



Article paru dans le
DO N° 273 - juin 1999.

De la nécessité du concept de Naissant

→ **La fin du siècle arrive avec celle du millénaire. Cette manière de décompter le temps, basée sur la date hypothétique de la naissance d'un homme, que les autres hommes après l'avoir supplicié ont fait Dieu, n'a que la vertu de proposer une unité de compte pour refléter la réalité de ce qui nous est le plus inaccessible consciemment : le temps qui passe et son inéluctable et univoque direction.**

D'autres cultures proposent d'autres unités de compte et d'autres modes de calcul. Certains aspects de la réalité (sa signification) s'imposent tout de même à tous : la journée de 24 heures représente bien la révolution terrestre et toutes les cultures l'ont adoptée. Par contre, le sens de ce temps qui passe, ce que l'homme en fait dans ses superstructures conscientes quand il décide de s'en servir, est conditionné par le lieu, le moment de l'histoire, l'évolution des sciences et des techniques et les modes d'organisation sociale où se fait la prise de conscience.

À l'approche de l'an 1000 s'installa ce que l'on appela la grande peur pour le plus grand profit des dominants de l'époque, église en tête.

L'approche de l'an 2000 est dominée par l'orchestration des publicités qui permettront de rentabiliser au mieux l'événement. Rentabilisation à court terme dans un système de valeurs où la valeur reine est l'Argent et où les dominants du système sont ceux qui détiennent et manipulent les énormes masses de capitaux dont le taux de rémunération au jour le jour s'impose aux hommes de notre temps, faisant et défaisant les structures industrielles et commerciales, faisant et défaisant les États et les groupes d'États, jetant périodiquement des masses d'hommes dans le chômage ou dans la guerre.

Et pourtant la fin du siècle et du millénaire, c'est la fin et non le début de l'an 2000. Le matraquage publicitaire (l'information) cache cette réalité (la signification) au profit de ce que l'on va en faire : une fête qui rapportera du fric (le sens).

→ **Bilan d'un an, d'un siècle...**

L'unité de compte du temps a tout de même une vertu : elle permet les bilans, mensuels pour la Bourse, annuels pour les budgets des ménages et des États, séculaires pour les sociétés. Le siècle qui s'achève a vu une accélération considérable des acquisitions scientifiques et techniques dans tous les domaines.

Le domaine de la Naissance a bénéficié lui aussi de cette accélération. Encore faut-il noter d'emblée que cela concerne surtout les sociétés bénéficiant du maximum de capitaux investis (les pays développés). Les autres partagent l'information sans pouvoir le plus souvent la mettre en œuvre.

Le sens donné à la Naissance et à ses corollaires : la maternité, la paternité, l'intervention de la société par l'intermédiaire des soins et de la prise en charge sociale, a évolué parallèlement. Grosso modo on peut dire que les moyens de surveillance, de dépistage, de diagnostic et de traitement ont permis d'accéder à une optimisation des conditions de la Naissance. Théoriquement tout au moins. Ce qui est advenu, c'est surtout un interventionnisme quasi systématique, s'exprimant au maximum au moment de l'accouchement. Il est des lieux d'accouchement où la mise au monde spontanée d'un enfant normal est devenue rarissime. Les taux d'anesthésie et d'analgésie dépassent les 50 % sur l'ensemble de la France et dans les unités "de pointe", les 100 % ne sont pas loin. Les taux d'interventions par extraction chirurgicale par voie haute ou instrumentale par voie basse suivent le même chemin. Les déclenchements sans raison médicale sont de plus en plus nombreux.

Et, bien entendu, cela n'a rien à voir avec un changement du mode de reproduction de l'espèce. Le Congrès Mondial de la FIGO à Rio de Janeiro avait bien mis en lumière que les évolutions sont directement liées à ce que l'on nomme le "niveau de vie" et qui n'est guère que la place occupée par les individus dans le système de hiérarchie sociale.

Dans la capitale du Brésil, les beaux quartiers où les familles riches n'ont en moyenne qu'un seul enfant ont un taux de médicalisation de 100 % avec des taux de césarienne jusqu'à 85 % alors que dans les favellas, en face, aux nombreux enfants de la famille, la médicalisation est faible et les taux d'intervention aussi (10 % de césariennes par les chiffres qui sont donnés). Dans le Nord-Est du même État, il n'y a pas de statistiques car il n'y a que peu de médecins, pas d'hôpitaux, etc.¹

Dans nos pays où la répartition des richesses fait encore une part à la couverture sociale et particulièrement à celle des grossesses et des accouchements, la généralisation des pratiques permises par l'évolution des sciences et des techniques permet d'en évaluer les résultats objectifs.

Le domaine de l'accouchement prématuré fournit un exemple pertinent. Considérée comme une priorité de santé publique dans les années 60 et début 70, la réduction des accouchements

1. Congrès Mondial de la FIGO.

prématurés par le traitement de la Menace d'Accouchement Prématuré a fait l'objet d'une attention particulière. Le taux de prématurité dans une population a été considéré comme un marqueur essentiel de qualité de l'obstétrique pratiquée. La recherche dans ce domaine a dépensé des trésors de capitaux et d'ingénierie. Ces trente dernières années, des tombereaux de bêtamimétiques ont été déversés dans le corps des femmes enceintes par la bouche, par l'anus, dans les fesses ou dans les veines. Le résultat statistique objectif est éclairant. Le délai moyen gagné en trente ans est de 2 jours². Le taux de rémunération de M. Philips-Duphar et de M. Glaxo qui se partagent le marché des bêtamimétiques ne fait pas partie de l'évaluation.

Un autre exemple éclairant est celui de l'allaitement maternel. Connue et reconnue comme de très loin le meilleur mode de la nutrition néonatale, l'allaitement maternel fait l'objet d'un travail de sape de tous les instants. Le résultat c'est que la France n'est même pas capable de fournir à l'UNICEF des statistiques de taux d'allaitement à un mois. On sait que 40 % des femmes essaient d'allaiter. Les biberons systématiquement distribués dans les maternités et l'absence de volonté sociale évidente aboutissent à un abandon rapide d'une majorité d'entre elles. M. Nestlé est content.

Le plus fort, c'est qu'on médicalise d'emblée le non-allaitement par la prescription de médicaments détournés de leur objet. Les antiprolactines, médicaments destinés à lutter contre des anomalies de l'hypophyse, sont systématiquement proposés en France aux accouchées. Or, ces médicaments sont dangereux, au point qu'ils sont interdits dans cette indication par la FDA américaine. En France, on a fait un audit qui a compté les morts et les malades. La conclusion a été que, comme il y en a peu par rapport à la quantité distribuée, on pouvait continuer³. Or, ce médicament dangereux est absolument inutile dans cette indication. Un accompagnement convenable du non-allaitement permet de régler bien plus efficacement le problème puisque, dans nombre de cas, une montée de lait se produit à l'arrêt du traitement. Les fabricants de bromocriptine sont contents.

Dans le même temps, on fait la chasse aux petites unités de soins consacrées à la Naissance. Là, le taux de morts maternelles devient l'argument massue. Qu'importe que les chiffres des grandes statistiques disent le contraire, c'est au nom de la sécurité maternelle que l'on ferme les petites maternités pour les regrouper en grosses unités qui seraient le *nec plus ultra* de l'organisation en la matière. M. Lyonnaise des Eaux (rebaptisé récemment Vivendi tellement ça devenait scandaleux de le voir utiliser le fric gagné à vendre l'eau pour coloniser les pans entiers de l'économie), premier opérateur (c'est comme ça qu'on dit en bourse) dans le secteur de la santé privée est content, en attendant la privatisation des hôpitaux.

Le dernier avatar en date de cette évolution est le classement des maternités en trois niveaux. Non pas comme d'aucuns pourraient le croire naïvement (et le public, naïf, le croit déjà) sur la base de la qualité des équipements, de la qualification des personnels, de leur nombre, de leur disponibilité, mais de l'existence ou non d'une unité de néonatalogie dans une



Qu'importe que les chiffres des grandes statistiques disent le contraire, c'est au nom de la sécurité maternelle que l'on ferme les petites maternités pour les regrouper en grosses unités qui seraient le *nec plus ultra* de l'organisation en la matière.



proximité plus ou moins grande. Là, ce qui est avancé comme argument, c'est le traitement des grands prématurés. C'est la seule conséquence pratique de l'échec du traitement de la MAP.

D'autres exemples, comme la pratique systématique de monitorages interminables⁴, l'utilisation quasi systématique de l'épisiotomie⁵, de la péridurale⁶, du déclenchement sans raisons médicales⁷, qui ont fait la preuve de leurs effets délétères et de leur non-nécessité pour ne pas dire plus, n'ajouteraient rien à la démonstration. Cependant, ces pratiques font l'objet de critiques.

Au niveau des familles, individuellement les mères dépossédées d'une grande partie de cette circonstance majeure de leur vie qu'est la Naissance de leur enfant, en ont une conscience suffisante pour l'exprimer dès que les circonstances s'y prêtent. Collectivement, des associations tentent de faire valoir des comportements alternatifs face à l'accouchement, à l'allaitement.

L'OMS et l'UNICEF prennent position sur toute une série de pratiques. Collectivement, les équipes médicales, surtout anglo-saxonnes, se sont posé et se posent la question de la pertinence de tel ou tel comportement confronté à ses résultats objectifs.

→ Les positions alternatives

Individuellement, un certain nombre de soignants (médecins, sages-femmes) mettent en place des pratiques alternatives afin d'atténuer les conséquences du sens social donné à la Naissance et que nous avons décrit plus haut.

Mais les propositions sont diverses, peu concordantes, avec les résultats, difficiles à évaluer.

Diverses, les propositions alternatives d'accompagnement de la Naissance, le moins que l'on puisse dire, c'est qu'elles le sont. De l'haptonomie à la sophrologie, de l'acupuncture au yoga, de la natation au chant prénatal, en passant par l'hypnose, ou les

2. Bréart.

3. J. Gyn. Obstet. Biol. Reprod.

4. Mathews D. *The Newest Theorie*. The Lancet. 1995. 532-539.

5. Medline Database : mot-clé "épisiotomie" 1991-1995. 59 références.

6. Libermann E. et al. *Association of epidural analgesia with cesarean deliveries in nulliparas*. Obstet. Gynecol. 1996. 88. 993-1000.

7. Conférence de Consensus de CNGOF. Paris. 1996.

dernières préparations au sein desquelles la PPO a perdu la place prépondérante qui fut la sienne, chacun y va de sa proposition particulière. L'ennui est que pour la plupart, ces techniques n'ont fait la preuve de leur efficacité que dans d'autres domaines et leur insertion dans le champ de la Naissance est le résultat de phénomènes de modes ou d'opportunités.

La plus mal vue est aujourd'hui la Psycho-Prophylaxie Obstétricale, objet de tous les dénigrement sous le prétexte de sa dénomination d'Accouchement Sans Douleur et de son échec dans ce domaine. Sa plus grande faute par rapport aux autres "méthodes", c'est d'avoir été scientifique, d'avoir été basée sur une conception matérialiste de l'être humain et d'avoir eu comme but de libérer la femme de la "douleur", non pas en l'aliénant à une technique plus ou moins fantasmagorique ou médicamenteuse, mais en lui redonnant la pleine et entière maîtrise de son corps et de l'événement⁸.

Peu concordantes, ces méthodes le sont, et c'est là aussi le moins que l'on puisse dire, tellement sont diverses les motivations et les présupposés dont elles sont l'avatar obstétrical. Sauf sur un point cependant : aucune ne remet en question le sacro-saint dogme de la douleur comme élément incontournable du processus de mise au monde de l'enfant, aucune ne présuppose que la mère puisse maîtriser l'événement par ses propres moyens. En ce sens, elles diffèrent peu des analgésiques et anesthésies médicamenteuses, puisque leur but est de modifier, annuler ou détourner les sensations et que pour cela la technique est indispensable et le technicien incontournable.

La difficulté d'évaluer leurs résultats procède de leur distance de fait par rapport à la réalité de l'événement. Il s'ensuit pour chacune d'entre elles une acceptation tacite de l'intervention potentielle, indépendamment de la qualité propre de la technique proposée. Une fatalité liée au processus de Naissance lui confère, avec la douleur déjà citée, une qualité de moment et de phénomène hors du temps où tout peut arriver, surtout le pire, imposant le recours potentiel à la technique médicale comme une nécessité. Quelle que soit la méthode, on se prépare dans le même temps sous prétexte de sérieux à cette intervention, du coup devenue probable. Dans un grand nombre de préparations d'ailleurs, on ne se prépare plus qu'à l'intervention médicale. Et dans les préparations réduites que Kouchner nous concocte, l'anesthésiste aurait une participation obligatoire.

Rares sont les techniques de préparation authentiquement évaluables dans leurs résultats. Nous y reviendrons.

→ La PPO et ses enfants

Seule la PPO initiée par F. Lamaze à la Maternité des Métallurgistes était une technique spécifiquement appliquée à la Naissance, conçue et organisée pour optimiser les conditions de la mise au monde de l'enfant, tout en confiant à la mère (et déjà au couple) la principale responsabilité dans le déroulement du processus.

Imposée par la revendication féminine, puis prise en compte comme une authentique technique (remboursement par la

Sécurité sociale), la PPO a rapidement été récupérée par le système. Discreditée d'abord en tant qu'Accouchement Sans Douleur, sa généralisation par le remboursement a permis à n'importe qui d'y faire n'importe quoi, au point de faire des "préparations" une aimable plaisanterie dont se gaussent les "techniciens" et une somme de revenus complémentaires pour nombre d'intervenants aux qualifications diverses sans nécessaire rapport avec les processus d'enfantement.

La PPO restait pourtant, et reste encore, une base scientifique sur laquelle on peut s'appuyer. D'autant que, ignorées totalement par les médias pourvoyeurs "d'information" mais uniquement sensationnelles, des équipes ont développé et fait avancer le concept.

Jean Faillières d'abord. Constatant que l'indolorisation de la C.U. était assez facile à obtenir par n'importe quelle méthode alors que les lombalgies ne répondent à aucune des techniques proposées, cet accoucheur toulousain en a tiré deux conclusions : la première c'est que la C.U. du travail, phénomène génétiquement programmé indispensable à l'accouchement, n'est pas spontanément dorigène, c'est-à-dire par elle-même capable de provoquer des douleurs, la deuxième c'est qu'en cas de souffrance tissulaire (L.U.S. dans les lombalgies) l'indolorisation est beaucoup plus difficile et requiert d'autres moyens. Il en a tiré la conclusion que l'important était de faire la prophylaxie des souffrances afin de faire une authentique prévention des douleurs.

La Préparation des couples à la Naissance par une prophylaxie psychosomatique est issue de ces travaux. Depuis plus de vingt ans, nous avons repris le flambeau de Faillières et nous avons développé la recherche dans ce sens.

L'observation du quotidien de l'accouchement et l'écoute des mères préparées nous ont permis d'apprendre, non seulement que la douleur n'est pas indispensable à l'accouchement, mais que le plaisir au sens le plus "physique" du terme peut être au rendez-vous. La proportion de cas observés ($\pm 30\%$) est significativement différente de ce que pourrait produire le hasard.

L'utilisation systématique de la préparation pour les couples et pour les soignants, associée à l'opportunité d'un travail d'équipe homogène dans une petite structure sur une durée suffisante, nous a permis de publier des statistiques sur un nombre significatif d'accouchements (± 4500). Les résultats en termes de périnatalogie sont excellents, comparables aux meilleurs publiés. Le taux d'interventions est ridiculement bas (8 %, tout compris, césariennes et épisiotomies considérées comme interventions, incluses). Le forceps a été utilisé dix fois, les spatules dans moins de 2 % des cas, les épisiotomies un peu plus de 2 %. Le tout avec moins de 7 % de césariennes, la ventouse n'a jamais été utilisée, pas plus que la péridurale sauf pour les césariennes⁹.

Cette pratique, non seulement nous a permis de peaufiner, de préciser, d'améliorer au fil des réunions d'équipes, les techniques de préparation et d'accompagnement de l'enfantement.

8. Lamaze F. *Qu'est-ce que l'accouchement sans douleur*. Éditions Sociales. Paris, 1953.

9. C.E. Tourné. *Et s'il fallait du temps pour naître*. Libres del Trabucaire Ed. Perpignan. 1996.

LL

À l'intérieur du marché, la demande de celui qui est en attente va pouvoir être complètement conditionnée par celui qui détient le moyen de modifier la perception, la conscience des besoins et la demande des individus.

77

Elle nous a, dans le même temps, autorisés à (et imposé de) réévaluer toute une série de concepts. La maladie gravidique¹⁰ pour la pathologie et la dynamique gravidique¹¹ pour la physiologie de la grossesse sont de ceux-là. La physiologie obstétricale nous a occupés dans le même temps, avec une réévaluation complète des conditions du fonctionnement des muscles du bassin (changement du point d'appui fixe des muscles de la marche au moment de l'enfantement)¹², de la physiologie même de l'utérus et des abdominaux d'un côté, de l'ensemble pelvien ostéo-musculaire de l'autre, pour la compréhension de l'accouchement spontané¹³. Un enseignement universitaire issu de cette activité et de cette réflexion a permis d'élargir l'élaboration théorique aux conditions sociales du déroulement de la Naissance¹⁴. Le comportement des parents et des soignants dans les conditions particulières de notre société a particulièrement retenu notre attention. Nous avons noté que dans notre monde régi par les lois de l'économie marchande où tout s'achète et tout se vend...

« Nos sociétés ont leur organisation propre sur le plan économique, basée sur le marché, avec une demande et une offre. La demande est évidemment dépendante entre autres choses de l'idéologie dominante et de la manière dont elle s'exprime, dont elle exprime dans ses véhicules médiatiques la pensée des dominants, grâce à ce qu'Henri Solans nous a caractérisé comme étant l'asymétrie dans l'information. Celui qui dispose de moyens d'information va faire passer les informations qui l'intéressent. Du coup, à l'intérieur du marché, la demande de celui qui est en attente va pouvoir être complètement conditionnée par celui qui détient le moyen de modifier la perception, la conscience des besoins et la demande des individus.

Dans ces conditions, ici et maintenant, sur le marché, la demande individuelle ce sera la recherche du confort, une demande de confort. Cela se structure sur la base du refus de la douleur, refus de la mort, refus des difficultés d'adaptation. C'est une recherche de sécurité avec refus de la maladie, refus du handi-

cap, refus des conséquences de la désadaptation, recherche de la meilleure efficacité au plan de la sécurité, c'est-à-dire de la conservation de la santé, de l'intégrité, voire de l'éternité, etc. C'est une recherche du plaisir, du plaisir quand même. Malgré toutes les pesanteurs idéologiques, la demande de plaisir est quand même en permanence présente, le plaisir correspondant, puisque nous l'avons déjà ainsi défini, au maintien de l'ensemble des homéostasies physiques, biologiques, mais aussi psychosomatiques.

Et en face, bien entendu, il y a l'offre sur un marché.

Il va donc y avoir une offre de confort répondant à cette demande. Ce sera une offre d'indolorisation : indolorisation à tous les niveaux, physique et moral, avec aseptisation morale et émotionnelle en même temps que suppression des affects sensoriels. Si on est moins radical cela se traduira par une offre de préparation, quelle qu'en soit la nature pourvu que sa finalité soit de faire du "sans douleur".

Et puis, chaque fois qu'il y a une difficulté rencontrée sur le parcours, il y aura une offre d'intervention. Une offre de sécurité aussi, avec des corps de soignants, des corps d'intervenants sociaux qui vont apporter, pour la sécurité, la surveillance, la prévention, le traitement et là, comme toujours éventuellement, l'intervention chaque fois que c'est nécessaire.

À la demande de plaisir, par contre, il n'y a pas vraiment une offre de plaisir. Ou plutôt à la demande de plaisir de l'individu, répondra une offre de "plaisir" de la Société.

Et le "plaisir", l'homéostasie de la société, c'est l'efficacité sociale en fonction des critères du moment et du lieu. C'est-à-dire qu'à la demande du plaisir, on va avoir en réponse une offre d'efficacité. Cette efficacité bien entendu doit correspondre au besoin de l'organisation sociale, c'est-à-dire de l'organisation de la production avec la volonté de faire en sorte que (puisque nous sommes dans une société où la procréation est dévalorisée au profit de la production) les acteurs de la Naissance et de la procréation passent le moins de temps possible à cette procréation et soient le plus rapidement efficaces pour revenir dans la production »¹⁵.

→ Les questions qui se posent

Cela nous a amenés à nous interroger sur les pratiques médicales telles qu'elles se mettent en place autour de la Naissance. Trois colloques ont été organisés sur ce thème.

Le premier posait la question de l'interventionnisme excessif et des raisons qui y poussent. Nous notions à cette occasion que c'est plus les conditions sociales de réalisation des pratiques qu'un quelconque esprit de lucre qui est en jeu. « En effet, l'étude économique de l'acte d'un accoucheur fait apparaître ce fait que le résultat de son activité, ce n'est pas l'accouchement... Ce que l'accoucheur produit, c'est donc autre chose que l'accouchement. C'est un service. Plus il intervient, plus il rend de service.

Mais à qui ? C'est là toute la question... On ne peut donc trouver dans une si faible différence (de rémunération entre les actes),

10. Tourné C.E. *La maladie gravidique*. J. Gyn. Obstet. Biol. Reprod. 1987, 16, 1023-1037.

11. Tourné C.E. *La dynamique gravidique*. Les Dossiers de l'Obstétrique. 1998, 266, 22-28.

12. Tourné C.E. *Mécanique obstétricale : Phase intermédiaire et phase d'enfantement*. J. Gyn. Obstet. Biol. Reprod. 1985, 14, 965-972.

13. Tourné C.E. *Mécanique obstétricale : le double ensemble musculo-sphinctérien*. Les Dossiers de l'Obstétrique, 1999, 272.

14. D.U. Naissance et Société. Université de Perpignan, 42 av. de Villeneuve, 66860 Perpignan.

15. *Et s'il fallait du temps pour naître*. Op. Cité.

une raison suffisante à la multiplication invraisemblable des actes au cours des accouchements. Il semblera curieux de constater que c'est du côté du juridique que l'on va la trouver. L'irruption dans le domaine médical de la crainte du juge, de la menace médico-légale de sanction si l'on peut reprocher au médecin de n'avoir pas pratiqué un acte jugé, a posteriori, indispensable, est la raison la plus fréquemment alléguée et de fait le plus souvent réelle, de l'inflation des actes »¹⁶.

Le second posait la question des Responsabilités, Rôles et Statuts des différents intervenants, qualifiés d'éléments constitutifs de leur citoyenneté. Et nous retenons que :

« La référence à la sécurité engendre l'utilisation de techniques de plus en plus nombreuses, sophistiquées et donc coûteuses. Elle provoque la multiplication des interventions et donc l'apparition de toute une pathologie somatique et psychologique, conséquence de ces interventions. L'exigence de perfection du résultat, qu'il faut bien qualifier d'attitude consumériste, impose elle aussi la multiplication des actes avec les mêmes conséquences.

Dans le même temps, les problèmes de coût de la santé amènent à rechercher une restriction des dépenses. Cela apparaît donc comme la quadrature du cercle.

Le résultat est que chacun des intervenants attend l'autre au tournant de la moindre non-conformité aux critères sécuritaires et consuméristes...

Un statut sans aucun rôle, des droits sans devoirs, une liberté sans responsabilité, tels semblent être aujourd'hui les aspirations des prétendus citoyens de nos sociétés caractérisées par les hiérarchies de dominances, y compris dans les relations de soin, y compris autour de la Naissance¹⁷ ».

Le troisième s'interrogeait sur les rapports avec la Naissance et la Maltraitance.

«... La femme est "expatriée" de son corps, "expropriée" de sa physiologie, coupée de ses sensations par la péridurale, immobilisée par le monitoring et les perfusions.

Quant à l'enfant, de "sujet désirant" capable de sentir et de communiquer, il passe subitement au statut "d'objet" à expulser. L'enfant n'est plus "accompagné" par sa mère dans un processus Conscient et Humanisant, il est "surveillé" techniquement parlant.

N'y a-t-il pas déjà à ce moment-là, un "No man's land" dans la relation Mère-Enfant ?

Ces techniques font de la femme, active depuis la nuit des temps dans ce processus unique, une femme passive et au lieu d'unir et de réunir le couple, de créer la famille et de la cimenter, elle la divise, la disperse et parfois l'annule (séparations fréquentes des couples après une naissance).

La femme n'enfante plus, c'est le médecin qui l'accouche, le père devient un "visiteur" soumis aux règlements institutionnels, l'enfant le patient du pédiatre.

De Naissance Dénaturée à Maltraitance, le seuil n'est-il pas désormais franchi¹⁸ ? »

→ **Courage, fuyons!**

L'un des résultats remarquables de ces conditions de développement des rôles et des statuts des différents intervenants, c'est l'acceptation tacite par les soignants de cette fuite devant la responsabilité par des parents qui se reposent en totalité sur le corps médical et social pour la prise en charge de leurs problèmes.

Et, du coup, l'appel à la responsabilité des parents, la volonté de les responsabiliser de façon authentique tout au long du processus de Naissance se heurte à la peur de les "culpabiliser". Empêtré dans son rôle de recours technique dans les difficultés et problèmes médicaux, le soignant est conscient dans le même temps de manière intuitive (ou parfois même réfléchie, disons-le!) des enjeux psychologiques des processus de Naissance. Il s'ensuit de sa part une volonté inconsciente de protection et de prise en charge au-delà de sa responsabilité propre.

Les impératifs de l'organisation sociale tels que nous les avons décrits plus haut lui imposent de prendre tous les problèmes en charge comme s'il s'agissait de problèmes purement médicaux. Formé à la pratique médicale d'une médecine des organes, il ramène tout à des problèmes organiques. L'interventionnisme qui s'ensuit touche le dépistage, le diagnostic et le traitement. Ses excès sont bien entendu conditionnés par l'inadéquation des techniques utilisées face à des problèmes le plus souvent psychosociaux à retentissement somatique. Les conséquences sont, entre autres, l'aggravation de la déresponsabilisation des parents dont le statut sans contrepartie de rôle les pousse à manifester des exigences sans rapport avec les possibilités pratiques. Le recours de plus en plus fréquent au juge en est la manifestation la plus évidente.

Le résultat pratique est que les comportements addictifs au cours de la grossesse sont extrêmement fréquents. Les mères qui fument ou qui boivent sont légion (+ 25 % d'après une étude récente)¹⁹.

L'alimentation, même lorsque les conditions économiques permettraient de l'optimiser, est le plus souvent déséquilibrée avec des prises de poids excessives dues à un excès parfois invraisemblable d'hydrates de carbone.

Bien entendu, rien ne pousse dans ce contexte les parents à se préparer authentiquement. Aucun effort réel de leur part ne se justifie.

Et d'ailleurs, les mères refusent en fait d'accoucher. Le recours de plus en plus fréquent à un déclenchement, à l'analgésie, à

16. *Évaluation des pratiques médicales autour de la Naissance*. Colloque du 7 juin 1996. Perpignan. Actes publiés par C.E. Tourné aux Presses Universitaires de Perpignan. Cahiers de l'Université N° 22. 1996.

17. *Évaluation des pratiques médicales autour de la Naissance*. Colloque du 13 juin 1997 Banyuls sur Mer. Actes publiés par C.E. Tourné aux Presses Universitaires de Perpignan. Cahiers de l'Université N° 27. 1997.

18. D. Nadel. In *Évaluations des pratiques médicales autour de la Naissance*. 12 juin 1998. Perpignan. Actes publiés par C.E. Tourné aux Presses Universitaires de Perpignan. Cahiers de l'Université N° 28. 1998.

19. Gressens P. et al. *Factures d'environnement et développement cérébral du fœtus*. Rev. Prat. Gynecol. Obstet. 1999;31 : 33-41 et D.O. n° 254 et 257.



Et d'ailleurs, les mères refusent en fait d'accoucher. Le recours de plus en plus fréquent à un déclenchement, à l'analgésie, à l'anesthésie locorégionale expriment parfaitement ce refus de l'accouchement, masqué sous le prétexte du refus de la douleur.



l'anesthésie locorégionale expriment parfaitement ce refus de l'accouchement, masqué sous le prétexte du refus de la douleur. Elles refusent aussi d'allaiter.

La société de consommation les y pousse en leur vendant des succédanés pour compenser leurs manques à être. Le corps médical, par peur de culpabiliser, accompagne et finit même par justifier ces comportements irresponsables.

La multiplication des interventions est alors inéluctable : les unes visant à répondre à la demande des parents, d'autres à compenser leurs attitudes irresponsables, d'autres encore arrivent comme conséquences des deux précédentes, dans une logique de compensation et de correction des anomalies qui s'engendrent les unes les autres. Nous avons, au début de notre propos, cité quelques-unes de ces interventions discutables : citons encore pour mémoire le déclenchement qui exige l'analgésie et souvent l'anesthésie loco-régionale qui, elle-même conditionne une inflation des extractions instrumentales ou chirurgicales.

Pourtant les données de la littérature médicale sont claires. L'immense majorité de ces interventions ne s'impose pas. Notre expérience, certes dans un temps, dans un lieu et dans des conditions particulières, a montré qu'une autre manière de faire, basée sur la co-responsabilité entre soignants et parents, non seulement minimise les interventions mais encore donne des résultats périnataux d'une qualité comparable sinon meilleure que dans les structures à l'interventionnisme systématique et à l'outillage sophistiqué.

Pourtant les remises en question finissent par se faire jour, y compris dans le temple fermé de l'obstétrique française, empêtrée dans son interventionnisme et les justifications qu'il exige. La récente conférence de consensus du Collège est à cet égard significative. Concernant les grossesses et accouchements normaux, on y apprend, entre autres choses, que l'on peut raisonner l'obstétrique avec des *a priori* opposés et donc des comportements radicalement différents sans pour autant mettre en cause les résultats périnataux. La comparaison entre la France et les Pays-Bas fournit cette conclusion. L'inflation interventionniste apparaît comme le résultat d'une spirale où la vision de la grossesse et de l'accouchement (*a priori* situation pathologique pour les uns, normale pour les autres) est l'élément déterminant.

Les recommandations de la conférence paraissent du coup

étranges à un observateur habitué de ces grands-messes médicales :

- **neutres**, quant aux pratiques et aux intervenants (alors que les conférences de consensus, par leur nature même, ont le caractère de lieu d'élaboration de vérités contraignantes), elles se contentent de valoriser la pratique du réseau.
- **contradictaires**, quand elles vont jusqu'à recommander l'expérience des maisons de naissance sous la responsabilité exclusive des sages-femmes alors que dans le même temps on ferme des maternités sous prétexte que leur petite taille est facteur d'insécurité²⁰.

→ **Moralisation, culpabilisation, responsabilité, liberté**

Les problèmes apparaissent ainsi, malgré les incohérences de façade, de mieux en mieux posés. Rien ne justifie que l'interventionnisme médical autour de la Naissance ne soit pas révisé à la baisse. Et par contrecoup logique, la responsabilisation des parents doit être remise à l'ordre du jour. Schématiquement, on sait donc mieux ce qu'il ne faut pas faire, induisant ce qu'il faut faire.

L'idée intuitive que *moins on intervient et mieux ça vaut* se trouve confortée par les conséquences objectives, quantifiables et quantifiées, d'un excès d'interventions. Les actes pratiqués sur les corps des mères et des enfants où ils laissent des cicatrices indélébiles et des empreintes néonatales aux conséquences mal évaluées doivent être réduits à la stricte nécessité. Cela implique que les parents cessent d'être considérés comme irresponsables et qu'au contraire, on les ramène chaque fois que c'est possible, à la responsabilité de leurs actes à eux.

La difficulté – et elle est de taille – c'est qu'à défaut d'une bonne justification, la critique implicite et explicite des attitudes des uns et des autres apparaît comme un comportement moralisateur.

S'il n'y a aucune raison objective à mettre en avant les recommandations aux mères (il ne faut pas fumer, il ne faut pas boire, il ne faut pas manger n'importe quoi, il faut se préparer pour bien accoucher, il faut allaiter), ne se justifient que par le fait que c'est bien de faire comme cela (par opposition au fait que ce n'est pas bien de ne pas le faire).

De même, les recommandations aux soignants de mieux préparer les parents, de moins intervenir, de prendre le temps et d'utiliser la technologie, non pour créer une pathologie réelle ou supposée, mais pour permettre d'avoir la tranquillité qui permet justement de prendre le temps, de respecter les rythmes et d'optimiser les processus au lieu de les court-circuiter, ces recommandations, faute de justifications objectives, apparaissent aussi comme de l'ordre de la moralisation.

Bien plus, dans les deux cas on arrivera rapidement à l'appréciation qu'il s'agit d'une atteinte à la **liberté** de chacun, parent ou soignant, liberté qui est le fondement résiduel de notre Société, l'égalité et la fraternité ayant sombré dans la tourmente de la société de marché. Cette liberté, chacun y tient comme à la prunelle de ses yeux et toute attitude qui semble lui porter

20. Conférence de Consensus du CNGOF. Paris, 1998.

atteinte est d'emblée vécue et qualifiée dans le discours de proprement intolérable.

La seule justification à ces critiques et à ces conseils ne peut donc reposer que sur l'existence d'un autre individu pour qui ces comportements s'avèreraient délétères ; un individu dont l'intérêt propre serait ainsi mis en cause, dont la liberté serait menacée. En effet, le consensus en matière de liberté est que la liberté de chacun s'arrête là où commence celle des autres, elle est limitée par le fait que son exercice ne doit pas mettre en cause l'intérêt du voisin.

Il est donc indispensable de substituer à la proposition *pour quoi* faire ceci ou cela ou le contraire, la proposition *pour qui*, dans l'intérêt de qui. Seule la réponse au *pour qui* permet de répondre à la question du *pourquoi* et de lui trouver en même temps sa justification.

→ La Naissance

Pour qui, c'est évidemment pour l'enfant qui naît.

Pourquoi, parce que l'enfant qui naît est le citoyen de demain et que l'avenir, non seulement de l'espèce, mais de la société, dépend de la manière dont il aura constitué sa structure.

Il se dégage de cette proposition l'exigence d'un concept nouveau, concernant les conditions de mise en place de la structure de l'individu et unifiant ainsi la problématique des interventions extérieures sur le processus, c'est le concept de Naissance pour lequel j'ai proposé la définition suivante :

« La Naissance est la période de la vie où l'information-structure de l'individu est ouverte et soumise à des servomécanismes en relation avec l'environnement. Elle s'étend jusqu'à l'âge de deux ans et peut-être au-delà... Au cours de cette période, la mère accède à sa maternité, le père à sa paternité, l'enfant à son humanité ».

La Naissance est donc considérée non comme un moment mais comme une période. Cette période est celle au cours de laquelle l'individu met en place la structure avec laquelle il va exprimer toute sa vie ses potentialités et son autonomie. Au cours de cette période, il accède ainsi à son humanité, sa mère accédant à sa maternité, son père à sa paternité. Il s'agit donc, non seulement de la mise en place de la structure somatique avec son temps limité (rédhitoire), son caractère cumulatif (irréversible) et son moment de finition (irréparable), mais aussi de sa structure relationnelle par son installation sur le territoire et dans le reflet psychique des autres.

Toute la période de Naissance (qu'on peut donc faire remonter au début de mise en place du projet) sera en même temps réalisation de l'être *pour lui* (mise en forme de sa structure) et idéalisation de l'être *par les autres* (mise en forme de son reflet).

La mise en forme de la structure, la création de ce que nous appelons à la suite de Laborit, l'information-structure, c'est-à-dire la mise en forme de l'organisme psychosomatique a :

- **Un temps limité.** Le temps de finitude-complétude de l'organisme du Naissant est limité dans le temps. Cet espace de temps où sont possibles les structures idéales est **rédhitoire**.



La Naissance est donc considérée non comme un moment mais comme une période. Cette période est celle au cours de laquelle l'individu met en place la structure avec laquelle il va exprimer toute sa vie ses potentialités et son autonomie.



bitoire. Il faudra que ce temps soit utilisé au maximum des possibilités de rendement de l'interaction du programme génétique et des stimulations de l'environnement.

- **Un caractère cumulatif.** L'ensemble des éléments qui se mettent en place trouve dans l'organisme qui se construit un espace où se situer. La conjonction des organes et de leurs structures respectives formera cet ensemble vivant dont il a été montré par ailleurs que, grâce à l'information, il est autre chose que la simple somme de ses parties. Pourtant, la présence simultanée de toutes les parties sera indispensable au fonctionnement harmonieux de l'ensemble. Cet aspect quantitatif qui conditionne la valeur de la structure est **irréversible**.
- **Un moment de finition.** Au terme de la Naissance, l'information-structure sera ferme et ne pourra plus bénéficier d'aucun apport. Seule la maturation sera encore possible. Cette fermeture de l'information-structure est **irréparable**.

La mise en forme du reflet est par contre instantanée. Elle est en perpétuelle évolution, en perpétuelle transformation ; elle diffère d'un instant à l'autre.

C'est que le reflet dans le moment et dans le lieu, différent du moment précédent et de l'endroit où il se forme, dépend :

- de l'état de la structure de celui qui naît (un peu),
- de l'état de la structure de celui qui en prend connaissance, dépendant des éléments mémorisés dans ses circuits, en structure (inconscients) et en mémoire (conscients ou non).

La mise en forme de la structure (la Naissance) dépend :

- du programme génétique (imprimé dans les gènes transmis par les parents, porteurs de l'hérédité spécifique et familiale),
- des conditions dans lesquelles ce programme se développe (s'exprime).

Elle dépendra donc directement de l'environnement et de ses états d'équilibre ou de déséquilibre momentanés, prolongés, progressifs.

→ Le Naissant: problèmes?

Le concept de Naissant en découle de manière directe. Le Naissant est l'individu qui naît, considéré comme acteur social pourvu d'un rôle et d'un statut.

Rappelons à ce propos que le rôle d'un individu en situation sociale, c'est l'ensemble des comportements auxquels les autres sont en droit de s'attendre de sa part, le statut étant en retour l'ensemble des comportements auxquels il est en droit de s'attendre de la part des autres.

Le fait de mettre ainsi en exergue le concept de Naissant, s'il apporte une bonne justification à tous les comportements adaptés en matière de Naissance par la définition de son statut, pose dans le même temps d'autres problèmes sur lesquels il convient de s'attarder.

Le concept de Naissant est-il compatible avec l'IVG, avec la liberté pour la femme de disposer de son corps et donc de refuser une grossesse ? Est-il compatible avec l'ITG qui consiste à supprimer un fœtus repéré comme inacceptable en l'état de sa condition de structuration avec les conséquences possibles ?

Notre réponse est oui, sans équivoque, car le concept de Naissant ne saurait se confondre avec les attitudes dites de "respect de la vie" quelles qu'en soient les conséquences, professées, avec la bénédiction des églises, par tout ce que la société compte de réactionnaire dans ses rangs.

Pour moi, la vie c'est un processus complexe génétiquement programmé pour la pérennité de l'espèce par l'organisation de la survie des individus qui la composent et la production de nouveaux individus par le phénomène de reproduction.

Elle doit donc être préservée tout autant qu'elle est l'apanage d'un acteur social jouissant de tous les éléments propres à lui conférer une qualité optimale.

L'IVG ne détruit pas un acteur social. Elle concerne un processus gravidique perturbateur pour la femme au point de la mettre en état de détresse. Ce processus n'a, à ce moment-là, pas plus de valeur de vie pour la société et pour la femme qu'une grossesse extra-utérine ou une grossesse molaire. Son interruption est un acte thérapeutique de la détresse de la femme face à un accident de sa vie génitale. Il n'en est pas pour autant anodin car il concerne malgré tout un processus vital, une expression de l'organisme féminin à reproduire la vie et son interruption laissera dans son organisme une trace indélébile. Le fait que cet acte thérapeutique ait nécessité pour l'autoriser une loi spécifique succédant à une interdiction assortie de la qualification de crime, montre à quel point l'ambiguïté existe face à la qualification de cette vie en potentialité.

L'ITG met fin au développement d'un acteur social car déjà inséré dans le processus relationnel, déjà existant comme Naissant dans le reflet psychique de ses parents. Elle le fait sur la base de critères rigoureux établissant l'incompatibilité de l'état de santé constaté avec une vie normale. La difficulté introduite par le concept de Naissant concerne le fait qu'il s'agit là, ni plus ni moins que d'une euthanasie active. L'interruption "thérapeutique" de grossesse n'est plus thérapeutique pour la mère comme l'est l'IVG. Ce n'est plus une situation de détresse qui fait l'objet d'un traitement médical. Elle n'est pas non plus thérapeutique pour le fœtus puisqu'il s'agit, non de le traiter, mais de le supprimer. Elle n'est donc au mieux thérapeutique que pour le groupe social à qui elle fait faire l'économie de la prise en charge d'un de ses membres affligé d'une anomalie rendant sa vie sous-optimale voire carrément impossible. De même qu'il assure son "plaisir" sur le marché des soins, le groupe social s'autorise aussi la thérapeutique pour assurer sa "santé".

Un autre problème posé par l'ITG est qu'elle s'adresse aussi à des fœtus en excellente santé, au potentiel vital intact et aux capacités d'insertion sociale, présentant certes des difficultés potentielles, mais malgré tout indiscutables dans un contexte adapté. Le chromosome surnuméraire du trisomique 21 ne lui confère des potentialités de survie sous-optimales que dans le contexte social où la compétition acharnée est la base d'organisation des relations humaines.

L'ITG sera à ce moment une manifestation d'eugénisme au sens le plus pur. Le concept de Naissant accentue encore l'urgence de la réflexion à ce niveau.

Et ce, d'autant que les moyens actuels de dépistage des anomalies de configuration et de développement somatique, de diagnostic et de pronostic des malformations et anomalies génétiques augmentent le nombre de situations où une décision d'interruption peut être prise sur la constatation d'une anomalie dont le caractère "majeur" est affaire d'appréciation personnelle si elle n'est pas sévèrement encadrée par la loi. Personne n'ignore qu'aujourd'hui, dans les plus grands pays asiatiques, le caryotype féminin constitue une "anomalie" suffisante pour conduire à l'ITG et que cela se pratique.

Rappelons pour mémoire d'autres situations où ce concept peut constituer un élément de plus de la réflexion : en effet, le clonage, les manipulations génétiques posent des problèmes d'éthique mettant en jeu la définition de l'humain en général, elles ne sont pas concernées par le concept de Naissant. Par contre, l'utilisation d'embryons congelés à la suite du décès du père, fruits d'une volonté commune de procréer des deux parents et reflétés comme tel dans leur commun projet d'enfant, est à la limite de la problématique du Naissant.

→ Le Naissant a des droits

Certes, le concept de Naissant pose donc des problèmes, mais il ne les pose que tout autant que l'on feint d'y voir une confusion entre le vivant et le Naissant. Quand on met en exergue le "respect de la vie" quelles qu'en soient les conséquences, interdisant pêle-mêle l'IVG, l'ITG et l'euthanasie, le choix implicite va de pair avec une occultation volontaire de l'exigence pour chaque acteur social de conditions de vie optimales.

Pire, cela va de pair le plus souvent avec l'acceptation de l'existence de conditions de vie sous-optimales, avec la résignation aux inégalités, aux dominances institutionnelles et aux hiérarchies, c'est-à-dire avec les attitudes politiques les plus rétrogrades.

Au contraire, le concept de Naissant confère à l'individu qui est en Naissance, qui vit et agit son processus de structuration, qui se donne les moyens d'accéder à son humanité tandis que sa mère accède à sa maternité et son père à sa paternité, le droit de recevoir en retour les meilleures conditions d'environnement. Pour accéder à cette humanité, il a besoin de mettre en place une structure somatique la plus parfaite possible, il a besoin en même temps que sa mère accède à sa maternité

et son père à sa paternité, c'est-à-dire qu'il a besoin d'exister dans une relation avec le groupe social dans lequel il arrive. Le concept de Naissant impose simplement en même temps qu'elle l'expose, l'idée que ces besoins sont des **droits**.

Le Naissant a le droit de bénéficier, comme environnement immédiat conditionnant son développement, d'un organisme maternel vivant de façon harmonieuse : harmonieusement alimenté, correctement protégé contre les agressions de l'environnement physique et social : le froid, le travail pénible, les contraintes, les vexations, etc.

Le Naissant a le droit de n'être ni enfumé, ni alcoolisé, ni drogué d'aucune manière.

Le Naissant a le droit de venir au monde à son heure. Il a le droit de bénéficier des conditions harmonieuses d'accouchement imposant le respect des rythmes de sa mère et le temps de déroulement des processus génétiquement programmés.

Le Naissant a droit à l'alimentation prévue pour lui par la programmation génétique d'espèce et qui constitue un élément déterminant de l'optimisation des conditions de son développement psychique et somatique.

Il a droit à bénéficier, pour surveiller ses processus de Naissance, de toutes les avancées de la technologie moderne ainsi que de recevoir, directement ou par l'intermédiaire de sa mère, toutes les thérapeutiques nécessitées par son état de santé.

Mais en même temps, il a droit à ne pas être l'otage des marchands de technologie, des comptables du temps, des organisateurs du champ de la rentabilité sociale, des "informateurs" asymétriques au service des dominants du système social où il advient.

→ Le Naissant : un habitus particulier

Le concept de Naissant permet de passer à un autre niveau de l'approche de la Naissance. Reste à en proposer une définition.

Parler de droit implique immédiatement la définition de cet individu dans le champ du social : se pose donc le problème juridique de son statut en même temps que le problème économique de sa place.

L'approche que je voudrais proposer est plus anthropologique.

Pendant toute la période de grossesse, l'embryon, puis le fœtus n'ont jusqu'ici détenu au mieux que la place de "chose en soi", le soi étant celui de la mère, dotée d'une spécificité biologique et sociale, caractérisée comme femme enceinte, femme en état de grossesse, femme grosse le cas échéant, lui conférant rôle et statut, plus ou moins valorisé suivant la société, le moment, le lieu, l'âge, le statut matrimonial, etc. Une chose, même "en soi", ne saurait concourir dans le registre des "ayants droit".

Le Naissant, défini comme un "être en soi", construit sa structure dans le bio-socio-psychologique : il existe en soi dans le champ social en ce qu'il existe comme reflet pour les autres.

La période de Naissance est la période de mise en forme concomitante de sa structure (pour lui) et de son reflet (pour les autres).



Le Naissant, défini comme un "être en soi", construit sa structure dans le bio-socio-psychologique : il existe en soi dans le champ social en ce qu'il existe comme reflet pour les autres.



Ce sur quoi il me paraît possible de s'accorder est l'idée que le Naissant est doté d'un habitus, particulier à la période de Naissance, au sens que Bourdieu donne à ce terme : « *L'habitus est défini par Pierre Bourdieu comme des systèmes de schèmes de perception, d'appréciation et d'action permettant :*

- *d'opérer des actes de reconnaissance pratique, fondés sur le repérage des stimuli conditionnels et conventionnels auxquels ils sont disposés à réagir,*
- *d'engendrer sans position explicite de fins ni calculs rationnels de moyens, des stratégies adaptées et sans cesse renouvelées dans les limites des contraintes structurales dont ils sont le produit et qui les définissent.*

Bourdieu précise, qu'ils sont inscrits dans les corps par les expériences passées. Et il ajoute même un peu plus loin que les injonctions sociales les plus sérieuses s'adressent non à l'intellect mais au corps traité comme pense-bête »²¹.

Il s'agirait donc d'un habitus particulier, existant en soi dans le social (le reflet des autres) se construisant dans le bio-socio-psychologique (l'être en soi).

Il y aura nécessité d'élargir la notion et de considérer l'habitus comme une valeur sociale en complément des caractéristiques individuelles qui font l'habitus, ce dernier doit être considéré dans le contexte social comme un élément qui est reflété par les autres. En même temps qu'il caractérise l'individu dans sa structure propre et dans ses mécanismes intimes de fonctionnement en situation sociale, l'habitus existe pour les autres comme la manifestation de son autonomie et de sa capacité d'entrer en relation.

L'habitus est la conjonction de ce qui fait l'être dans le moment et dans le lieu et de la manière dont il se reflète dans les relations sociales.

Signification de l'être vivant en situation sociale, l'habitus est inconscient. Il le caractérise globalement.

Rappelons que pour nous, la signification d'un phénomène, d'une chose ou d'un quelconque élément de la réalité extérieure aux individus, c'est ce qui en existe en dehors de la conscience que l'on peut en avoir : cette signification est donc, par définition, inconsciente. Le langage reflète cette signification. Sa fonction locutoire transporte cette signification qui est et reste inconsciente. Son sens (la forme qu'il revêt quand il émerge à la conscience) prend diverses formes : place, rôle, statut, responsabilités et même, dans une vision totale de l'être, physiologie somatique et psychique. Ce sens est véhiculé par

21. P. Bourdieu. *Les méditations pascaliennes*.

la fonction illocutoire du langage. Chacun donne à la réalité un sens qui lui est propre, tente de communiquer ce sens par le biais du langage et ne communique en définitive pour l'interlocuteur que le sens qu'il y mettra lui-même²².

Le sens est conscient. Mais outre qu'il est personnel à chaque individu en fonction de ses modèles mémorisés expérimentaux et culturels, il ne reflète qu'une partie de la réalité.

Le Naissant est donc un habitus tel que nous en empruntons la définition à Bourdieu, en l'élargissant un peu à sa dimension sociale, en construction pour l'être en soi qui se met en place en structure et en relation dans le monde, en formation pour son reflet dans les superstructures neuropsychiques de ceux qui prennent connaissance de son existence, le tout pendant toute la durée du processus de Naissance, n'atteignant sa complétude qu'à la fin de ce processus.

Au cours de la période de Naissance, la mise en forme de l'individu se fait sous deux contraintes :

- Le programme génétique donne la direction générale et met en place les éléments matriciels primordiaux de la construction de la structure.
- Les influences de l'environnement donnent la forme définitive de cette structure à laquelle elles impriment leurs effets.

Ceci est vrai et bien connu et accepté pour l'ensemble des structures somatiques. L'environnement imprimera sa marque :

- directement par des agents agressifs viraux, infectieux, parasites, chimiques (produits toxiques, drogues, médicaments), agents physiques (sons, radiations ionisantes),
- indirectement par les modifications de l'équilibre maternel (carences nutritionnelles, fatigue excessive, contraintes, stress).

Mais ceci est vrai aussi et surtout pour le système nerveux central dans lequel se structurent les fonctions nerveuses et psychiques supportées par des zones déterminées.

Un certain nombre d'entre elles requiert pour se développer les affects de l'environnement et leurs potentialités ainsi stimulées ne s'exprimeront de façon adéquate que dans une période déterminée des processus de Naissance.

Les zones visuelles ont une période de formation qui requiert les stimuli permettant leur mise en place. Un petit chat en parfaite santé à qui on coud les paupières à sa venue au monde et pendant quatre semaines, ne développera pas ses aires visuelles. Les paupières décousues, il aura des yeux en parfait état de fonctionnement mais il sera aveugle et de façon définitive. Au-delà de la période de quatre semaines de vie, la zone fonctionnelle ne se structurera pas. C'est pour cela que le petit chat est définitivement aveugle.

Les zones du langage sonore articulé nécessitent des sons pour se mettre en place. C'est la raison pour laquelle les sourds non dépités tôt et non traités seront muets.

Les zones du langage proprement dit en tant que base du fonctionnement de la conscience nécessitent le contexte social.

L'enfant loup des Cévennes, privé du contexte social humain, ne put jamais apprendre ni à parler ni à penser comme un humain. Génétiquement membre de l'espèce, il n'avait pas, en temps voulu, soumis ses aires spécialisées aux influences structurantes de l'environnement adéquat : privé de langage humain il était privé de pensée et de conscience, il n'avait pu accéder à son humanité. Il n'y accéda jamais.

L'organisme total psychosomatique (que Bourdieu appelle le corps et que je nomme psychosomatique)²³ laisse s'imprimer dans sa structure en formation tous les affects de l'environnement, qu'il soit physique ou social.

C'est donc bien l'habitus qui se met en place au cours de la période de Naissance, y compris la grossesse et l'accouchement.

C'est bien un habitus qui agit l'embryon puis le fœtus, mettant en place ses structures de façon programmée active.

L'inscription dans les corps est au commencement purement génétique. Les affects de l'environnement vont immédiatement imprimer les influences complémentaires et auront d'emblée valeur "d'expériences". L'expérience, comme processus d'interaction au niveau de l'individu, imprimera dans son être les affects de l'environnement et en constitue, au cours de cette période, la seule forme de mémorisation.

Au cours de la période de Naissance, il n'y a, par la définition même que nous en avons donnée, pas de mémoire (dixent les psys). Il n'y a que de la structure.

Ce qui s'imprime, y compris lorsque cela deviendra des sons articulés vecteurs de signification, c'est en structure que cela s'imprimera avec toutes les caractéristiques générales de l'expérience.

Cet habitus qui agit l'embryon, puis le fœtus, puis le nouveau-né est à ce moment *le sujet et l'objet* d'une expérimentation permanente qui inscrit dans le corps (organisme psychosomatique) les bases toujours renouvelées de fonctionnalités de plus en plus complexes.

Il se développe et se structure en interaction permanente avec l'environnement utilisant les potentialités génétiques pour mettre en place la totalité de son être avec laquelle il fonctionnera le restant de sa vie.

Au-delà de la période de Naissance, les expériences s'imprimeront différemment, non plus en structure mais en mémoire.

L'expérience aura alors la vertu de mettre en relation le langage (par lequel se transmet le savoir : l'expérience des autres) avec les propres perceptions du sujet, engendrant ainsi la connaissance. La mémorisation de l'expérience se fera sous la forme d'un reflet conscient.

L'habitus du Naissant, mis en place en structure au cours de la période de Naissance, constituera l'essentiel des "contraintes structurales" dans les limites desquelles, tout au long de sa vie il opérera ses actes de reconnaissance pratique et engendrera ses stratégies.

22. Tourné C.E. *Qui est-ce qui naît ?* Cahiers de l'Université de Perpignan. 1992. 3-90.

23. *Et s'il fallait du temps pour naître ? Op. Cité.*

→ **Regarder le Naissant en face**

Biologiquement, le Naissant est dénommé embryon, fœtus puis nouveau-né.

Socialement le Naissant est un habitus particulier agissant la biologie dans son processus de structuration. La fin du processus est l'accession de l'enfant à son humanité. Elle se fait en même temps que la mère accède à sa maternité, le père à sa paternité. L'acteur social qu'est le Naissant est en œuvre dès le début du processus de Naissance. Il n'acquiert de réalité sociale qu'au moment où il est reflété par les autres.

Seule la définition ainsi proposée de Naissant comme habitus en construction, comme acteur social en action dans un processus d'ontogenèse incontournable, qui conditionne non seulement son propre être mais aussi celui de ses proches, peut permettre de sortir de l'attitude normative et du comportement moralisateur. Elle seule peut permettre de rendre compte des attitudes individuelles et collectives concernant sa réalité, tant lorsqu'elle est attendue, espérée, résultat d'une programmation, réalisation d'un projet, que lorsqu'elle est refusée, niée, rejetée.

L'autodéfense de la mère contre ce Naissant non désiré est régie par la loi: l'IVG et l'Accouchement sous X permettant légalement à une femme de se prémunir contre les conséquences sur sa vie (responsabilités, rôle et statut) de ce processus gravidique non reflété comme tel.

Si ce Naissant s'avère non conforme, sa destruction est prévue par les textes de loi.

C'est bien comme acteur social indésirable qu'il sera détruit ou abandonné à son sort.

Pourquoi ne pas le reconnaître et lui accorder, dans le quotidien où sa structuration participe à la continuation de l'espèce et de la société, le statut d'acteur social que la Société implicitement lui applique quand il s'agit de le supprimer?

Il n'y a pas de logique à considérer que l'on peut supprimer un "fœtus" en bonne santé sous prétexte qu'il a un chromosome surnuméraire et ce jusqu'à la fin de la grossesse, et en même temps s'acharner à réanimer un "enfant" dont les chances de survie en bonne santé sont quasi nulles à 23 semaines d'aménorrhée sous prétexte que l'un est encore dans le ventre de sa mère et que l'autre en est sorti.

Eugénisme et acharnement thérapeutique ne font ainsi bon ménage que parce que l'on s'obstine à vivre comme si, au cours de la gestation, l'enfant n'existait pas en tant qu'être social, comme si la rupture de la venue au jour, le fait de se "donner à voir" lui conférait soudain la totalité des attributs de l'acteur social même si, objectivement, l'état de sa structure contredit cette position de principe.

L'avantage du concept de Naissance est de prendre en compte l'individu, non seulement dans ses droits imprescriptibles à la vie, à la considération, aux soins consciencieux, attentifs et conformes aux données acquises de la science mais aussi

LL

Le fait de regarder le Naissant en face était une incontournable nécessité. S'il en résulte pour notre pratique quotidienne une plus grande charge de responsabilité à tous les niveaux de décision, avec un plus grand inconfort pour certaines, cela ne me semble pas un obstacle.

77

dans ses potentialités propres, dans ses chances de survie optimale dans la société où il advient.

Les infirmes moteurs cérébraux auraient-ils plus de "valeur" intrinsèque que les trisomiques pour qu'on s'acharne à les produire au nom de l'éthique?

Ne sont-ils pas, chacun pour lui, des Naissants aux potentialités de développement d'une survie optimale obérée par des conditions particulières répondant à des "accidents" au cours du processus de Naissance? L'accident génétique est-il intrinsèquement plus dévalorisant que l'accident de grossesse conduisant à l'accouchement excessivement prématuré?

Poser les questions de cette manière ne conduit pas à des réponses simples et je n'aurai pas l'outrecuidance de prétendre détenir ou même proposer des règles ou des solutions. Par contre, cela impose de cesser de fonctionner avec, comme seul garde-fou éthique dans la prise en considération du Naissant, le fait qu'on le voit ou qu'on ne le voit pas, qu'il se donne ou ne se donne pas à voir. À l'ère de l'imagerie médicale où peu de chose échappe aux investigations, une telle attitude confine à la malhonnêteté.

Ne donnait-on pas dans ma jeunesse comme sujet de philosophie sur la responsabilité le meurtre d'un mandarin chinois qui mourait à l'autre bout du monde si l'on appuyait sur un bouton sans le connaître et sans le voir? Était contenue dans la question, l'idée implicite que le fait de ne pas voir pouvait peut-être atténuer la responsabilité.

Le plus simple pour ne pas voir est certes de regarder ailleurs ou de fermer les yeux.

Poursuivant notre réflexion sur la Naissance, il nous est apparu que le fait de regarder le Naissant en face était une incontournable nécessité. S'il en résulte pour notre pratique quotidienne une plus grande charge de responsabilité à tous les niveaux de décision, avec un plus grand inconfort pour certaines, cela ne me semble pas un obstacle. Bien au contraire en cette fin de millénaire, cela me paraît être un minimum. Alors, ceux qui comme moi, en sont persuadés comme ceux qui en doutent... •