqu'à ces « infirmiers généraux » devenus « directeurs des soins » qui, les malheureux, placés à l'interface de ces deux pouvoirs, sont soumis à une schize fonctionnelle sans doute invivable.

Il faudrait consacrer une étude sur la construction des secteurs ; ce serait une étude d'urbanisme, s'agissant des diverses unités fonctionnelles du secteur, de leur généalogie, de leurs fonctions et de leurs articulations, dans le temps des trajectoires de soin des patients et dans l'espace de la Cité, mais aussi de l'organisation des rôles et fonctions de chaque membre de l'équipe du secteur et de leurs circulations dans le dispositif. Mais il faut aussi considérer que la pratique psychiatrique se situe au carrefour de divers champs : médecine, psychologie, psychanalyse, sociologie, anthropologie, philosophie, politique..., pour ce qui

.../...

Le secteur psychiatrique (suite)

.../... concerne les orientations des animateurs du travail fourni sur le terrain. Et qu'un troisième axe complète les deux précédents : les orientations de l'administration et le poids de ses visées dans le fonctionnement et le développement du dispositif. Tous ces systèmes constituent un organisme vivant, qui évolue au fil du temps, selon l'histoire de chacun de ses constituants, nécessitant une analyse institutionnelle permanente pour que le secteur puisse être un outil thérapeutique dans les mains de ses animateurs. C'est une alchimie complexe, et en voici quelques aspects.

Ici, les postes attribués plus vite que le bâtiment ne se construisait ont été utilisés pour la chirurgie, le budget de la psychiatrie se fondant dans celui de l'hôpital général. Là, le seul secteur de psychiatrie pour l'hôpital général ne parvient pas à embaucher des psychiatres sur les quelques postes existants, les urgences psychiatriques et le service d'hospitalisation à temps complet épuisant le temps de travail des quelques postes pourvus, aux dépens du travail de secteur et de l'attractivité des postes.

Ailleurs, c'est l'« intra » (-hospitalier) qui est hypertrophique, favorisant régression et déresponsabilisation des patients, concentrant les pathologies et les symptômes dans un espace/temps artificiel et monstrueux, imposant aux soignants de gérer la vie quotidienne des patients, médicalisant leur vie sociale ; là, c'est l'« extra » (-hospitalier), ne permettant pas aux patients de trouver « asile » lorsqu'ils perdent pied et ne peuvent plus tenir une place anormale, l'objectif étant alors souvent d'abord de réduire, voire d'éradiquer le symptôme, pour que le patient puisse rester à une place sociale normalisée. Ainsi de ce groupe thérapeutique, présenté comme pilote dans un reportage passé il y a plus de trente ans à la télévision, où le soignant dit au patient qui exprime son délire « Tu sais bien qu'il faut laisser son délire au vestiaire » : il s'agit-là de la question de la nature de la maladie mentale (soigne-t-on des personnes atteintes de schizophrénie ou des schizophrènes ?), et au-delà, de la psychiatrie (soigne-t-on des maladies mentales, ou des fous, ou des troubles psychiques ?) ; sans parler de la question de la santé mentale. Et même si, dans son organisation en unités fonctionnelles, le dispositif d'un secteur est de ce côté équilibré, la répartition des soignants – affectés à une seule unité ou distribués au long des trajectoires de soin,

pour toutes les catégories de soignants ou certaines seulement – peut, pour des raisons diverses (rationalisation des moyens, satisfaction des desiderata des uns, simplification du travail des autres...), sectionner la continuité des soins. Le patient en phase aiguë, lorsqu'elle nécessite une hospitalisation, un espace contenant les morceaux de son être au monde en délicatesse, voire en déliquescence, est confié à une équipe d'hospitalisation à temps complet afin de traiter la crise, puis, le plus rapidement possible pour faire de la place aux suivants et éviter chronicisation et bénéfices secondaires, rendu à son bio-psycho-socio-tope naturel, avec un relais du soin à une équipe ambulatoire, renforçant ainsi les effets du déni propre à la psychose ou du refoulement propre au névrosé, exprimant de l'hospitalisation temps plein un patient normalisé, mais aseptisé, dépersonnalisé. Alors que la continuité des soins devrait situer l'équipe soignante en position de se lier aux deux fils de la chaîne signifiante « décapitonée », dans l'inconscience de la relation transférentielle, et de tenter d'en soutenir une liaison. Le secteur psychiatrique, ce n'est pas proposer à la population du dedans puis du dehors, c'est faire tenir dedans et dehors ensemble.

Le secteur psychiatrique, dans sa pratique quotidienne et son organisation – unités, soignants, et articulations –, c'est un état d'esprit : proposer un accueil de la folie (ceux qui en souffrent eux-mêmes, ou la côtoient, ou y ont à faire) et son soin, dans la Cité, dans la vie sociale quotidienne ordinaire, du côté du CMP, et un « asile » pour contenir, rassembler, les morceaux, du côté de l'hospitalisation temps complet, et entre ces deux pôles, les espaces/temps qui paraîtraient utiles à compléter le dispositif selon les besoins de la population en fonction des caractéristiques géo-démographiques du secteur.

On peut regretter les disparités d'orientation, d'organisation, de fonctionnement, de moyens, et toutes les autres qui en découlent, mais un modèle standard de secteur psychiatrique, outre qu'il serait impossible à mettre en place et à faire fonctionner, ne résoudrait pas le fait qu'il s'agit d'une entreprise, au sens premier du terme, humaine, dans toutes ses composantes (son objet : traiter l'âme humaine [la psyché], son moyen : les relations intersubjectives, et ses agents : des psychés), et donc hétérogène. ■

Haro sur la santé publique

§Hôpital, §Réforme hospitalière, §Gestion hospitalière

■ Marie Kayser, médecin généraliste

Le Dr Alain Braillon, praticien hospitalier et chercheur en santé publique, dirigeait depuis 2006 la mission régionale pour l'évaluation des pratiques professionnelles au sein du service d'évaluation médicale du Professeur Dubois au CHU d'Amiens. Il vient de voir son poste supprimé après un vote de la Commission Médicale d'Établissement (CME) du CHU¹. Cette suppression de poste va encore réduire le service du Professeur Dubois, qui ne comptait jusque là que deux collaborateurs (pas de secrétaire, plus de bureau pour accueillir étudiants ou internes, qui se voient refuser leurs demandes de stage).

La raison invoquée par le président de la CME est la suppression d'une subvention spécifique de l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) de Picardie pour son poste.



Cette suppression de poste a été l'objet d'une assez large médiatisation depuis plusieurs mois². Le Professeur Dubois y souligne que le Docteur Braillon a « le meilleur score de publications médicales du CHU »³ parmi les praticiens hospitaliers. Il « a mis en place un programme exemplaire de prévention du tabagisme avec toutes les maternités publiques et privées de la région », « a aidé à améliorer la prévention de la transmission de l'hépatite B de la mère à l'enfant » et à « prévenir les récurrences après les tentatives de suicide ». Il relève que les actions que le Docteur Braillon a menées

n'ont pas bénéficié directement aux services du CHU d'Amiens, ce qui expliquerait la décision de la CME, mais que son poste ne coûtait rien à l'hôpital, car il était financé par des subventions sur projets.

Sur un plan plus général, le Professeur François Bourdillon, président de la Société française de santé publique (SFSP), déplore dans le BMJ la vulnérabilité des postes en santé publique, car ils ne sont pas producteurs de recettes dans le système de tarification à l'activité (T2A).

Dans une région où les besoins sont immenses : densité médicale et en lits d'hospitalisation faibles, état de santé précaire⁴ à l'image de l'état socio-économique, cette éviction est encore plus incompréhensible.

Le Professeur Dubois estime que les études critiques du Docteur Braillon sur l'insuffisance de dépistage du cancer colo-rectal ou des moyens attribués à la lutte contre le tabagisme pendant la grossesse, ainsi que ses prises de position critiques envers la Société française d'urologie sur le dépistage du cancer de la prostate et contre la publicité en faveur de l'alcool sur Internet peuvent aussi expliquer ce choix⁵.

Cette éviction pose deux questions fondamentales :

- La santé publique qui, d'après la ministre de la Santé devait être sanctuarisée, est-elle toujours une mission qu'un CHU doit remplir ?
- La santé publique a-t-elle besoin d'une expertise au service des lobbies et des intérêts de tous ordres ou d'une expertise qui repose sur les faits scientifiquement établis et ne craigne ni la confrontation, ni la polémique ? ■

■

1. Le Docteur Braillon rapporte que c'est par mail qu'il a été informé que son poste était supprimé.

La CME a voté cette suppression en dehors de l'ordre du jour, en fin de séance, avec un tiers des membres.

2. Paul Benkimoun BMJ 09/02/10 ; APM 12/02/10 ; Roger Lenglet Charlie Hebdo 04/02/10 ; Dominique Dupagne <http://www.atoute.org/n/article146.html> ; Professeur Fabry Risques et qualité 04/10 ; Healthwatch 07/04/10.

3. Les publications médicales rapportent de l'argent au CHU dans le cadre de l'enveloppe MERRI (Mission d'Enseignement, de Recherche, de Référence et d'Innovation).

4. La région Nord Picardie est la deuxième en France pour la mortalité prématurée des hommes.

5. Le Professeur Gérard Dubois est lui poursuivi devant la 17^e chambre correctionnelle par la Confédération des buralistes pour avoir dit que le tabac était un produit qui tuait. Les lobbies appellent ça une « procédure-bâillon », destinée à imposer le silence.

La médecine générale : chronique d'une mort annoncée

§ Médecin généraliste, § Conflit d'intérêts, § Gouvernement, § Politique, § Démocratie, § Etat, § Pratique médicale

Didier Ménard, médecin généraliste,

Il y a des réalités incontournables. Pour autant, elles peuvent très bien ne pas être reconnues par ceux qui ne veulent pas les voir. Le cas de la médecine générale telle qu'elle existe aujourd'hui en est un parfait exemple.

Un métier qui n'est plus choisi par les jeunes générations, un métier que les plus âgés souhaitent quitter au plus vite, est par définition un métier en extinction. Après neuf ans d'études, les jeunes médecins, alors qu'ils n'ont jamais été aussi bien préparés à l'exercice de ce métier, fuient la médecine générale. Quant aux anciens, épuisés, dégoûtés, souvent humiliés, ils sont de plus en plus nombreux à dévisser leur plaque.

Au-delà du constat, la question essentielle est de comprendre pourquoi ? Doit-on en déduire, comme ce fut le cas pour les mines ou la sidérurgie, que notre système de santé, notre système économique n'ont plus besoin de ces professionnels-là ? Il est difficile de le croire, la demande de soins reste élevée et on ne peut pas délocaliser la médecine de proximité. Alors que se passe-t-il ?

Les dirigeants de ce pays n'ont pourtant cessé de proclamer que la médecine générale est essentielle pour la nation, ils s'expriment lors des grands-messes organisées pour nous convaincre ou se convaincre que cette médecine est nécessaire aux Français. Ils ont même cru bon d'inscrire dans la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) ce que doit être cette médecine du premier recours. Il est facile, au regard de la réalité, de voir que tous ces discours ne sont pas sincères et qu'ils cachent, la plupart du temps, des mauvais coups pour la médecine générale : non nomination des chefs de clinique en médecine générale, mépris des maîtres de stages, vexations permanentes dans les relations avec la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM), refus d'appliquer la loi qui donne reconnaissance de spécialité à la médecine générale, difficultés de plus en plus grandes pour l'accès aux soins... la liste est bien plus longue...

Mais alors, y a-t-il un complot, une volonté politique affichée d'éteindre la médecine générale ?

On peut essayer de s'interroger sur ce qui pourrait justifier de la part des uns et des autres cette mise à mort.

Au sein de la profession ? Certes, depuis long-

temps, les médecins spécialisés ont tendance à afficher un regard hautain sur cette médecine, qu'ils appréhendent difficilement et dont ils pensent, par un raccourci intellectuel, qu'elle se réduit à la bobologie. Comme certains d'entre eux, situés préférentiellement en haut de la pyramide hospitalière dans leurs statuts de mandarins, ont leurs entrées auprès du prince et de ses ministres, il est certain que dans ces hauts lieux, le point de vue du médecin de base a peu d'écoute.

Dans le syndicalisme professionnel ? Il est vrai que le syndicat nommé Confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF), vieux syndicat de droite et défenseur acharné du libéralisme, s'accroche à cette idée que tous les médecins ont les mêmes intérêts. Au nom de cette doctrine, il défend une unité de la médecine libérale (il s'oppose depuis toujours à la convention spécifique pour la médecine générale) qui bénéficie toujours aux médecins spécialistes et de ce fait tend à marginaliser la médecine générale. Prenons l'exemple de la revendication sur le tarif de la consultation. La CSMF défend une augmentation du C = 23 €, ce qui serait profitable aux généralistes, mais comme le prix de la consultation d'avis ponctuel chez le spécialiste est de C2 = 46 €, on voit qu'une revendication d'amélioration du revenu des généralistes permet aux spécialistes de doubler leur augmentation par rapport aux généralistes, le différentiel résume ce que ce syndicalisme prétendu unitaire apporte à la médecine générale. Mais si ce syndicalisme-là ne défend pas la médecine générale, on ne peut pas dire pour autant qu'il veuille la fin de celle-ci.

L'Etat : lui c'est le champion du double langage et des effets d'annonces. Le plus bel exemple vient d'être donné par le président Sarkozy. Nous savons que cet « hyper » président laisse peu d'espace à ses ministres, c'est lui qui s'occupe de tout, donc de la médecine générale, n'en déplaise à Madame Bachelot. Il sait, en homme politique avisé, que les dernières élections sont très mauvaises pour la droite. Le voilà donc parti à la reconquête de son électorat « médical » qui, pour des raisons idéologiques, lui est traditionnellement acquis. Nous pouvons penser qu'il est dans son rôle de vouloir se donner tous les mérites et d'annoncer que le prix de la consultation va passer à 23 € et que les généralistes pourront coter CS comme les spécialistes. Il faut flatter et rassurer les médecins. Pour cela, il nomme une ancienne

ministre de la Santé, docteur de son état, Madame Hubert¹ qui est chargée de voir ce que peut devenir la médecine libérale, donc aussi la médecine générale. L'avantage pour elle c'est qu'avec les comptes-rendus des EGéOS (Etats Généraux de l'Organisation de la Santé), de la loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire (HPST), de la mission Legmann, un certain travail est déjà fait. L'inconvénient, c'est que ce travail ne permet pas d'apporter les réponses aux questions qui sont réellement posées par la profession.

Essays de prendre du recul et de sortir d'une vision par trop corporatiste

La logique économique impose des contraintes qu'il est difficile de masquer. Le choix économique imposé par le système libéral veut qu'au nom de la rentabilité, de la productivité et de la concurrence, le coût du travail soit le moins important possible. En conséquence, les femmes et hommes politiques qui gèrent le pays fabriquent le déficit des comptes sociaux, même s'ils ne veulent pas le reconnaître. Pour augmenter les recettes, ils ne veulent pas taxer les profits de la finance ni étendre l'assiette de recouvrement des cotisations (par contre, ils expliquent facilement que le déficit de l'Etat, lui, est nécessaire à l'économie). La seule solution qui leur reste pour éviter la banqueroute de la protection sociale est de diminuer les dépenses de soins. Pour cela, ils inventent un arsenal qui se veut de plus en plus performant. Nous connaissons la longue liste de toutes les nouvelles taxes qui frappent les malades. Au point qu'aujourd'hui, sous l'ère de M. Sarkozy, la maxime qui dit qu'« il vaut mieux être riche et bien portant que pauvre et malade » s'applique parfaitement à la France. Pour mener à bien cette politique de diminution du coût des soins, outre la culpabilisation incessante des malades, il faut agir envers ceux qui sont effecteurs de la dépense, les médecins et plus particulièrement les médecins généralistes qui, en quantité, dépensent le plus. C'est dans ce cadre-là qu'il faut appréhender la crise de la médecine générale. Cela permet de comprendre pourquoi la réforme de l'offre de soins de premier recours est pour l'Etat français une réforme qui vise à diminuer les déficits et non pas, quoi que chacun puisse en dire, une réforme qui vise à améliorer la santé des Français, à améliorer la qualité des soins, à améliorer l'exercice professionnel.

La médecine générale est pour le gouvernement une variable d'ajustement de l'offre de soins

Pour pouvoir utiliser cette variable de manière aisée, il lui faut avoir un syndicalisme le plus corporatiste possible dans un cadre conventionnel le plus

docile possible. C'est-à-dire un syndicalisme qui se préoccupe essentiellement des conditions d'exercice et qui puisse cantonner le débat et la revendication autour du niveau de revenu des médecins via le prix de l'acte. Mais ce système a un inconvénient majeur, il donne du crédit à la représentation collective, donc à la défense collective. Ce qui devient gênant pour le gouvernement quand se développe un syndicalisme de rupture qui pose les questions de l'accès aux soins, de la qualité des soins et de l'indépendance de l'exercice professionnel. C'est l'essentiel du clivage qui existe entre la CSMF arc-boutée sur les archaïsmes de la médecine libérale et la nouvelle orientation du syndicat MG France, qui tente de poser les questions de l'accès aux soins et de l'indépendance de la profession. L'Etat a donc décidé de réorganiser l'offre de soins en développant les outils de contrôles, tout en essayant de maintenir la médecine générale dans un cadre où elle pourra se reconnaître sur des valeurs défendues par la droite. C'est une mission de funambule qui est confiée à Madame Elisabeth Hubert : obtenir la paix sociale chez les médecins pendant que l'on réduit l'accès aux soins par le transfert de la protection sociale solidaire au secteur privé. En effet, petit à petit, les préconisations du rapport de M. Chadelat de 2003 sont mises en œuvre. Faire payer les déficits aux malades via le transfert d'une partie de plus en plus grande de la dépense au secteur de l'assurance privée et au secteur lucratif de l'hospitalisation privée, pour cela la loi HSPT joue à plein son rôle. Il est également acquis qu'une des tâches essentielles des nouvelles Agences Régionales de Santé sera de mettre en musique la coordination de cette politique de privatisation de nouvelles répartition des tâches.

L'effecteur de cette politique est l'Assurance maladie

Actuellement, ce rôle de gestion de l'offre de soins est dévolu à l'Assurance maladie dont le gouvernement tient les manettes. Elle s'y emploie. Depuis plusieurs années, pour réaliser les objectifs de maîtrise de la dépense maladie, elle a mis en route un « management » qui n'a rien à envier à celui des grandes entreprises. D'abord, elle se l'applique à elle-même. La mise en place des plateformes téléphoniques, le non remplacement en partie des départs à la retraite, l'embauche de jeunes non qualifiés formés à la va-vite, les pressions pour que les médecins conseils se transforment en médecins contrôleurs... tout cela, nous pouvons le vérifier chaque jour, a pour conséquences d'éloigner encore plus les assurés de cette institution, qui, il faut se le

« Pour réaliser cette politique, le gouvernement a besoin d'avoir une médecine générale divisée. »

.../... rappeler, est au service des cotisants ! Le seul service qui a vu ses moyens et ses compétences augmentés, c'est le service antifraude. C'est une obsession constante dans cette forme de « management » de survaloriser le contrôle, celui des assurés, celui des agents et celui des médecins créant ainsi un climat proche de celui qui règne à France Télécom.

L'Assurance maladie a développé en direction des médecins de nouveaux concepts, comme le paiement à la performance : ce sont les Contrats d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI), le contrôle de l'activité par les relevés individuels d'activité et de prescriptions (RIAP) que ses délégués viennent présenter aux médecins en leur demandant de faire des efforts sur les prescriptions qui dérogent aux objectifs qu'elle a fixés. Il y a aussi la mise en place de toutes ces normes, ces recommandations, ces protocoles, ces référentiels qui sont imposés au nom de la qualité, alors que celle-ci réside dans la capacité du médecin à modifier la norme pour l'adapter à son malade.

En direction des malades, c'est bien évidemment le déluge de taxes, de déremboursements, qui conduisent à ce que de plus en plus de personnes renoncent aux soins. C'est aussi le management direct de la maladie où l'Assurance maladie vient interférer dans le suivi médical des patients : SOPHIA² pour les diabétiques, et demain pour les maladies cardiaques, en leur disant de manière identique ce qu'il est bon et pas bon de faire. Louable intention, mais la réalité quotidienne nous montre qu'il n'y a pas deux malades identiques et donc le discours stéréotypé n'a pour fonction que de normaliser le comportement des malades.

Il y a derrière cette transformation la volonté de l'État d'être le seul maître à bord. Au sein de l'Assurance maladie, la représentation des syndicats de travailleurs n'est que figuration, pour pouvoir appliquer sa politique de transfert de la protection maladie au secteur marchand. C'est la nouvelle gouvernance !

Pour réaliser cette politique, le gouvernement a besoin d'avoir une médecine générale divisée, dans une relation contractuelle individuelle. Ensuite, la réorganisation visera à contraindre les médecins généralistes à s'adapter aux nouvelles formes d'organisations collectives, comme les pôles, les maisons de santé, où se développeront des nouvelles formes de rémunérations, à devenir des médecins avec des missions de santé publique, à faire de la prévention et de l'éducation, c'est-à-dire à passer de l'exercice du soin exclusif dans une pratique solitaire, à un exercice de santé au

sein d'une équipe. Aussi paradoxal que cela puisse paraître, cette réforme-là est la bonne dans ses objectifs, car c'est la seule qui réponde à la fois aux aspirations des jeunes générations de médecins généralistes et aux besoins de santé des populations. La seule différence qui existe, et elle est majeure et rédhibitoire, c'est que ces transformations sont conçues pour l'essentiel du point de vue des intérêts de l'Assurance maladie, donc de la maîtrise des coûts. C'est elle qui fixe les indicateurs de la performance, c'est elle qui choisit les objectifs à atteindre, c'est elle qui décide qui doit faire quoi. De ce fait, le médecin généraliste devient le prestataire de la politique de soins de l'Assurance maladie et c'est la mort de la médecine générale telle qu'elle existe aujourd'hui.

Il est possible de faire autrement. Réformer un système de soins pour le transformer en système de santé est une nécessité, un besoin et une chance pour la médecine générale.

Pour y arriver dans de bonnes conditions, nous devons fixer des fondamentaux qui guideront cette réforme. Ils peuvent être regroupés dans quatre chapitres :

- Toujours favoriser l'accès aux soins dans le cadre d'une protection maladie solidaire la plus étendue possible.
- Exercer la médecine générale dans la plus grande indépendance vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique et des assurances privées. Inscire les relations avec l'Assurance maladie solidaire dans le cadre d'un contrat collectif sur des objectifs de santé construits à partir des problématiques de santé au niveau du territoire de proximité.
- Utiliser les recommandations et autres protocoles comme éléments de référence, mais pas comme outils de normalisation des pratiques professionnelles.
- Inventer une politique de rémunération qui tienne compte de la diversité, et de la complexité de l'exercice de la médecine générale, dans le respect mutuel et non pas dans un « management » de subordination.

Chacun de ces chapitres mérite un développement spécifique qui sera proposé dans le prochain numéro de *Pratiques*. ■

-
- 1. Médecin généraliste, ancienne syndicaliste CSMF, « tombeuse » de l'Unité Sanitaire de Base de Saint-Nazaire, éphémère ministre de la Santé, elle a occupé des postes de responsabilité dans l'industrie pharmaceutique puis à l'hospitalisation à domicile.
- 2. Service à la personne destiné à accompagner les patients diabétiques.

Violences faites aux femmes

§Droit des femmes

IYveline Frilay, médecin généraliste

En février 2010, année de lutte contre les violences faites aux femmes, l'Assemblée Nationale a adopté une proposition de loi renforçant la protection des victimes et la prévention et la répression des violences faites aux femmes (Titre XIV du livre 1^{er} du Code civil). Nous retiendrons les avancées importantes :

- Création d'une ordonnance de protection des victimes de violence au sein d'un couple, par un ex-conjoint ou partenaire. Son but est la protection en urgence des personnes en situation de danger. Elle permet de prendre des mesures de protection immédiates et de stabilisation de la situation juridique et financière de la victime en matière de garde d'enfants, de représailles, de logement ou d'irrégularité de séjour. La compétence du Juge des affaires familiales est privilégiée.
- Les ordonnances du juge devront favoriser l'intérêt de l'enfant, défini par la loi, et protéger la victime de violences conjugales, en situation irrégulière. En cas de dépôt de plainte, une carte de séjour temporaire pourra être délivrée à la victime de violences conjugales, en situation irrégulière, et une carte de résident permanent si le conjoint a été condamné.
- La mise à disposition d'un logement social de

façon pérenne pour les femmes victimes de violences bénéficiant ou ayant bénéficié d'un régime de protection.

- La violence psychologique au sein d'un couple est reconnue, sans que des traces physiques soient présentes. Trois éléments alors sont nécessaires pour porter plainte : actes répétés, dégradations consécutives des conditions de vie portant atteinte à ses droits, à sa dignité ou entraînant une altération de la santé physique ou morale.
- Le délit de contrainte au mariage est créé.
- Le médecin qui dépistera ce type de maltraitance fera un « rappel à la loi » à la victime pour l'inciter à porter plainte et la dirigera vers une association qui l'épaulera. La rédaction d'un certificat médical reste difficile dans la mesure où les médecins continuent d'être condamnés par leur Ordre pour « immixtion dans la vie privée » (l'article 51 du Code de déontologie). Une modification de la culture policière devra être effective, trop de commissariats refusant les plaintes sur des arguments fallacieux. Il reste le recours de porter plainte auprès du Procureur de la République.

Cette proposition de loi doit encore être adoptée par le Sénat pour pouvoir être appliquée. —

Produits chimiques et risque accru de cancer du sein

§Environnement, Pollution, santé environnementale
§Maladies professionnelles, santé au travail, accident du travail
§Maladies professionnelles

IMarie Kayser, médecin généraliste

Un étude a été menée à Montréal¹, auprès de 556 femmes âgées de 50 à 75 ans ayant un cancer du sein et d'un groupe témoin de 613 femmes ayant d'autres cancers. Leur niveau d'exposition à des substances chimiques au cours de leur parcours professionnel a été étudié, les autres facteurs habituellement associés à un accroissement du risque de cancer du sein ont été pris en compte. Cette étude montre que l'exposition professionnelle à des produits chimiques : fibres synthétiques (acryliques et nylon) et hydrocarbures aromatiques (présents dans l'air par pollution industrielle et urbaine) avant l'âge de 35 ans augmente nettement le risque de cancer du sein post ménopausique. —

■

1. Etude menée par France Fabrière et coll.

<http://oem.bmj.com/content/67/4/263.abstract?sid=b381b617-d475-4cf4-9ee0-2b9d71a3ac63>



La poste est malade

§Maladies professionnelles

« Les médecins de La Poste s'inquiètent des conditions de travail des salariés... ». C'est un flash sur France-Info qui traverse comme beaucoup d'autres mes oreilles ensommeillées et qui est vite oublié en se levant.

Mais cette information reste dans la limite de mon esprit pendant une partie de la journée, jusqu'à ce que je m'interroge sur mes propres patients.

Un inventaire sommaire des patients dont je connais le poste de travail est vite fait. Résultat : une dizaine de patients dont quatre au Tri, deux conseillers financiers à la Banque Postale, et deux au guichet. A posteriori, tous souffrent directement ou indirectement d'une dégradation de leurs conditions de travail. La totalité des employé(e)s du Tri souffrent de pathologie de surmenage ostéo-articulaire. Ils ont tous des troubles musculo-squelettiques (TMS) des membres supérieurs, inférieurs ou du rachis qui relèvent de mauvaises conditions de travail :

- tendinopathie du pouce à cause des instruments de flashage de code-barres, tendinopathie de la coiffe des rotateurs par la manipulation des colis ;
- lombalgies chroniques ;
- pathologie tendineuse des tendons d'Achille par la charge et la décharge des colis dans les véhicules reconnue en maladie professionnelle ;
- tendinopathie du coude avec kyste synovial récidivant et conflit de la gouttière épitrochléo-olécranienne que le patient ne souhaite pas déclarer en maladie professionnelle par crainte d'un licenciement pour inaptitude ¹...

La plupart des employés souffrent de dégradation de leurs conditions de travail par augmentation des cadences sous prétexte d'une accélération technique de la machine au Tri et par un sous-effectif chronique. Ils se plaignent également d'une mauvaise considération de leur hiérarchie et d'une mauvaise ambiance ; beaucoup ont décompensé une souffrance morale au travail par des manifestations anxieuses et des troubles du sommeil directement ou indirectement liés à des conditions de management très agressives, voire violentes.

Les guichetiers souffrent directement d'un changement de la vocation de leur fonction. Ils sont passés d'agents de service public au service des usagers à « vendeurs de supermarché » ² obligés de placer durant le contact avec les usagers des produits commerciaux qui peuvent avoir un lien avec la fonction de La Poste (enveloppes pré-timbrees, pli en Colissimo), mais parfois aussi des produits-gadget. Les plus anciens ont

■ **Séraphin Collé**, médecin généraliste en colère

fait le dos rond jusqu'à la retraite, mais ceux et celles qui sont encore en activité doivent travailler maintenant sur deux, voire trois agences.

Les conseillers financiers sont également soumis à un stress professionnel important. D'une part par la cadence de leur travail qui ne leur permet pas de pause digne de ce nom et qui entraîne des heures supplémentaires qui ne sont pas réellement comptabilisées, mais également par les objectifs extrêmement sévères en termes de contrats signés ³. Beaucoup s'indignent des objectifs que les managers et chefs d'agences désirent atteindre en « plaçant » des produits financiers à des personnes vulnérables (personnes âgées, personnes à faibles revenus ou maîtrisant mal la langue française), même si cela ne correspondait pas à leur demande initiale (une mamie qui est sortie de l'agence avec un contrat d'assurance obsèques alors qu'elle n'était rentrée à La Poste que pour retirer 100 €). Et si certains agents ont des scrupules à suivre les recommandations de la hiérarchie, d'autres n'ont pas la même déontologie pour atteindre ces objectifs. La jeune conseillère que j'ai soignée il y a quelques mois n'en pouvait plus de subir cette pression au quotidien et souffrait tous les matins pour se rendre au boulot de nausées et d'épigastralgies, elle dormait de moins en moins bien et a décompensé une dépression anxieuse.

Les médecins du travail de La Poste tirent la sonnette d'alarme ⁴ avant que ne survienne une catastrophe comme la vague de suicides à France Telecom, mais nous, médecins généralistes, sommes-nous aussi inquiets par l'évolution que subissent nos patients employés à La Poste ?

Si la santé des employés de La Poste est équivalente chez les quelques 80 000 médecins généralistes libéraux, la privatisation de La Poste faite en dépit du bon sens, malgré une mobilisation par référendum en votation sans précédent ⁵, est en train d'aboutir à un fiasco sanitaire et social pour des centaines de milliers d'employés de La Poste dont la fonction d'agent du service public est de plus en plus mise à mal ⁶.

Quel en sera le coût sur le plan individuel en termes de pathologies, arrêts maladie, surconsommation médicamenteuse ? Et quel en sera le coût collectif sur les dépenses de santé ? Quel en sera le coût sanitaire et politique en faisant disparaître un service public de proximité qui est une des bases du principe de l'égalité sur tout le territoire ? ■

1. www.sudptt31.org/IMG/pdf/LPtractPIC-CTC27mai.pdf 2. www.liberation.fr/societe/0101592387-on-n-est-plus-guichetiers-mais-vendeurs-de-supermarche
3. www.sudptt.org/IMG/pdf/FdVenseigAvril2010.pdf 4. www.letelegramme.com/complements/2010/06/03/943190_lettrecorrige.pdf 5. www.appelpourlaposte.rezisti.org/ 6. www.lemonde.fr/societe/article/2010/06/04/si-la-poste-ne-prend-pas-conscience-du-probleme-on-court-a-lacatastrophe_1367711_3224.html#ens_id=1266317

Stress au travail, pas de classement pour les entreprises ¹

§Maladies professionnelles, §Santé au travail

■ Marie Kayser, médecin généraliste

Suite à la série de suicides chez France Télécom, le ministre du Travail, Xavier Darcos, avait lancé, en octobre 2009, un plan national d'urgence pour la prévention du stress professionnel dont la mesure principale concernait les 1 500 entreprises françaises de plus de 1 000 salariés auxquelles il était demandé d'ouvrir, avant le 1^{er} février 2010, des négociations sur le stress au travail ; mais aucune pénalité n'était prévue pour les entreprises récalcitrantes. Le 18 février 2010, pour faire pression sur les entreprises, le ministère du Travail publiait sur son site un classe-

ment des entreprises en fonction de l'état des négociations en cours : liste verte pour celles qui avaient conclu des accords (300), liste orange pour celles où des accords étaient en cours et liste rouge pour les autres (600). Sous la pression du Medef, ces listes ne sont restées que 24 heures sur le site et Eric Woerth, nouveau ministre du Travail n'a pas l'intention de les y remettre... ■

■
1. Francine Aizicovici, Bertrand Bissuel, *Le Monde*, 8 avril 2010



Remise en cause de la brevetabilité des gènes humains ¹

§Génétique
§Médicament, firmes pharmaceutiques

§Médicament, §Firmes pharmaceutiques, §Génétique

■ Marie Kayser, médecin généraliste

Un tribunal fédéral américain vient d'invalider sept des vingt-trois brevets déposés par le laboratoire de biotechnologie Myriad Genetics et la Fondation pour la recherche de l'université de l'Utah sur BRCA1 et BRCA2, deux gènes dont les mutations sont associées à la présence d'un certain type de cancer du sein et des ovaires. Ces deux gènes sont désormais partiellement libres de droits. Du fait des droits exclusifs de Myriad à commercialiser ce test, les femmes étaient obligées de passer par Myriad pour bénéficier du test ² et les chercheurs devaient demander l'autorisation à cette société pour continuer l'exploration de ces deux gènes. Les plaignants ³ affirmaient donc que les brevets en question violaient le premier amendement de la Constitution américaine dans la

mesure où ils sont des « produits de la nature » qui ne peuvent donc être brevetés et d'autre part que la brevetabilité du génome « empêchait quiconque d'étudier, expérimenter, voire même observer un gène, ce qui a pour effet global de ralentir la recherche, de la limiter, voire de la bloquer en raison du droit de propriété ». ■

■
1. Yves Mamou, *Le Monde*, 2 avril 2010.
2. Ce test coûte 2 000 euros environ. En France, il est pris en charge par le centre qui le réalise.
3. Il s'agit de l'Organisation américaine de défense des libertés publiques (ACLU) et de la Public Patent Foundation, une association de juristes à laquelle s'étaient jointes des associations de patients et bon nombre de syndicats de médecins.

Bisphénol A : un dossier emblématique

§ Environnement, § Pollution, § Santé environnementale, § Santé publique

■ **André Cicolella**, président-fondateur de la Fondation Sciences Citoyennes

Le 27 avril 2010, l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA) recommandait « un étiquetage systématique » des produits contenant du Bisphénol A (BPA). Un changement notable pour une agence qui, en janvier dernier, avait simplement fait part de « signaux d'alerte » et, un an auparavant, contestait l'idée même qu'il puisse y avoir un impact sanitaire lié au BPA.

Le 24 mars, les sénateurs votaient à l'unanimité la suspension de la commercialisation des biberons au Bisphénol A (BPA). Là aussi, un pas en avant indéniable, même si le vote était en retrait par rapport au projet initial présenté par les sénateurs radicaux qui prévoyait l'interdiction du BPA dans tous les plastiques alimentaires. Roselyne Bachelot avait demandé aux sénateurs de « réfléchir à deux fois avant d'interdire ». « Il est indispensable de fonder nos décisions sur des éléments objectifs, ce qui suppose de se donner un peu de temps pour réunir ces éléments »... Un an auparavant, à une question du député Nouveau Centre Jean-Christophe Lagarde qui lui demandait « d'appliquer le principe de précaution en interdisant la présence de BPA, notamment dans la fabrication des biberons et dans les plastiques alimentaires », la même Roselyne Bachelot répondait : « Les études fiables existent ; elles concluent, en l'état actuel des connaissances scientifiques, à l'innocuité des biberons en bisphénol » et « le principe de précaution est un principe de raison ; il n'est en aucun cas un principe d'émotion ».

Discours étonnant, car les données scientifiques sont écrasantes et pas seulement au cours des derniers mois. C'est sur cette base que le Réseau Environnement Santé a lancé depuis sa création en mars dernier une campagne pour interdire le BPA dans les plastiques alimentaires. Car, contrairement à ce qu'affirmaient il y a un an Roselyne Bachelot et l'AFSSA, on sait beaucoup de choses sur la toxicité du BPA. La Déclaration de Chapel Hill, signée par 38 scientifiques ayant publié sur le BPA en 2007 affirmait, sur la base de plusieurs centaines d'études ani-

males, que « le BPA est suspecté d'être impliqué dans les grands problèmes de santé actuels : cancer du sein, cancer de la prostate, diabète de type 2 et obésité, atteinte de la reproduction, problèmes neurocomportementaux... ». Depuis, la quasi-totalité des études confirment cette analyse. Depuis 2008 sont apparues les premières études chez l'homme ; deux d'entre elles montrent, de façon très significative, que plus l'imprégnation d'une population adulte en BPA est forte, plus le taux de maladies cardio-vasculaires, de diabète et d'atteinte hépatique est élevé. Une étude de 2009 a mis en évidence chez l'enfant âgé de 2 ans, surtout chez les filles, une augmentation des comportements hyperactifs et agressifs en lien avec le degré d'imprégnation maternelle mesuré à la 16^e semaine de grossesse.

Cette étude est cohérente avec la trentaine d'études animales (rongeur et singe) sur le sujet.

En matière d'atteinte de la reproduction, les études de toxicité sont là aussi de plus en plus nombreuses et cohérentes. Deux publications récentes sont démonstratives à cet égard. Lorsque les rates sont exposées pendant la gestation, on observe chez les fils, petit-fils et arrière-petit-fils une altération des récepteurs stéroïdiens testiculaires et une détérioration de la fertilité. Ce résultat est d'autant plus alarmant que la dose d'exposition des rates était entre 20 et 40 fois moindre que la Dose Journalière Admissible (DJA) retenue par l'AFSSA et correspond au niveau d'exposition de la population adulte.

La question de la fixation de la DJA est donc centrale. Actuellement, elle repose sur deux études publiées par Rochelle Tyl, la toxicologue travaillant pour l'industrie chimique. Ces études ont été retenues parce qu'elles ont été menées selon les Good Laboratory Practices, nom en apparence au-dessus de tout soupçon, mais qui cache un référentiel obsolète, datant des années 70 et ne permet pas de mettre en évidence des effets comme les transformations prénéoplasiques ou les troubles du comportement. Ce choix a pour conséquence de privilégier la poignée d'études issues de l'industrie et d'en ignorer plusieurs centaines issues des laboratoires universitaires qui concluent à un impact dans 90 % des cas, souvent pour une exposition inférieure à la DJA. Trente-

« L'enjeu est aujourd'hui que les agences reconnaissent les perturbateurs endocriniens comme une cause importante de risques sanitaires. »

André Cicolella est l'auteur de *Alertes santé* avec Dorothée Benoît-Browaëys (Editions Fayard, 2005) et du *Défi des épidémies modernes* (Editions La Découverte, 2007).

six autres scientifiques ont publié un texte critique à ce sujet dans la revue de référence *Environmental Health Perspectives*. Il y a donc une contradiction certaine de la part de l'AFSSA qui fait référence en février dernier aux résultats de type troubles du comportement (« signaux faibles chez les jeunes rats ») pour justifier son changement d'analyse tout en conservant une DJA basée sur des études qui ne permettent pas de les déceler ! La campagne a fait que l'on est passé de la négation à la reconnaissance de l'existence d'un problème, mais sans en tirer cependant toutes les conséquences. L'affaire du BPA est, de ce point de vue, emblématique du retard des autorités sanitaires dans la prise en compte des substances de type perturbateurs endocriniens.

L'enjeu est aujourd'hui que les agences reconnaissent les perturbateurs endocriniens comme une cause importante de risques sanitaires. Ces substances imprègnent généralement la quasi-totalité de la population et avec un spectre d'impacts sanitaires qui recouvre celui des maladies chroniques. Attendre la preuve épidémiologique est donc absurde, quand les données expérimentales sont suffisamment nombreuses et cohérentes. C'est totalement contraire au principe de précaution.

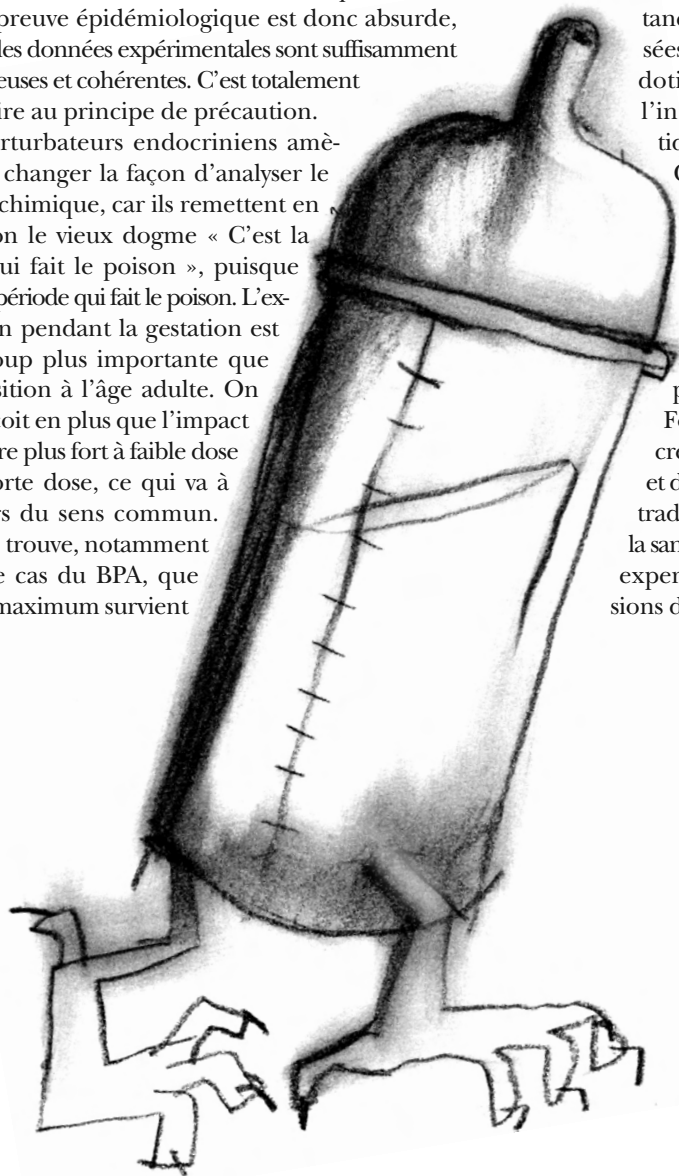
Les perturbateurs endocriniens amènent à changer la façon d'analyser le risque chimique, car ils remettent en question le vieux dogme « C'est la dose qui fait le poison », puisque c'est la période qui fait le poison. L'exposition pendant la gestation est beaucoup plus importante que l'exposition à l'âge adulte. On s'aperçoit en plus que l'impact peut être plus fort à faible dose qu'à forte dose, ce qui va à rebours du sens commun. Or il se trouve, notamment dans le cas du BPA, que l'effet maximum survient

à ces faibles doses. On observe aussi des effets de coexposition : « l'effet cocktail », qui amplifie les réponses, or aujourd'hui les données toxicologiques sont produites substance par substance.

Ces perturbateurs endocriniens se trouvent dans l'environnement domestique (cosmétiques, plastiques, ustensiles ménagers...), ce qui se traduit par une imprégnation quasi-totale de la population, mais aussi de l'écosystème. Par exemple, les composés perfluorés comme le PFOA et le PFOS sont retrouvés à 97 % et 94 % dans l'eau de surface des cours d'eau européens selon une étude de 2009 publiée par l'Union européenne. Il n'est pas surprenant qu'on les retrouve dans des espèces aussi distinctes que l'ours blanc, le dauphin et même le panda. Une étude danoise de juin 2009 montre que plus les jeunes danois sont imprégnés, plus on observe une baisse de la qualité du sperme. Peut-être une clef d'explication de ce phénomène observé dans de nombreux pays.

Malgré cela, la réglementation reste basée sur les concepts des années 70 et ces substances peuvent continuer à être utilisées impunément. Loin d'être anecdotique, c'est cela l'enjeu de l'interdiction du BPA dans les plastiques alimentaires.

C'est aussi enfin traiter sérieusement la question de l'indépendance de l'expertise. Le retard des agences à prendre les décisions ne s'explique pas autrement que par le lobbying de l'industrie chimique. L'engagement du Grenelle pris à la suite de la campagne de la Fondation Sciences Citoyennes de créer une Haute Autorité de l'Alerte et de l'Expertise n'est pour l'instant pas traduit dans les faits. La protection de la santé publique passe pourtant par une expertise fiable et protégée des pressions des intérêts économiques. ■



Vaccin et Ordre

§Vaccin, §Santé publique, §Ordre des médecins

Dans un mail adressé au conseil de l'Ordre le 24 février dernier, je faisais état de l'utilisation inappropriée à mes yeux qui était faite du mot bénéficiaire dans l'expression « bénéficiaire des vaccinations » (cf. *infra* en fin de message).
Ce premier mail n'ayant pas reçu de réponse, j'écrivais alors ce mail de rappel le 11 mars.

Chers collègues

Le 24 février 2010 je vous ai adressé la lettre que je recopie ci-dessous.

N'ayant pas eu de réponse, je souhaiterais savoir au moins si vous l'avez reçue. Et idéalement savoir aussi si je peux espérer une réponse.

Avec mes sentiments confraternels

Jean-Pierre Lellouche

N'ayant toujours pas de réponse, je m'étais dit qu'ils refusaient de dialoguer avec moi, ce qui me semblait triste, mais tristement habituel.

Le 18 avril, j'ai reçu par La Poste une lettre datée du 16 avril (cf. *infra* en fin de message).

Cette lettre reconnaît que ma remarque n'était pas inacceptable puisque l'auteur va jusqu'à dire, en me précisant toutefois qu'il s'exprime à titre personnel (alors que j'aurais préféré avoir l'avis du conseil de l'Ordre en tant que tel) : « Je ne puis personnellement que souscrire à votre réaction... » et qu'il écrit aussi « Vous remerciant de votre intérêt et de votre réaction ».

Mais cette lettre comporte une particularité intéressante, mon correspondant m'écrit en effet : « Je vous remercie de votre réaction à votre cour-

Jean-Pierre Lellouche, pédiatre

riel... » Il me remercie de MA réaction à MON courriel ! Il s'agit bien sûr d'une erreur de formulation. Certains freudiens attardés pourraient se demander si ce lapsus n'est pas révélateur de la difficulté qu'a mon interlocuteur à écrire : « Votre mail du 24 février nous a embarrassés, mais votre rappel nous a fait penser qu'il fallait vous répondre. Cependant, nous hésitions encore et le 16 avril, nous avons enfin décidé de prendre le risque de vous écrire. »

Mais peu importe, une réponse m'est parvenue. Cette réponse me fait espérer qu'il est désormais possible que des médecins se parlent, s'écoutent et se répondent.

J'en suis tellement heureux et surpris que j'envoie dans un prochain courriel au conseil de l'Ordre de leur rappeler la phrase de Louis Portes (président du conseil de l'Ordre en 1943) :

« Pour condenser en une simple formule nos observations psychologiques sur le patient, dans la période qui précède son premier contact avec le médecin, je dirai qu'il n'est qu'un jouet, à peu près complètement aveugle, très douloureux et essentiellement passif ; qui n'a qu'une connaissance objective très imparfaite de lui-même ; que son affectivité est dominée par l'émotivité ou par la douleur et que sa volonté ne repose sur rien de solide » (in *Introduction générale à la bioéthique*, Guy Durand, Fides Cerf, page 224).

Et de leur demander si le conseil de l'Ordre a toujours cette vision paternaliste de la relation médecin malade.

J'ai confiance, j'obtiendrai sûrement une réponse intéressante. ■

Annexe 1 : mail de Jean-Pierre Lellouche au conseil de l'Ordre le 24 février 2010

Dans le dernier bulletin du conseil de l'Ordre (N° 9 de janvier février 2010, page 14), vous faites état d'une note du ministère de l'Éducation nationale rappelant aux chefs d'établissement et aux enseignants les règles en vigueur pour les demandes de certificats médicaux en milieu scolaire.

Il est bon que les enseignants, les médecins et les familles sachent ce qui peut et doit être exigé et ce qui n'a pas lieu de l'être.

Je me félicite donc de cette note et du fait que par votre intermédiaire, elle soit largement diffusée. Je voudrais cependant attirer votre attention sur une formulation dont je ne sais pas précisément si elle est présente dans la note du ministère ou si c'est vous qui l'avez rédigée ainsi. Il est écrit « La production d'un certificat médical attestant que l'enfant a

bénéficié des vaccinations obligatoires telles que décrites dans les articles L3111-2 et L3111-3 du Code de la santé publique reste nécessaire au moment de l'inscription ».

Je suis surpris par l'emploi du terme « bénéficiaire » et j'en serais encore plus surpris si j'apprenais qu'il figure dans la note d'un ministère dont on attendrait qu'il fasse preuve de rigueur dans le choix des mots. Je pense que la découverte des vaccinations, puis leur utilisation, ont été des phénomènes globalement positifs. Il a pu y avoir ici ou là quelques excès et quelques imperfections, mais globalement les vaccinations représentent, je le crois, un phénomène positif. On peut donc dire que telle collectivité ou tel pays a tiré bénéfice de telle ou telle vaccination. On peut notamment dire à propos de la vacci-

nation antivariolique que l'humanité a bénéficié de cette vaccination qui a permis d'éradiquer cette maladie.

Mais il me semble qu'il est inexact de dire à propos d'un enfant qui a reçu les vaccinations obligatoires qu'il a bénéficié de celles-ci.

On peut penser qu'en tant que groupe, l'ensemble des enfants vaccinés tire un bénéfice. Mais comme vous le savez, il n'est pas possible de dire que chaque enfant vacciné a tiré un bénéfice. En effet, quelques

enfants n'auraient vraisemblablement pas attrapé les maladies même s'ils n'avaient pas été vaccinés. D'autre part, même si les vaccins actuels sont globalement bien tolérés, il n'est pas exclu que quelques enfants fassent une réaction (thrombopénie, syndrome de Guillain Barré...) et il est me semble inapproprié de dire à quelqu'un qui vient de présenter un Guillain Barré ou une thrombopénie des suites d'un vaccin dont il n'a pas retiré avantage de lui dire « Rappelez-moi : donc quel jour avez-vous bénéficié de tel vaccin ? »

Annexe 2 : réponse du conseil de l'Ordre le 16 avril (50 jours après le premier mail et 36 jours après le mail de rappel).

Ordre national des médecins
Conseil National de l'Ordre

Paris, le 16 avril 2010

Cher confrère,

Je vous remercie de votre réaction à votre courriel du 24 février 2010 au précédent bulletin du conseil national.

La rédaction de l'article est bien celle du ministère. Je ne puis personnellement que souscrire à votre réaction quant à l'usage du mot « bénéficiaire », même si je

suis convaincu que globalement l'objectif est qu'un enfant bénéficie des vaccinations proposées et que dans l'immense majorité des cas, tel est bien le résultat obtenu. Vous remerciant de votre intérêt et de votre réaction,

Je vous prie de croire, cher confrère, en l'expression de mes sentiments confraternels et dévoués.

Docteur André Deseur

rédacteur en Chef du bulletin de l'Ordre

180, boulevard Haussmann, 75389 Paris CEDEX 08

Tél. 01 53 89 32.00 – Fax : 01 53 89 32 01

<http://www.conseil-national.medecin.fr>

I Demi-Dieu

§Ecoute, empathie, Relation soignant soigné
§Médecin généraliste

§Relation soignant soigné

En 1945, après la Shoah, le monde occidental a recherché des demi-dieux.

Avec les dieux du stade, les stars, le monde s'est tourné vers les médecins et leur a demandé d'en être. Bien sûr la médecine a dit d'accord : elle pouvait apporter le bonheur, l'éternelle jeunesse et l'éternité pour bientôt.

La technologie (les antibio...), la psychanalyse, se sentant toutes-puissantes et croyant en un avenir radieux, devaient être les chevilles ouvrières des demi-dieux.

Le monde était content et le grand Dr Barnard, qui a mis le cœur de Paul à Jacques, a été le point culminant de l'affaire. Les patients y croyaient, les médecins s'y croyaient. La Sécu remboursait sans compter. Elle était dirigée par des représentants des patients qui ne pouvaient remettre en question leurs demi-dieux sans tout remettre en question. Le labo appartenait au Dr Bouchara et la clinique au chirurgien, donc à des demi-dieux. Le médecin ne comptait pas ses heures, un demi-dieu, ça ne compte pas ses heures. Les patients adoraient leurs demi-dieux c'est normal.

Et puis, je ne sais qui a commencé le premier à quitter l'enfance et à ne plus jouer ? Les médecins ont

juste demandé à redevenir des humains, travailler 35 heures comme un humain, ne plus faire de miracle, juste faire leur métier. Les patients ont commencé à mettre les demi-dieux au tribunal. L'assureur a cherché à comprendre ce qu'il remboursait et à déboulonner les demi-dieux, et le Dr Bouchara et le chirurgien ont vendu leur part au grand capital. Le monde croyait qu'il était possible d'avoir des demi-dieux sans les adorer. Les médecins pensaient pouvoir rester des notables respectés et être de simples humains, le monde pensait que le grand capital n'oserait pas se comporter en demi-dieu, au-dessus des lois des hommes.

Tout le monde s'est trompé.

Et voilà où l'on en est en 2010, un confrère médecin ne peut imaginer que ses enfants ne soient pas soignés par des demi-dieux scientifiques, il ne sait plus à quel saint se vouer. Un quidam a une mère qui a vu deux chirurgiens, dont un au CHU, mais qui ne leur fait aucune confiance. Elle ne croit plus en ses demi-dieux, elle est perdue. D'autres rêvent de médecins indépendants des labos, des assureurs, des politiques, voir libres de leur subjectivité, bref des demi-dieux, mais des demi-dieux qui seraient aux ordres des usagers citoyens qui eux seront

I Bertrand Riff, médecin généraliste

.../... devenus des demi-dieux (centre du monde), mais aux ordres de quel Dieu ?

Il faut bien l'avouer, c'est le bordel dans toutes les têtes.

Cette remise en ordre a quelque chose de passionnant, elle peut déboucher sur du bon comme du mauvais, plus de démocratie comme plus de totalitarisme, plus de socialisme comme plus d'ultra libéralisme.

Quelques exemples pour conclure. De façon surprenante, les nouveaux médecins réclament plus de salariat, ils désirent plus que leurs aînés travailler dans le système publique ou associatif. Seuls 30 % des médecins généralistes formés s'installent en libéral. Les médecins me semblent de plus en plus mal à l'aise dans la relation qui les lie avec l'industrie.

De façon moins surprenante, les spécialistes plus âgés

supportent de plus en plus difficilement le partage des pouvoirs avec une administration soit ultra libérale (clinique privée), soit ultra socialiste, étatisation, planification, contrôle... (hôpital public). La capacité qu'a l'assureur grâce à l'informatisation de connaître l'activité des duo soignant/soigné nous donne une plus grande transparence. L'utilisation qui en est faite nous laisse craindre un contrôle incapable de rendre compte de la complexité de la relation médecin/malade.

Si les usagers ont accès à une expertise médicale importante et des forums de discussion entre eux grâce à Internet, s'ils se retrouvent en possession d'un contre-pouvoir de plus en plus réel, l'usage qu'ils font de cette prise de pouvoir se rapproche parfois du règlement de compte revanchard. ■

Passage vers l'inconnu

§Maisons de santé
§Transsexualité

§Maisons de santé, §Transsexualité

■ Bertrand Riff et Marie-Jeanne Martin, médecins généralistes

Depuis quelque temps, nous rencontrons à la maison médicale des transsexuels. Si certains ont déjà bien avancé dans leur passage, d'autres en sont à leur début.

Pas loin du cabinet se trouve un centre LGBT (les-bien, gay, trans et bi), un lieu anar de déconstruction des normes. Nous avons déjà, par le biais du groupe homo, travaillé et rencontré ce centre. Nous avons commencé, avec certains porteurs du VIH, une réflexion médecin généraliste/patient, plus particulièrement sur parole privée/parole publique, ou comment parler mutuellement, publiquement d'une problématique qui nous lie dans le privé de la relation médecin/malade.

Un jour, ils nous ont proposé (à la maison médicale) une rencontre animée par le groupe « trans et queer ». Découverte de la violence sociale faite à toute personne qui désire officialiser un changement de sexe, par l'obligation de rencontrer un psy souvent durant deux ans avant d'avoir le sacro-saint papier que réclament les endocrinologues officiels.

Découverte de la nécessité de la castration si on désire légalement changer de sexe, c'est-à-dire de carte d'identité.

Découverte de la nécessité d'aller en Belgique si on désire se faire opérer par des équipes correctes.

Découverte pour nous de la nécessité de se confronter à nouveau à la loi, voire au hors la loi. Pas de médecine sans prise de risque.

Mais aussi, découverte joyeuse de l'écriture collective avec un groupe de patients ayant largement réfléchi à la question tant sur le plan social (légal...), somatique (hormones...) et psychique (accompagner le passage...).

Mais aussi découverte avec certains patients de la com-

plexité, des ouvertures que la question des genres amène (et si j'étais femme avec un pénis ? en capacité d'érection ? et si j'étais homme avec un clitoris ? mais du coup, c'est quoi la relation à l'autre ? et si j'étais homme avec un clitoris et en attraction pour les autres hommes ?...)

Nous sommes forcément allés à la quête d'écrits sur les hormones, nous n'avons pas trouvé grand-chose d'intéressant. Aucune validation de l'usage de l'Androcur® ? De la finastéride ?

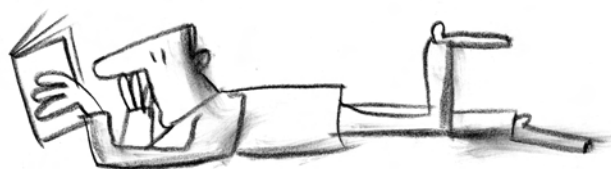
La Haute Autorité de Santé (HAS), comme c'est malheureusement trop fréquent, nous fournit un guide inutilisable¹, fait par des experts n'ayant aucun recul sur la psychiatrisation rendue obligatoire par de nombreux experts endocrinologues¹.

En conséquence, nous sommes preneurs de toutes vos expériences, vos protocoles, vos sources.

Nous commençons à avancer dans cette rencontre, nous avons auparavant fait sauter les beaux discours sur la dépsychiatrisation du transsexuel, l'obligation de voir un psy. Par contre, nous demandons à tous ceux qui nous sollicitent pour les accompagner dans leur trajet de rencontrer le groupe « c'est pas mon genre » du centre LGBT. Singulier/pluriel est un slogan de la maison médicale.

Régulièrement, le centre LGBT nous fait part de son évaluation des internes et des remplaçants. Leur avis est important pour nous. La première réaction négative nous a laissé perplexe. Que faire du jugement d'usagers quant à d'autres professionnels ? Nous avons décidé de leur faire confiance. ■

■
1. Rapport HAS, novembre 2009.



Petite sélection de parutions récentes, à emporter avec soi ou à offrir.

— Alain Brossat, *Droit à la vie ?*, Editions Seuil, coll. Non Conforme, 2010

Alain Brossat, philosophe et collaborateur régulier de la revue *Pratiques*, vient de faire paraître un ouvrage dont le sujet concerne directement les pierres de touche de la revue. Posé sous forme interrogative, *Droit à la vie ?* questionne avec acuité les fausses évidences que ce concept véhicule, pour en montrer les vraies torsions et les impasses. A toutes les périodes de colonisation, le slogan du « droit à la vie » devient irrévocablement la revendication d'un droit d'extermination, s'affirmant aussi discriminant qu'il se prétend universel. Et Brossat montre, à partir d'un historique du Projet de Constitution européenne, comment « c'est sur les ruines de l'Etat social que le motif immunitaire du droit à la vie trouve une nouvelle impulsion ».

Ainsi, dans ses indéterminations et dans sa prétention consensuellement « apolitique », le concept de droit à la vie apparaît véritablement comme une machine de guerre antipolitique : ce qui permet que s'exerce, pour reprendre les termes foucauldien que cet ouvrage assume, la mise en place d'un pastorat. Un gouvernement des corps qui réduit les sujets à leurs déterminants biologiques, et les rend par là-même indistincts des catégories animales auxquelles ils peuvent être subrepticement identifiés. Brossat prend ici pour exemple littéraire le roman de Coetzee *Disgrâce*, dont le moment central, emblématique des dérèglements de la société sud-africaine, s'organise autour de l'euthanasie

d'un chien. Et il établit des relations troublantes entre une éthique pastorale et une identification à l'animal domestique. Ainsi le motif même de la paix s'intègre-t-il dans ce que Nietzsche aurait appelé un idéal du troupeau : une pacification qui n'est que la figure de l'abrutissement et de la perte du sens de la responsabilité politique, empêchant ainsi de désigner les clivages et de poser les revendications. Le culte même de la jouissance, ou celui de la performance sportive, sont réglés sur cette normalisation. Ce qui s'oppose alors paradoxalement au « droit à la vie », ce n'est rien d'autre que ce que l'auteur appelle « les droits vitaux », ceux qui garantissent une véritable égalité juridique face aux abus de pouvoir économiques, ceux qui n'escamotent pas les discriminations réelles derrière le masque menteur de l'universel : Un gouffre se creuse (...) entre la façon dont « le droit à la vie », dans sa version immunitaire maniaque, investit les mœurs dans le domaine sociétal (...) et, par ailleurs, la brutalité avec laquelle sont piétinés les droits sociaux élémentaires.

Le lien est ici de causalité : c'est de la prolifération des idéologies du « droit à la vie » que se détruit la possibilité de défendre, dans leur nécessité vitale et politique, les droits sociaux. Cet ouvrage est un appel à les revendiquer. —

Christiane Vollaire

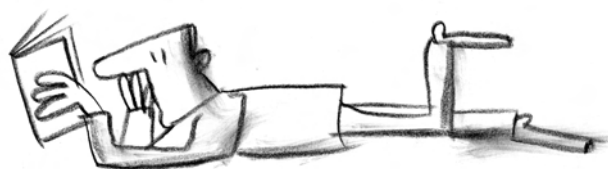
— Philippe Bazin, *Long Séjour*, Editions Ah ! cercle d'art, 2009

Avant tout, il est bon de rappeler que le travail photographique de Philippe Bazin¹ n'est pas illustration mais création, mise au monde, mise à la vue... Il n'est donc pas surprenant, finalement, de découvrir ce qui a précédé, un texte, celui de sa thèse, relatant son expérience de jeune médecin dans un service de gériatrie, en « long séjour ». Texte très précis, émouvant par cette précision, décrivant la misère et la tristesse des pensionnaires de ce lieu, où il n'est pourtant pas question de maltraitance. Cinq aides-soignantes ont répondu au questionnaire du jeune médecin et contribuent à cerner l'atmosphère. Le désarroi du jeune médecin est perceptible, à travers sa tentative de description sobre et exhaustive. Les photos qu'il prend alors ne le satisferont pas quelques années plus tard, alors qu'il a changé de métier et qu'il est devenu photographe. Cinq ans après, il réalise *Faces*², le projet est alors bien différent. Onze de ces trente photos sont publiées dans *Long séjour*. Le livre comporte ensuite un exposé de Réjean Hébert, gériatre, et professeur à l'université de Sherbrooke, intitulé « Un même choc, deux carrières » ; puis un entretien de Philippe Bazin avec Morad Montazami, historien de l'art ; il lui fait préciser ses

choix techniques, et les propos qu'ils servent : le saisissement, l'idée du corps comme un montage, mettre le spectateur en position d'être vu. Cela permet de replacer le travail de Philippe Bazin dans l'évolution de la photographie, et même de la photographie médicale, et de percevoir son rapport avec l'œuvre de Michel Foucault : parcourir les institutions et rendre visibles les choses. Enfin, un court essai de Sidi Mohammed Barkat alimente et dialogue avec le travail photographique, fait des « variations » au sens musical du terme. « Où l'on voit qu'il ne s'agit pas d'une invitation au jugement de beauté. Plus sûrement sommes-nous contraints de nous déprendre du monde à travers la découverte de la vie par l'épreuve de l'image photographique. » —

Martine Devries

-
- 1. Couverture, et photos intérieures du n° 46 de *Pratiques* « L'humanitaire est-il porteur de solidarité ? », juillet 2009.
- 2. 30 photos de grands vieillards, repris dans le livre *La radicalisation du monde*, septembre 2009, et dont la revue *Pratiques* a parlé dans le numéro 49.



Petite sélection de parutions récentes, à emporter avec soi ou à offrir.

— **Christa Wolf, *Trame d'enfance*, La Cosmopolite, Stock, 2009.**

Christa Wolf raconte dans ce livre la vie de Nelly, l'enfant qu'elle fut dans les années 30, puis l'adolescente, dans l'Allemagne nazie. Elle cherche avec opiniâtreté ce qu'était la vie intérieure de cette enfant, elle se dit radicalement étrangère à elle, elle en parle à la 3^e personne, et reconstituant les événements, le milieu, elle découvre avec étonnement ce qu'elle était, pensait, vivait. Ceci commence au cours d'un voyage « retour » dans sa ville natale en 1971, devenue polonaise. Elle écrit le livre dans les trois années qui suivent ce voyage. Elle alterne donc les pensées des trois époques, et des deux personnes : elle-même, l'adulte, narratrice, et l'enfant puis ado, Nelly. Le voyage de 1971, elle le fait accompagnée de son mari H., de sa fille Lenka, adolescente qui se pose et pose des questions sur cette période, et en même temps ne veut pas savoir, pas connaître certains épisodes de la vie de sa mère, de sa famille. Accompagnée aussi de son frère Lutz, plus jeune, qui a vécu les mêmes événements, la même vie, mais n'en a pas la même lecture : moins occupé par sa vie intérieure, dit-il.

Nelly est une enfant puis une ado passionnée par l'amitié et l'exigence des mouvements de jeunesse hitlérienne, et en même temps mal à l'aise et opposante lors de certains événements, très sensible à l'injustice.

Lors de ce voyage, Christa Wolf constate avec étonnement la résurgence de souvenirs qu'elle ignorait avoir, des indices, des sensations, voire des maladies, des émotions, des sentiments dont elle n'avait pas idée, mais qui étaient là. Elle poursuit une réflexion sur le souvenir et la mémoire qui font surgir chez le lecteur quantité de souvenirs et de réflexions personnelles. Elle découvre, qu'elle « savait », pas tout, mais l'essentiel : les persécutions, l'injustice, la terreur.

Tout au long du livre, on suit le cheminement de son histoire, de ses réflexions, je n'ai pas toujours compris comment elle passe d'un élément à l'autre, mais c'est comme une conversation avec quelqu'un qui parle vraiment de lui, on n'a pas envie d'interrompre. —

Martine Devries

— **Elisabeth Filhol, *La Centrale*, P.O.L., 2010**

Ceci est un roman, et c'est tout l'intérêt. Un roman dans lequel le narrateur est un « nomade du nucléaire ». Ces intérimaires qui, au rythme des « arrêts de tranches », vont de centrale EDF en centrale EDF, plonger au cœur des circuits de refroidissement des réacteurs pour réaliser, en milieu contaminé, les opérations d'entretien nécessaires à la sécurité des centrales.

Le travail de ces intérimaires a déjà été décrit. Annie Thébaud-Mony (*L'industrie nucléaire – Sous-traitance et servitude*, 2000) a très bien expliqué la « gestion par la dose » mise en place par EDF : chaque intérimaire est équipé d'un

dosimètre qui mesure les radiations qu'il encaisse. Quand la dose supposée dangereuse est atteinte, l'intérimaire perd son emploi.

Mais ici c'est un roman. C'est tout l'intérêt, car il y a la tentative, à travers une narration littéraire, de faire vivre la situation du point de vue de ceux qui la subissent. Notre société a choisi de faire assurer sa sécurité (ici celle de ses équipements nucléaires) par des salariés sans sécurité (des intérimaires). En entrant avec Yann, Loïc, Jean-Yves, dans la zone contaminée, on rentre aussi au cœur de ce paradoxe. —

Pierre Volovitch

Numéros disponibles

Numéros à 12,20 € (sauf le numéro double 14/15) + 1,50 € de frais de traitement

- | | | |
|--|--|--|
| N° 1 : La société du gène | N° 11 : Choisir sa vie, choisir sa mort | N° 19 : La vieillesse, une maladie ?
(épuisé) |
| N° 2 : La souffrance psychique
(épuisé) | N° 12 : L'information et le patient | N° 20 : La santé des femmes |
| N° 3 : Penser la violence | N° 13 : La médecine et l'argent | N° 21 : Le médicament, une marchandise
pas comme les autres |
| N° 4 : Santé et environnement | N° 14/15 : Profession infirmière
(prix 16,80 €) | N° 22 : La santé, un enjeu public |
| N° 5 : La santé au travail | N° 16 : Les émotions dans le soin
(épuisé) | N° 23 : Ils vont tuer la Sécu ! |
| N° 6 : Sexe et médecine | N° 17 : Des remèdes pour la Sécu
(épuisé) | N° 24 : Le métier de médecin généraliste |
| N° 7 : La responsabilité du médecin | N° 18 : Quels savoirs pour soigner ? | N° 25 : Hold-up sur nos assiettes |
| N° 8 : La santé n'est pas à vendre | | N° 26 : L'exil et l'accueil en médecine |
| N° 9 : L'hôpital en crise | | N° 27 : Faire autrement pour soigner (épuisé) |
| N° 10 : Folle psychiatrie | | |

Numéros à 14 €, 16 € et à partir du numéro 43 : 16,50 € + 1,50 € de frais de traitement

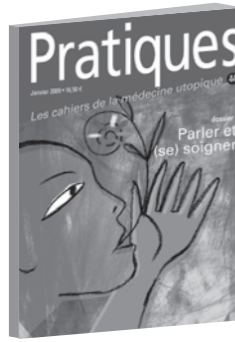
- | | | |
|--|--|--|
| N° 28 : Les pouvoirs en médecine | N° 35 : Espaces, mouvements
et territoire du soin | N° 40 : Les brancardiers
de la République |
| N° 29 : Réforme de la Sécu : guide pratique de la résistance | N° 36 : La place de sciences humaines
dans le soin (épuisé) | N° 41 : Redonner le goût du
collectif |
| N° 30 : Les sens au cœur du soin | N° 37/38 : Des normes
pour quoi faire ? (épuisé) | |
| N° 31 : Justice et médecine | No 39 : Comment payer
ceux qui nous soignent ? | |
| N° 32 : Le temps de la parole | | |
| N° 33 : L'envie de guérir | | |
| N° 34 : Autour de la mort, des rites à penser | | |



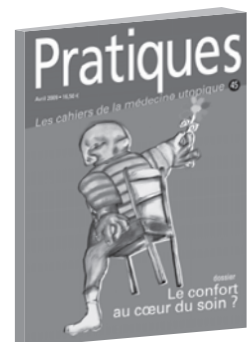
N° 42 : Les couples infernaux en médecine - 16 €



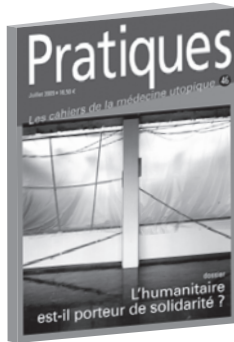
N° 43 : Réécrire le soin, un pari toujours actuel - 16,50 €



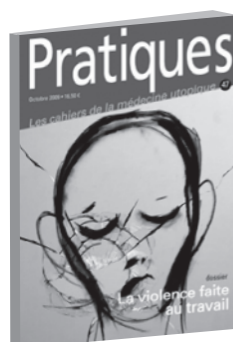
N° 44 : Parler et (se) soigner - 16,50 €



N° 45 : Le confort au cœur du soin - 16,50 €



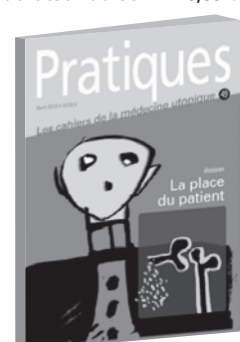
N° 46 : L'humanitaire est-il porteur de solidarité ? - 16,50 €



N° 47 : La violence faite au travail - 16,50 €



N° 48 : L'enfermement - 16,50 €



N° 49 : La place du patient - 16,50 €

Il est possible d'acheter les numéros 2, 16, 17, 19, 27, 36 et 37-38 épuisés sous forme de fichier .pdf, il vous suffit pour cela de télécharger le bon de commande sur notre site à l'adresse : www.pratiques.fr/bulletin-de-commande-des-numeros.html et de nous le renvoyer avec votre règlement.

Nom Prénom

Profession

Adresse

Code postal Ville

Tél. Fax

E-mail



Chère abonnée, cher abonné,

Vous disposez ici de la version électronique de votre abonnement à Pratiques.

Deux conseils, pour vous en faciliter l'usage.

1) Dans cette version, les articles sont indexés par thème.

Vous trouverez à la page suivante un sommaire-index des mots-clés utilisés, indiquant, pour chacun de ces mots-clés, les N° de page des articles dont ce mot-clé caractérise un des thèmes principaux.

Pour vous rendre facilement à cette page, il vous suffit de cliquer sur le N° de page.

Pour revenir au sommaire-index, tapez 98 dans le marque pages de la barre des tâches. Vous pouvez aussi cliquer sur l'icône « Signet », située juste au-dessous de l'icône « Page », à gauche, en haut, sous la barre des tâches : elle vous conduira à la mention : « Index page 98 », qui vous y dirigera immédiatement.

En laissant continuellement affiché ce signet sur la partie gauche de votre écran, vous pouvez commodément passer du sommaire-index à l'article désiré, et réciproquement.

Alternativement, tapez dans le moteur de recherche de votre lecteur de pdf le début du mot clé figurant au sommaire index page 98, précédé de la marque de paragraphe §. D'occurrence en occurrence, vous vous déplacerez ainsi d'un article au suivant, pour ce même mot clé.

2) Vous souhaitez extraire un article pour l'envoyer à un correspondant : téléchargez un logiciel gratuit de fractionnement de votre revue pdf. Ces logiciels vous fournissent sur le champ une copie de votre fichier fragmentée en autant de fichiers séparés que de pages. Vous n'avez plus qu'à choisir celle(s) que vous souhaitez joindre à votre envoi.

Un bon logiciel pour cet usage est "Split and Merge" dont il existe une version en français. Il vous permet aussi bien de fractionner à votre guise votre fichier que d'en fusionner les pages que vous désignerez.

Consultez le tutoriel <http://www.pdfsam.org/uploads/pdfsam-tuto-fr.pdf>

Vous y trouverez les liens de téléchargement page 4. Une fois le logiciel installé et ouvert, à Réglages, choisissez la langue (french).

Pour extraire un article :

- Choisir le Module Fusion
- Cliquer sur Ajouter, et choisir le fichier pdf dont vous souhaitez extraire un article.
- Choisir « Sélection de pages » parmi les onglets du menu, en haut, à droite.
- Double-cliquer dans la case du dessous et indiquer les N° de page du début et de fin de l'article, séparés par un tiret.
- Fichier à créer : Choisir un dossier et nommer votre fichier à extraire.
- Décocher Remplacer le fichier existant
- Cliquer sur Exécuter et retrouvez le fichier extrait dans le dossier que vous aurez choisi.

Bonne lecture !

Sommaire index des mots clés

Deux possibilités pour atteindre un article déterminé:

- 1/ Si un seul article répond au mot clé, cliquez sur le N° de page de votre choix ;
 - 2/ Si plusieurs articles répondent au même mot clé, procédez à un copier/coller du mot clé dans le moteur de recherche, puis appuis successifs de la touche Entrée.
- Pour revenir au sommaire index p 98, utilisez les signets ou le compteur de pages.

Mot Clé	Page	§Enfant, Périnatalité	70	Handicap	68	Père, mère, parentalité	47			
§Accès aux soins	79		71	§Histoire	14		64			
§Accompagnement	12	§Environnement, Pollution, santé environnementale	85	§Hôpital, réforme hospitalière, gestion hospitalière	81		66			
	30		88	§Hospitalité	79		68			
	32		§Ethique	22	§Information médicale	43		70		
	33			38	§Justice	45		71		
	35			45	§Maisons de santé	92		73		
§Accouchement	47	§Fécondité, conception	12	§Maladies professionnelles, santé au travail, accident du travail	85	§Pratique médicale	82			
	50		§Femme, Condition féminine, Droit des femmes		14	86	§Protection sociale	76		
	56				20	87	§Psychiatrie, santé mentale, psychiatrie de secteur	79		
	59				22	§Management, productivité, intéressement			76	
	66				73					§Médecin généraliste
	85	32		§Revenu, Rémunération soignants, à l'acte, forfaitaire, T2A	50					
§Accueil, ouverture, disponibilité	41	§Formation initiale, Formation continue	78			33	§Sage-femme	56		
	64		87						78	§Santé publique
§Avortement, IVG	20	§Gouvernement, politique, démocratie, Etat	6	82	75	88				
§Biologique	25		§Grossesse, gestation, maternité				43	91	90	
§Biopolitique	6			82			§Médicament, firmes pharmaceutiques			43
§Comparaison internationale	76			6	20	35		87		
				76					14	
§Concurrence, Marché, Privatisation	76	14		20			25		35	
§Conflic d'intérêts	82	20	22	§Normes	25	35				
§Corps, sensations	22	22	30					70		70
§Dépistage	45	30	33				73		73	
§Droit, législation - Naturaliser	25	33	35	§Ordre des médecins	90					
		38	41			§Père, mère, parentalité		18		
§Droits de L'Homme, discriminations	38	47	53				41		68	
		50	56	§Sexualité, rapports sexuels, désir	12					
		§Ecoute, empathie, Relation soignant soigné	33			59		§Transexualité		92
						91	64		§Travail, Conditions de travail	
		§Enfant, Périnatalité	68	§Handicap	45	87	90			
38	§Revenu, Rémunération soignants, à l'acte, forfaitaire, T2A			50	§Vaccin			90		
53									§Santé publique	53
64						75				
68					88					

Pratiques

Juillet 2010 • 16,50 €

Les cahiers de la médecine utopique 50

dossier

Mettre au monde



Pratiques

Les cahiers de la médecine utopique

Une revue pour comprendre et agir

Les lieux de soins sont parmi les rares espaces où les individus peuvent encore, aujourd'hui, porter plainte et tisser des liens. Ce sont aussi des lieux où notre société se met à nu et révèle l'ampleur de ses dysfonctionnements.

Créée en 1976 par des médecins généralistes, *Pratiques* occupe une place particulière dans le paysage des revues. Elle s'est enrichie de la collaboration d'autres soignants, de chercheurs de toutes disciplines, de citoyens et d'associations d'usagers. Elle se donne comme mission de repérer, décrypter, analyser les différentes dynamiques à l'œuvre dans le soin et la santé au carrefour du social, du politique, des sciences, de la philosophie, de l'anthropologie et même de l'art. Les questions de santé et l'accès à des soins de qualité pour tous concernent chaque citoyen de ce pays.

Certaines avancées techniques fulgurantes bouleversent le soin sans même avoir été pensées ou réfléchies par les soignants et les soignés qui les utilisent. *Pratiques* interroge cette médecine des organes et invite à une médecine du sujet.

Pratiques commente les décisions politiques en matière de soin et soutient celles qui allient le débat contradictoire public, l'indépendance d'expression et le souci de l'intérêt général.

Pratiques analyse les mécanismes qui conduisent aujourd'hui à des dysfonctionnements, montée du scientisme, de la bureaucratisation, de l'augmentation des inégalités sociales de santé.

Pratiques s'intéresse aussi aux industries pharmaceutiques et biomédicales qui trop souvent imposent leurs produits et machines selon la seule logique mercantile.

Alors que depuis 2007 s'est ouvert un nouveau cycle pour la revue, nous pensons plus que jamais que :

- L'espace du soin est l'un des derniers lieux possibles de liberté et de subversion ;
- La fonction de soignant consiste d'abord à se poster en sentinelle à l'écoute du sujet et de la société souffrants ;
- Mieux comprendre ce que nous faisons ensemble, soignants et soignés permet de mieux agir sur le plan humain comme sur le plan scientifique.

Forte de ces convictions, la revue *Pratiques, les cahiers de la médecine utopique* s'appuie sur l'expérience du quotidien pour mener une analyse critique ambitieuse, indépendante, et constructive. ■

Pratiques n° 50 – Juillet 2010

Mettre au monde

Pratiques, les cahiers de la médecine utopique est édité par *Les éditions des cahiers de la médecine utopique*, dont la présidente est Anne Perraut Soliveres.

Directrice de la publication : **Elisabeth Maurel-Arrighi**

Directrice de la rédaction : **Anne Perraut Soliveres**

DOSSIER

Rédacteurs en chef : **Sylvie Cognard, Martine Lalande,**

Philippe Lorrain

Rédaction : **Chandra Covindassamy, Sylvie Simon**

Pôle philo et sciences humaines : **Christiane Vollaire**

MAGAZINE

Rubrique *Actu* : **Marie Kayser**

Rubrique *Santé mentale* : **Eric Bogaert**

Rubrique *Santé au travail* : **Noëlle Lasne**

Comité de lecture : **Christian Bonnaud, Jean-Luc Bussard,**

Mireille Brouillet, Bernard Coadou, Martine Devries, Patrick

Dubreil, Françoise Ducos, Monique Fontaine, Yveline Frilay,

Jean-Louis Gross, Christian Jouanolou, Sylvie Lagabrielle,

Guillaume Lecarpentier, Evelyne Malaterre, Claire Martin,

Didier Ménard, Didier Morisot, Dominique Pelegrin, Magali

Portier, Yolande Rousseau, Cécile Supiot, Pierre Volovitch

Responsable du site : **Lucien Farhi**

Photo de couverture : **Patrick Tosani**

Né en 1954, Patrick Tosani, après des études d'architecture, développe un travail photographique à travers des séries sur les objets, le corps, les vêtements... Il est lauréat du Prix Kodak de la Critique Photographique et du Prix Niepce. Il enseigne à l'École Nationale Supérieure des Beaux-Arts de Paris, et prépare une importante exposition à la Maison Européenne de la Photographie à Paris. www.patricktosani.com

Conception graphique : **Safia Ounouh, Eloi Valat**

Dessins : **Ghislaine Valadou (dossier), Eloi valat**

Secrétaires de rédaction : **Marie-Odile Herter**

Secrétariat, relations presse, diffusion : **Marie-Odile Herter,**

Lola Martel

Gestion : **Lucien Farhi, Jean Hauchecorne**

Imprimerie : **Imprimerie Chirat**

744, rue Saint-Colombe, 42540 Saint-Just La Pendue

tél. 04 77 63 25 44 – e-mail : pao@imp-chirat.fr

Revue trimestrielle

Rédaction et abonnements :

tél. 01 46 57 85 85 – fax 01 46 57 08 60

e-mail : revuepratiques@free.fr

www.pratiques.fr

52, rue Gallieni, 92240 Malakoff – France

Dépôt légal : 3^e trimestre 2010

Commission paritaire n° 1010683786

ISSN 1161-3726 – ISBN 978-2-9528838-9-4

Toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, de la présente publication, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite (article L 122-4 du Code de la propriété intellectuelle) et constitue une contrefaçon.

L'autorisation de reproduire, dans une autre publication (livre ou périodique) un article paru dans la présente publication doit être obtenue après de l'éditeur (Les Editions des cahiers de la médecine utopique, adresse ci-dessus).

L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre Français d'exploitation du droit de Copie (CFC) – 20 rue des Grands Augustins – 75006 Paris – Tél. 01 44 07 47 70 – Fax 01 46 34 67 19.

Mettre au monde un enfant est devenu un acte médical considéré comme potentiellement « à risque » nous faisant perdre de vue qu'il a toujours été un processus physiologique.

Ce dossier examine les étapes du « mettre au monde », du désir à l'origine jusqu'à la naissance.

Autour du désir ou du non-désir d'accompagner un enfant sur le chemin qui le mènera à l'âge adulte et à son indépendance, des femmes et des hommes témoignent et nous font part de leurs réflexions.

Le développement des très grosses maternités dites de niveau trois et la fermeture des petites structures de proximité ont changé la donne de la mise au monde. La technique à outrance, outre les risques iatrogènes qu'elle engendre, dépossède les parents de cet événement de vie intime particulier.

La procréation médicale assistée, de nouvelles conceptions de la parentalité et la médicalisation du suivi de la grossesse font s'interroger soignants et chercheurs sur les enjeux de santé dans la société.

Le magazine fait le tour de l'actualité. Dans ce numéro : le bilan des médicaments génériques, l'analyse de la réforme du système de santé aux États-Unis, le point sur l'enseignement de la médecine générale, le devenir de cette discipline et l'évaluation des pratiques professionnelles. La rubrique psy nous invite à revisiter le secteur psychiatrique de l'intérieur, et aussi la rubrique femmes, la santé au travail, un dossier emblématique sur le Bisphénol A®...

Prochain dossier : Que fabriquent les images ?



Prix : 16,50 €

ISBN 978-2-9528838-9-4

ISSN 1161-3726