



LES

LES DOSSIERS DE L'OBSTÉTRIQUE

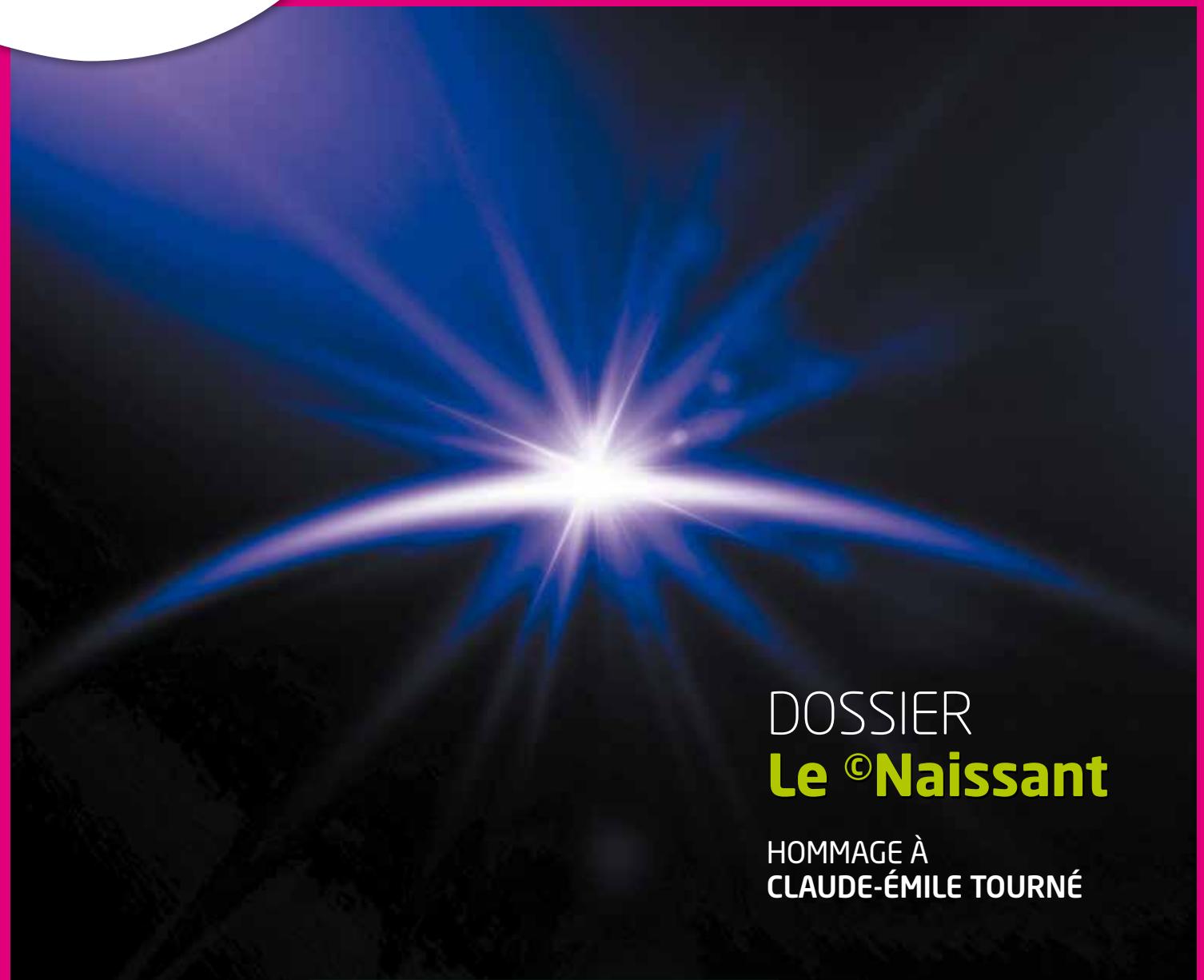


REVUE D'INFORMATIONS MÉDICALES
ET PROFESSIONNELLES DE LA **Sage-Femme**

471

JUILLET 2017

44^e année ISSN 0767-8293



DOSSIER **Le ©Naissant**

HOMMAGE À
CLAUDE-ÉMILE TOURNÉ

REPORTAGE

Simone Veil

PUBLICATION

L'éthique du *care*: une philosophie du soin?

FICHE TECHNIQUE

**La prévention du syndrome du bébé secoué
par les sages-femmes**

MANAGEMENT

L'accouchement "ambulatoire" ÉTUDE PILOTE

Évaluation de la faisabilité des sorties de maternité le jour même ou le lendemain de la naissance



GRANDIR NATURE

Votre partenaire de confiance
pour accompagner les mamans allaitantes

Numéro dédié aux professionnels : **03 88 50 07 99**



Grandir Nature est devenu en 10 ans la référence pour la location de tire-lait et le soutien aux mamans allaitantes.

Nos 10 modèles¹ hospitaliers et compacts sont à un tarif unique de 12,07² € par semaine et sont livrés dans toute la France sous 48 h.



Valérie, notre consultante en lactation et son équipe de conseillères sont à votre service pour toute question concernant l'allaitement ou l'utilisation du matériel :

Consultante-lactation@grandir-nature.com



NUMÉRO DÉDIÉ AUX MAMANS
APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE

N° Vert 0 800 622 833

DU LUNDI AU VENDREDI DE 8H15 À 19H00



GRANDIR NATURE

aider les mamans

leblogallaitement.com

www.grandir-nature.com

¹Tous nos tire-lait électriques sont des dispositifs médicaux de classe IIa qui portent au titre de cette réglementation le marquage CE.

²L'PPR : code 1105712 (12,07€) pour la location hebdomadaire ; code 1M0252 (6,04€) pour le set de pompage simple. Grandir Nature est un prestataire conventionné N° FINESS 672656030

COMITÉ DE RÉDACTION

RÉDACTEUR EN CHEF

Benoit LE GOEDEC, Sage-femme

SAGE-FEMME

Christine BUZENET, Sage-femme

CONCEPTION GRAPHIQUE

AGPA Éditions

12 rue du Quatre-Septembre
75002 Paris
Tél. 01 42 86 55 65 - Fax 01 42 60 45 35
agpaedit@wanadoo.fr

MARKETING - CONGRÈS ET PUBLICITÉ

Serge KEBABTCHIEFF et Adeline MARÉCHAL
serge.kebabtchieff@eska.fr et congres@eska.fr -
Tél. 01 42 86 55 65

ONT PARTICIPÉ À CE NUMÉRO

Marine HÉMON, Sage-femme
Sébastien KLAM, Docteur en théologie, Formateur en
Éthique - UFR Sciences Humaines et Arts - Metz
Jérôme JANICKI, Docteur en Histoire des Sciences
(Lens - 62)
Yvette WALLERICH, Sage-femme coordinatrice en
maïeutique, CHR Metz-Thionville
Marie-Paule STÉPHAN, Conception, réalisation,
suivi du numéro

FONDATEUR DE LA REVUE

JEAN OSSART

ÉDITION

agpaedit@eska.fr

ADMINISTRATION/ABONNEMENTS

adv@eska.fr

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

Serge KEBABTCHIEFF

PUBLICITÉ - CONGRÈS - COMMUNICATION

Adeline MARÉCHAL - Tél. 01 42 86 55 69
congres@eska.fr
Serge KEBABTCHIEFF - Tél. 01 42 86 55 66
serge.kebabtchieff@eska.fr

Éditions ESKA

12 rue du Quatre-Septembre
75002 Paris
Tél. 01 42 86 55 65 - Fax 01 42 60 45 35
<http://www.eska.fr>

Périodicité mensuelle 11 numéros par an.
Tous les mois sauf août.

Vente au numéro 8,50 euros

Tous droits réservés. Les articles et tableaux ne peuvent être reproduits qu'avec l'autorisation des auteurs et de la rédaction. Ceci recouvre : copie papier, intranet, internet, etc. L'ensemble des contributions constituant cette publication est la propriété exclusive des Éditions ESKA. Les articles n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs.

Revue adhérente au S.N.P.M., membre de la F.N.P.S.
Commission paritaire n° 0217 T 81395
Signataire de la Convention U.D.A. S.N.P.M.
Dépot légal : Juillet 2017

ABONNEMENTS
DOSSIERS DE L'OBSTÉTRIQUE
Tél. 01 42 86 55 65 - Fax: 01 42 60 45 35
www.eska.fr - adv@eska.fr

SOMMAIRE

471 - JUILLET 2017

02 ÉDITO

BENOÎT LE GOEDEC

02 REPORTAGE

Simone Veil

BENOÎT LE GOEDEC



06 PUBLICATIONS

L'éthique du care :
une philosophie du soin ?
SÉBASTIEN KLAM

33 FICHE TECHNIQUE

La prévention du syndrome
du bébé secoué par les
sages-femmes
MARINE HÉMON

34 COMMUNIQUÉS

LES ANNONCEURS

C2 Grandir Nature

C3 PLIM

C4 Medela

11 Matilia

46 Association Nationale
Natation & Maternité

46 ANSFL

46 Institut Naissance
& Formation

47 Médieformation

Photo de couverture ©Bitter- Fotolia.com

2 Encarts jetés Eska - Programmes des Journées Jean Cohen et du Forum Sein 2017.

Programme du IV^e Congrès
"Je suis la sage-femme"
10-11 novembre 2017

P. 3

Pour vous abonner, retournez-nous le bulletin en page 48.

Par Benoît Le Goedec,
Rédacteur en Chef

C E NUMÉRO EST PARTICULIER.

Il est hommage. Double hommage. Un à Simone Veil qui, pour tous mais particulièrement pour nous, a été le relais de toutes celles qui ont milité pour que cessent les IVG clandestines en portant leur légalisation.

Elle peut être un exemple d'intelligence, d'engagement et de ténacité. Mais aussi de résilience, d'espérance et de possibilités. Elle peut servir d'exemple aux nécessaires valeurs de justice et de solidarité qui doivent nous animer aujourd'hui.

L'autre à Claude-Émile Tourné, moins connu de tous, un des fondateurs des *Dossiers de l'Obstétrique*. Il fut gynécologue-obstétricien, ostéopathe, acupuncteur. Il est un théoricien matérialiste novateur de la gestation, de la naissance et de la petite enfance. Il partageait son activité entre Perpignan et la Corse de l'Afrique où il s'était engagé contre la mortalité des femmes.

Il fut un des premiers à penser le fœtus, ses droits, sa dignité et son nécessaire respect. Il le fut sans négliger les droits de la femme et sa liberté. Il l'a appelé le Naissant, le tout-petit qui fait un homme, comme il le sous-titre sur un de ses ouvrages.

Il a aussi écrit la femme dans *Femme, féminité, féminitude*, où chaque ligne est la vie d'une femme.

Nous vous livrons donc un dossier spécial reprenant ses écrits principaux. Et s'il existe quelques évolutions obstétricales depuis, et que la société a pu changer, le concept de Naissant reste d'actualité et réactive la pensée. Cela permet alors, pour son respect et son accueil, de penser la naissance et la femme dans un ensemble. •

Simone Veil

SIMONE VEIL EST MORTE À L'ÂGE DE 89 ANS.

Les hommages affluent et font l'unanimité.

Simone Veil incarne pour toutes les générations qui l'ont connue et celles à venir, l'espérance en l'humanité au-delà de ses failles et de ses faiblesses. La possibilité du renouveau, la confiance dans tout ce qui peut être bon et perfectible en l'Homme et la résilience de ceux qui y croient.

Elle est une femme libre et de liberté. Une démocrate.

« Malgré un destin difficile, je suis, je reste toujours optimiste. La vie m'a appris qu'avec le temps, le progrès l'emporte toujours. C'est long, c'est lent, mais en définitive, je fais confiance. »

L'histoire des femmes, leur lutte qu'elle symbolise avec sa loi sur l'IVG de 1974, correspond à sa pensée.

Simone Veil est issue d'une famille bourgeoise du siècle dernier. Après avoir vécu à Paris, ils s'installent à Nice. Son père est architecte reconnu ayant reçu le Prix de Rome. Il estime à Nice les opportunités professionnelles plus grandes.

Simone Veil raconte avoir gardé un souvenir doux de son enfance. Sa mère avait laissé de côté ses études de chimie pour suivre son mari. Elle a alors tout donné à ses enfants.

« Je n'aimais pas l'idée qu'il impose ses goûts à maman, ce sentiment de dépendance, cela m'exaspérait. »

Dernière de quatre enfants, Simone est insoumise, déjà affirmée et rebelle.

Marié à 19 ans à Antoine, un camarade d'études de Sciences-Po, mère un an après. Après avoir eu les deux enfants suivants, à force de discussions, elle réussira à faire en sorte que son mari, dont elle est profondément amoureuse, lui permettre d'être magistrate. Il lui avait refusé d'être avocate et aurait souhaité qu'elle ne travaille pas.

Mais auparavant, sa vie avait basculé dans l'horreur avec une déportation à Auschwitz. Le 15 avril 1944, quelques jours après avoir passé les épreuves du



Photo: Wikipedia

Simone Veil en 1984

baccalauréat, à 16 ans, Simone et sa mère arrivent au camp d'Auschwitz-Birkenau. Elle s'appellera désormais Sarah, et sur son bras est tatoué le numéro 78651. Les mouvements de la guerre les font être changées de camp. Sa mère mourra dans l'un des voyages. En avril 1945, les troupes anglaises entrent là où elle est encore prisonnière, à Bergen-Belsen.

Simone Veil était belle ; un regard limpide, de longs cheveux noirs. Elle raconte que sa beauté l'a protégée, une femme kapo lui disant « tu es trop belle pour mourir ici » et l'ayant dirigée vers un camp moins dur avec sa mère. Sa mère qui, très malade dans ces convois, l'a toujours soutenue.

« Je crois toujours que cela sert à quelque chose de se battre. Et quoi qu'on dise, l'humanité aujourd'hui est plus supportable qu'hier. »

Elle n'a jamais arrêté ensuite, pour vivre, pour travailler, pour sa loi, pour l'Europe. Sa dernière apparition publique politique était pour le mariage pour tous.

Après être devenue magistrate, elle obtient un poste dans l'administration pénitentiaire, qu'elle quitte ensuite en 1964 pour les affaires civiles. Elle devient Secrétaire générale du Conseil Supérieur de la Magistrature en 1970.

En 1974, elle devient ministre de la Santé, sous la présidence de Valérie Giscard d'Estaing. Centriste, Simone Veil n'apprécie pas bien ce président mais accepte quand même de devenir ministre. Et sa vie en sera définitivement marquée. Le ministre de la Justice étant défavorable à une promesse de campagne du nouveau Président, la dépénalisation de l'avortement, c'est elle, à la Santé, qui va porter le projet.

Suite p. 5 >

IV^e Congrès “JE SUIS LA SAGE-FEMME” 2017

LA SAGE-FEMME ET LE CORPS

Vendredi 10 & Samedi 11 novembre 2017

Lieu : Institut du Cerveau et de la Moelle Épinière
Hôpital Pitié Salpêtrière, 47 boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris

PSYCHANALYSE ET SEXUALITÉ

Le corps hystérique de la fin du XIX^e, le corps glacé du déni de grossesse contemporain. Comment la sage-femme reconnaît le désir, le refuse ou l'exalte.

HISTOIRE

La naissance d'un corps professionnel, les sages-femmes. Le corps à corps avec le pouvoir médical, soumission et transgression.

PHILOSOPHIE

La naissance du corps féminin dans la modernité, le corps de la femme devient objet médical. Corps vulnérable, corps réparé, transformé, augmenté : réflexion sur la greffe utérine.

“JE SUIS LA SAGE-FEMME” 2017

L'Association « Je suis la sage-femme » s'associe à la revue « Les dossiers de l'obstétrique » afin de s'interroger sur le rapport de la sage-femme et du corps, le sien, celui de la femme, de la mère, du fœtus, du nouveau né, le corps physique, imaginaire, politique, le corps psychique et le corps vulnérable. Nous questionnons les sciences humaines les mythes et les religions ainsi que l'art pour approfondir notre recherche des identités de la sage-femme et de ses troubles ou de ses souffrances, de ses pouvoirs aussi. Avec toujours ce questionnement sur notre identité : la sage-femme a-t-elle un corps ? Nous vous proposons de réfléchir sur les sujets ci-contre :

LE RELIGIEUX

Corps sacré, corps profane, la représentation de la Vierge dans la peinture de la Renaissance.

SOCIOLOGIE

La sage-femme instrument et acteur de la biopolitique : réflexion autour du contrôle des corps féminins en prison. La représentation biopolitique du corps féminin dans les médias contemporains, Femen et Niqab.

ART ET MODE

Réflexion sur la représentation comparée du corps féminin pour le créateur en Haute couture et pour la sage-femme.

Voici quelques thèmes du prochain colloque... et aussi
LA MAÏEUTIQUE - LE GENRE - L'ANTHROPOLOGIE ...

PRÉSIDENTS DU COMITÉ SCIENTIFIQUE

HÉLÈNE DE GUNZBOURG et BENOÎT LE GOEDEC

Des journées du centre de Formation des Editions ESKA de la revue DO, organisées avec le concours de l'association «Je suis la sage-femme»

Inscription CFEE adressée aux Editions ESKA-CONGRÈS

Contacts : Serge KEBABTCHIEFF – Adeline MARECHAL, 12, rue du Quatre-Septembre, 75002 Paris
Tél. : 01 42 86 55 69/79 - Fax : 01 42 60 45 35 - E-mail : congres@eska.fr - Site : www.eska.fr



IV^e Congrès

“JE SUIS LA
SAGE-FEMME”

2017

LA SAGE-FEMME ET LE CORPS

AUDITORIUM DE L'INSTITUT DU CERVEAU ET DE LA MOELLE ÉPINIÈRE –
HÔPITAL DE LA PITIÉ SALPÉTRIÈRE
47 BOULEVARD DE L'HÔPITAL - 75013 PARIS

Nous interrogeons le rapport de la sage-femme et du corps, le sien, celui de la femme, de la mère, du fœtus, du nouveau né, le corps physique, imaginaire, politique, le corps psychique et le corps vulnérable. Nous questionnons les sciences humaines les mythes et les religions ainsi que l'art pour approfondir notre recherche des identités de la sage-femme et de ses troubles ou de ses souffrances, de ses pouvoirs aussi. Avec toujours ce questionnement sur notre identité: la sage-femme a-t-elle un corps ?

PRÉ-PROGRAMME LA SAGE-FEMME ET LE CORPS

VENDREDI 10 NOVEMBRE

MATIN

Corps, philosophie, société et religion

- Le corps des femmes comme monnaie d'échange fondement des sociétés.
- Naissance du corps féminin dans la modernité.
- Le corps de la femme objet de la technique, sondé, réparé, transformé augmenté.
- Corps sacré, corps profane, la vulnérabilité et la pudeur

APRÈS-MIDI

Corps, arts, politique et psychanalyse

- Numéros de cirque/danse.
- Le corps en scène: enjeu de lutte et de pouvoir pour le comédien, pour la sage-femme.
- Contrôle des corps en prison; la double peine pour les mères.
- Le corps hystérique de Charcot et Freud, le corps glacé du déni de grossesse contemporain.
- Les organes médiateurs de la naissance.

SAMEDI 11 NOVEMBRE

MATIN

Corps, genre et sexe

- Le corps des femmes dans l'espace public.
- Accueillir un enfant nécessite-t-il de lui assigner un genre?
- L'identité trans-genre?
- La sage-femme a-t-elle un corps?
- La naissance d'un corps professionnel, les sages-femmes.

APRÈS-MIDI ATELIERS/ÉCHANGES

INTERVENANTS Noëlle CHATELET (écrivain, philosophe), Mathieu LE MENTEC (infirmier, sociologue, président du GISS), Dominique FOLSCHEID (philosophe), Jacques GELIS (historien), Nathalie SAGE-PRANCHERE (historienne), Jean-Christophe DUTREY (professeur de théâtre, metteur en scène), Coline CARDI (sociologue), Hélène de GUNZBOURG (sage-femme, philosophe), Benoît LE GOËDEC (sage-femme, philosophe, coach), Céline PUILL (sage-femme, sociologue), etc.

Comité d'organisation Hélène de Gunzbourg, Benoît Le Goëdec, Elisabeth Meunier, Maï Le Dû, Céline Puill.

BULLETIN D'INSCRIPTION

LA SAGE-FEMME ET LE CORPS

À remplir et à retourner impérativement à: CFEE - Congrès - 12, rue du Quatre-Septembre - 75002 Paris - Tél.: 01 42 86 55 79 -
Fax: 01 42 60 45 35 - Email: inscription et renseignements: congrès@eska.fr

Coordonnées (en majuscules)

Nom Prénom

Adresse

Code postal Ville

Pays Spécialité

Tél.: Fax:

E-mail (impératif).....

Transports

Pour obtenir la réduction Congrès sur le réseau France:

SNCF oui non AIR FRANCE oui non

Frais d'inscription

(hors déjeuners)

Prix	Avant le 30/09/17	Après le 30/09/17
<input type="checkbox"/> Sage-femme	150 €	180 €
<input type="checkbox"/> Etudiant-e	50 €	50 €
<input type="checkbox"/> Médecin	230 €	250 €
<input type="checkbox"/> Entreprises	280 €	300 €
<input type="checkbox"/> Abonnés aux DO 2017	100 €	100 €
<input type="checkbox"/> Déjeuner du 10/11/17	30 €	30 €
<input type="checkbox"/> Déjeuner du 11/11/17	30 €	30 €

Total

Paiement

Je joins la somme de: €

Chèque à l'ordre de CFEE.

Virement: BNP Paribas - Paris Champs Élysées (00804) à l'ordre de CFEE - Compte n° 30004 00804 0010139858 36
Code IBAN: FR76 3000 4008 0400 0101 3985 836

Carte de crédit
 visa mastercard
Carte N°
Date d'expiration

Date et signature



Journée du Centre de Formation des Editions ESKA

Inscription CFEE adressée aux Editions ESKA-CONGRÈS

Contacts : Serge KEBABTCHIEFF – Adeline MARÉCHAL

12, rue du Quatre-Septembre, 75002 Paris,

Tél. : 01 42 86 55 69/79 - Fax : 01 42 60 45 35 - E-mail : congrès@eska.fr - Site : www.eska.fr

AGRÉÉ PAR LE CONSEIL RÉGIONAL DE FORMATION MÉDICALE CONTINUE - CFEE : N° 11753436775

Un combat difficile qu'elle mènera jusqu'au bout malgré les insultes et les injures d'une droite conservatrice et d'une autre antisémite.

« La constance de la reconnaissance à mon égard pour cette loi m'étonne toujours et je continue de penser que la loi Neuwirth autorisant la pilule est beaucoup plus importante ».

Et elle manifestera, non sa fierté mais sa satisfaction, « parce que c'était important pour les femmes ».

Nous avons tous en mémoire cette femme, le visage entre les mains, sur les bancs de l'Assemblée. « Je ne pleurais pas, j'étais fatiguée » expliquera-t-elle aux journalistes. « Quand je suis rentrée chez moi, après que la loi ait été votée à 3 h 30 du matin par 284 voix contre 189, des égrediens de chapelets m'attendaient pour me couvrir d'insultes ».

« Je ne suis pas militante dans l'âme, mais je me sens féministe, très solidaire des femmes quelles qu'elles soient... ».

Convertissant son mari à l'égalité des sexes, s'engageant pour la liberté de choix des femmes en imposant la légalisation de l'avortement, devenant la Présidente du premier Parlement Européen en 1979 car croyant en une puissance du rassemblement des nations contre les guerres, son histoire la place dans une des grandes figures du féminisme.

Partout, Simone Veil est écoutée. Elle a une posture, une présence qui s'impose et impose. Tout le monde sait qu'elle est là, et que si elle est là, c'est une preuve que l'on peut résister à tout et tout franchir.

Toujours directe, sans compromis, elle méprise les hommes politiques qui ne savent pas faire preuve de constance et « capables d'énoncer avec la même assurance une chose et son contraire, uniquement préoccupés de leur propre avenir ».

Et elle ira s'opposer à sa propre famille quand ses idées le nécessiteront, sans pour autant se renier. Elle critiquera l'annonce par Nicolas Sarkozy d'un ministère de l'Immigration et de l'Identité nationale, préférant un ministère de l'Immigration et de l'Intégration, la diversité ne pouvant se faire sur une base ethnique.

Elle sera nommée Grand Officier de la Légion d'Honneur en 2009, puis entrera à l'Académie Française en 2010.

Elle restera dans la mémoire des Français. Femme forte, tenace, déterminée, émancipée, libre.

LA SHOAH

Elle a toujours voulu en parler mais peu l'écoutaient. Elle était la première présidente de la Fondation pour la Mémoire de la Shoah. Elle est devenue l'incarnation des survivants. Elle en parlait toujours avec les mots justes, avec précisions dans chacun de ses mots choisis.

Mais pour Simone Veil, défendre cette mémoire n'avait rien de communautarisme. Son message, son témoignage s'adressaient à toute l'Humanité et pas seulement aux Juifs. « C'était sa force. Elle disait qu'elle avait côtoyé la part la plus sombre de l'Humanité mais aussi sa part la plus lumineuse. Et c'est à cette part que Simone voulait faire confiance » témoigne le grand Rabbin de France, Haïm Korsia dans *Libération*.

Toutes les injustices, les atteintes à la dignité lui étaient insupportables.

Et elle avait une grande peur : que certains relativisent et ne montrent que la Shoah n'était qu'un génocide parmi tant d'autres...

LA LOI SUR L'IVG

Texte phare auquel elle est éternellement associée.

Le 5 avril 1971, dans un manifeste, 343 femmes déclarent publiquement avoir avorté.

En 1972 se déroule le procès de Bobigny où l'avocate Gisèle Halimi défend cinq femmes jugées pour avoir aidé à avorter une jeune fille dénoncée par son ex-petit ami qui l'avait violée. Gisèle Halimi en a fait un débat de société et un débat politique.

En 1973, 331 médecins déclarent avoir pratiqué l'IVG.

Un premier projet de loi avait été repoussé.

Simone Veil choisira de présenter sa loi comme un enjeu de santé publique face au nombre de décès de femmes faisant suite aux avortements clandestins. C'est pourquoi Françoise Giroud, Secrétaire d'État à la Condition Féminine n'y est pas associée. Et cela évite à Simone Veil de se présenter comme féministe et donc d'aller sur les terrains philosophique et politique.

Le 26 novembre 1974, elle monte à la tribune. Devant 9 députées femmes pour 481 hommes.

« Nous ne pouvons plus fermer les yeux sur les 300 000 avortements qui, chaque année, mutilent les femmes dans ce pays, bafouent nos lois et humiliuent ou traumatisent celles qui y ont recours. »

La loi est adoptée essentiellement grâce aux voix de gauche et du centre. Les deux tiers des députés de la majorité votent contre.

La loi est promulguée pour 5 ans le 17 janvier 1975 et rendue définitive par la loi du 31 décembre 1979.

Mais ce n'est qu'en 1982 qu'Yvette Roudy permet le remboursement par la Sécurité sociale et en 1993 qu'est instauré le délit d'entrave, étendu aux sites Internet en février 2017. La notion de détresse est supprimée de la loi en 2014.

Cette loi est acquise mais la vigilance reste de mise. Les manifestations anti-IVG n'ont jamais cessé. Nous devons donc rendre compte de l'héritage de Simone Veil en permanence pour défendre ce droit.

« Simone Veil a délié la vie de la mort et la mort de la vie », dit Geneviève Fraisse, philosophe, lors de son hommage. « Avorter n'est pas tuer, c'est accepter de vivre. Et en faire un droit c'est inscrire dans l'histoire humaine l'extraordinaire tension entre le désir des corps qui s'unissent et le choix de chaque conscience »

LE HANDICAP

Simone Veil a aussi présenté en 1975 la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées. Ce fut le texte fondateur de toutes les avancées futures.

Il acte le droit au travail, à l'intégration scolaire et sociale, garantit un minimum de ressources et définit les premières obligations d'accessibilité des bâtiments publics.

L'EUROPE

Simone Veil fut la première Présidente du Parlement Européen élue au suffrage universel.

C'était pour elle une conviction même si elle ne fut jamais chargée de dossiers.

Elle fut un symbole de la réunification franco-allemande afin de tourner la page des deux guerres.

Mais le Parlement n'avait pas, à cette époque, les droits et les pouvoirs qu'il a actuellement. Et si elle n'y a pas eu une grande action politique, l'Europe reste pour elle, une des choses les plus réussies de ces dernières décennies. •

L'éthique du *care*: une philosophie du soin?

« Le soin, c'est la vie »! Ces quelques mots visibles sur les affiches publicitaires de Nivea® à l'occasion de la célébration du 100^e anniversaire de la marque au cours de l'année 2011, traduisent l'importance accordée au(x) soin(s) durant la vie. Peut-il y avoir, en effet, une vie sans soin(s)? Évoquer ce terme renvoie autant au(x) soin(s) donné(s) qu'au(x) soin(s) reçu(s), quelle qu'en soit par ailleurs la nature.

Des professions liées directement à la mise en œuvre d'une démarche soignante acquise à travers un savoir-faire et un savoir-être, aux citoyens offrant une présence gratuite et désintéressée auprès des autres, nous pouvons constater que le soin ne peut demeurer étranger à l'épanouissement et au maintien de la vie.

Cela revient à considérer qu'il y a, dans le soin, une volonté manifeste de soutenir l'autre et de s'en faire un allié au regard d'une humanité soumise bien des fois à des contraintes et des limites. Alors que nos sociétés occidentales vivent un profond paradoxe entre, d'une part, un individualisme croissant habité d'une vision parfois utilitariste de la vie et, d'autre part, la nécessité d'un secours apporté à celui qui ploie sous le poids du jour, le soin semble apparaître comme un trait d'union incontournable entre une vie qui se délite et une vie capable d'exprimer soutien et réconfort.

Dans les pires moments de l'histoire collective et personnelle, nous devrions admettre que demeure cette capacité propre à l'homme de se rendre solidaire de l'autre, lui manifestant l'offrande de quelque temps de fraternité visant le relèvement et la réconciliation de l'existence avec elle-même. On pourrait s'appuyer, à ce titre, sur les écrits du poète et résistant français Robert Antelme ou encore l'écrivain italien Primo Levi, survivant de la Shoah, pour reconnaître à la suite de Marie-Françoise Laval-Hygonenq que « *La pulsion d'auto-conservation, arrimée à la certitude de la mort, soutient la "revendication forcenée de rester jusqu'au bout des hommes". [...] Ne pas se couper des "copains", de ceux qui se reconnaîtront jusqu'au bout comme un être singulier, vous appelleraient par votre prénom et sauront recevoir et renvoyer ce qui du profond de l'être se projette à sa surface [...]* ». Nous découvrons ainsi l'idée maîtresse apportée par l'auteure, à savoir que « *l'affirmation du prix de la vie devient l'ultime résistance de l'homme* »², signe que l'attention à l'autre, le besoin de se serrer les coudes et d'affronter les tempêtes en gardant toujours au cœur la certitude de la présence de la vie, fût-ce sous les hâillons d'une déshumanisation qui guette, constitue et valorise l'esprit du soin.

Comment, dès lors, penser la notion de *care* en référence à cette lutte toujours affirmée d'un soin visant et fondant une éthique de la vie fragile et vulnérable ?

Trois points se dégagent et méritent d'être explicités :

1. Quelle définition donner au *care*?
2. De la question du genre à l'éthique du *care*: regard sur les développements historiques du rapport au *care*.
3. Éthique du *care* et éthique de la vulnérabilité: une nouvelle approche philosophique du soin?

1 QUELLE DÉFINITION DONNER AU CARE?

Il n'est pas rare de distinguer habituellement *cure* et *care*, selon la terminologie anglo-saxonne. En langue française, cette tâche s'avère plus difficile tant la traduction de ces mots, donnant celui de "soin", peut signifier tout à la fois une même réalité ou plusieurs d'entre elles. Néanmoins, nous admettrons bien volontiers que l'un et l'autre, parce qu'ils restent complémentaires, rendent compte d'une prise en charge particulière d'une personne en demande de soins. Avec l'écrivain français Jean Lombard³, il faudra reconnaître que le terme grec *epimeleia* considéré comme le fait de « *s'occuper de* » l'autre, en l'assistant, le surveillant, reste orienté vers le soin du corps et des traitements médicaux⁴, alors qu'à la suite de Platon et le Livre X des lois, le mot *épimelès*, « *celui qui prend soin ou dont on prend soin* », vise un soin plus large que celui orienté vers la seule santé physique. De même, l'auteur poursuivra en montrant encore que *cura* désigne les affaires d'un pays, le souci, l'inquiétude, la préoccupation de l'esprit (*curabilis* signifie *tout ce qui peut être guéri*), tandis que *curare*, tant le soin du corps que le soin d'une

1. Laval-Hygonenq Marie-Françoise, « *Du fonctionnement psychique de survie dans l'univers concentrationnaire* », Zaltzman Nathalie, *La résistance de l'humain*, Paris, PUF, 20062, p. 23-33.

2. *Ibid.*, p. 41.

3. Lombard Jean, « *Aspects de la technie : l'art et le savoir dans l'éducation et dans le soin* », *Le Portique*, 3/2006, p. 5-6.

4. Il serait intéressant de rappeler l'étymologie de traitements et de soins : traiter est issu du verbe *trahere*, qui signifie « *tirer* », portant cette idée de sortir d'un lieu, d'un état dans lequel on se trouve enfermé. On y distingue d'emblée l'expression d'un travail, parfois long et pénible, demandant des efforts nourris pour arriver à ses fins. Le soin, quant à lui, vient du francique sunni signifiant le souci, le chagrin. On retrouve l'idée déjà développée au Moyen-Âge à travers le terme *soniare*, de pourvoir aux besoins de quelqu'un, à travers une présence douce au sein de laquelle l'efficacité n'est pas première mais la qualité d'une attention et d'une présence. Le soin renvoie à l'idée de maternage dont les nouveau-nés sont l'objet mais aussi les vieillards.

personne. De façon plus globale, le soin apparaît comme un savant mélange entre l'*épimeleia* et la *therapeia* grecque.

Penser le *care* revient donc à l'interpréter en référence au *cure*, considérant dès lors que « *le soin technique, ou curatif (le cure) est également l'occasion d'une relation, d'un prendre soin (le care)* »⁵. Ainsi, comme l'écrira le docteur Bertrand Galichon, le *cure* et le *care* se déterminent autour de l'idée de « *faire du soin* » et du « *prendre soin* »⁶, dénominateur commun visant à donner à la personne fragile et vulnérable la place qui lui revient au sein de la société avec ce que cela suppose comme possibilité d'expression des capacités qui lui sont propres.

Cette démarche fera dire à la psychologue Pascale Molinier que le *cure*, littéralement « *guérir* » et lié à un traitement plus ou moins invasif ayant pour but la sortie d'une maladie ou affection, est dépassé par un *care* compris comme une attention de chaque instant à l'autre⁷. À l'aune de cette distinction, on comprend que le *care* ne peut souffrir d'une définition limitant sa signification et son application. Le penser comme une bienveillance, une présence, un art de l'écoute et de l'accompagnement forgé sur une empathie permet de saisir que le *care* dépasse largement les seules situations nécessitant des soins médicaux.

Avec ce terme mis en avant dans des projets aussi vastes que l'écologie, l'économie ou encore la politique comme ce fut le cas en 2011 avec Martine Aubry alors première secrétaire du Parti socialiste⁸, nous nous situons au carrefour d'une manière d'être et de vivre signe que « *prendre soin de l'autre, ce n'est pas penser à l'autre, se soucier de lui de façon intellectuelle ou même affective, ce n'est même pas nécessairement l'aimer, c'est faire quelque chose, c'est produire un certain travail qui participe directement du maintien ou de la préservation de la vie de l'autre, c'est l'aider ou l'assister dans des besoins*

*primordiaux comme manger, être propre, se reposer, dormir, se sentir en sécurité et pouvoir se consacrer à ses intérêts propres. [...] Alors que le *cure* ne concerne que les personnes malades, le *care* concerne tout un chacun, du début de la vie jusqu'à la fin. Pas de possible sans *care** »⁹. La dimension propre du *care* est de rappeler que chacun de nous peut devenir un soignant dans la mesure où, subvenant aux besoins d'autres personnes (malades, pauvres, dépendantes, handicapées, etc.), c'est de soin qu'il s'agit, inscrivant ainsi dans le temps une présence fondamentalement à leur service et, par eux, au service de la société. Le *care* concerne donc un ensemble de préoccupations humaines et sociales relatives au monde dans lequel nous vivons, sans pour autant lui assigner des frontières limitant son action à la seule sphère privée. Avec le *care*, nous nous situons au cœur des vulnérabilités et fragilités, ramenant dès lors la pratique quotidienne de l'homme à ce que le philosophe Ludwig Wittgenstein nommait le « *sol raboteux de l'ordinaire* »¹⁰. Comprendre que le *care* s'insère au sein de situations complexes, habitées par la dépendance et la fragilité, suppose de saisir l'intérêt de rétablir du lien social percevant l'humanité comme la volonté de donner à l'homme la possibilité de toujours s'accomplir au sein de relations sociales capables de forger son devenir et sa raison d'être. Si les « *gens vulnérables n'ont rien d'exceptionnel* »¹¹ comme le souligne la sociologue Patricia Paperman, parce qu'il s'agit là de notre humaine condition fondant la « *solidarité des ébranlés* » selon les beaux termes du philosophe tchèque Jan Patocka, « *le care consiste donc à porter attention à cette vulnérabilité et à agir pour prendre soin des autres. Il a pour opposé l'indifférence relativement à la faiblesse et à la souffrance des autres (I don't care)* »¹². L'être humain, naissant fragile et vulnérable, nécessite du premier instant jusqu'au dernier l'expression active d'un *care* qui

renvoie à « *un ensemble d'activités à la limite du manager, du sanitaire, du social et de l'éducatif, et il englobe tout ce qui fait de nous des êtres humains, c'est-à-dire à la fois substance biologique, et des éléments comme le bien-être, la qualité de la vie, les affects, les relations, etc.* »¹³. Penser le *care* revient donc à le lier tant aux données fragiles et vulnérables de la condition humaine, qu'au caractère relationnel de celle-ci, dans les champs propres du monde de l'enfance, de la vieillesse, du handicap, de la maladie et du travail social compris dans sa globalité. Une société du soin grâce au concours de pourvoyeurs (euses) de soins, voilà ce à quoi tend le *care*, n'agissant pas seulement pour la personne soignée (ce qui est habituellement plutôt propre au *cure*), mais aussi avec elle. Denis Piveteau, ancien secrétaire des ministères chargés des affaires sociales, le confirmait tandis qu'il écrivait à propos d'une présence et d'une proximité active que « *faire avec* » doit se comprendre dans le sens « *qu'on donne quelquefois à ces deux mots dans l'expression qui les fait prononcer de manière désabusée : il faut bien "bien faire avec" ! Il faut accepter la présence d'un certain état d'incapacité ordinaire, et venir au secours de celui qui le supporte, non pas pour le faire disparaître, mais pour le supporter avec lui en en partageant le fardeau* »¹⁴. Néanmoins, force est de constater que la prise en compte de ce nouveau champ du soin traduit une lente évolution de la pensée issue notamment des travaux des psychologues et féministes américains dès les années 1970.

2 DE LA QUESTION DU GENRE À L'ÉTHIQUE DU CARE: Regard sur les développements historiques du rapport au care

À partir de ses recherches en psychologie morale, notamment ce qu'il appelle le dilemme de Heinz et les enquêtes réalisées exclusivement auprès de sujets masculins >

5. Graftiaux Jean-Pierre, *Le soignant et sa conscience*, Paris, Ed. Seli Arslam, 2011, p. 40.
6. Galichon Bertrand, « *À propos du soin. Le volontaire entre savoir et connaissance* », Ars Bernard (dir.), *Fragilité, dis-nous ta grandeur*, Paris, Cerf, 2013, p. 187.
7. Molinier Pascale, *Le travail du care*, Paris, La Dispute, 2013, p. 103.
8. Lors d'une interview sur le site *Mediapart* le 15 avril 2010, Martine Aubry évoquait le projet du Parti Socialiste et avançait quelques idées dont celle consistant à rechercher « *une société du bien-être et du respect, qui prend soin de chacun et prépare l'avenir* »

in <http://www.mediapart.fr/journal/france/020410/la-gauche-que-veut-martine-aubry>. Cette façon de voir lui valut par certains journalistes, dont Jean-Michel Apathie, le prix de la "nunucherie". (Robinet Violette, « *Aphatie moque la "nunucherie", les journalistes défendent Aubry* », in http://www.lexpress.fr/actualite/politique/aphatie-crie-a-la-nunucherie-et-recole-une-volee-de-bois-vert_886391.html).

9. Paperman Patricia, Laugier Sandra, *Le souci des autres. Éthique et politique du care*, Paris, Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences sociales, 2005, p. 301.
10. Cité in Laugier Sandra, « *Le care : enjeux politiques*

d'une éthique féministe », Raison publique, n° 6, avril 2007, p. 30.

11. *Ibid.*, p. 19.

12. Delassus Éric, « *L'éthique du care. Vulnérabilité, autonomie et justice* », http://hal.archives-ouvertes.fr/docs/00/70/90/ethique_du_care.pdf, p. 3-4.

13. Joseph Rose-Myrie, « *Le care : entre relations et rapports sociaux au travail* », <http://www.unil.ch/webdav/site/liege/shared/TexteRoseMyrieJoseph.pdf>.

14. Piveteau Denis, « *Soigner ou Prendre soin ? La place éthique et politique d'un nouveau champ de protection sociale* », Laennec, 2/2009, p. 20-21.

(ce qui limite de fait leurs conséquences), Lawrence Kohlberg met en relief un développement moral différent entre les hommes et les femmes. Selon l'échelle qu'il établit, il montrera que le développement moral féminin se traduit au sein de relations interpersonnelles forgées sur la bonté et le plaisir procuré par l'aide apportée aux autres, ce qui pourrait se traduire par une éthique de la préoccupation ou du *care*. Le développement moral masculin, quant à lui, s'articulera autour de règles précises habitées de principes universels de justice. La pensée de Kohlberg n'a, en soi, rien d'étonnant quand on sait qu'elle rejoint l'idée d'un paternalisme bien ancré dans la société dans laquelle il vit, faisant souvent encore des femmes des "exécutantes" des ordres masculins. Les années 1960 ont quelque peu changé la donne en intégrant le fait d'un bouleversement social libérant les femmes de la contrainte masculine. On retrouve dès lors l'importance qu'ont revêtu certains mouvements féministes qui, dans la grande pluralité d'expressions qui leur étaient propres, visaient l'émancipation des femmes et la possibilité de pouvoir réaliser des choix indépendamment des contraintes masculines jusque-là très prégnantes. Kohlberg ouvre donc le champ à une perception du *care* qui placera les femmes dans une posture novatrice en termes d'indépendance et de revendication de leurs droits.

À ce titre, la perception d'une éthique féminine a eu un écho favorable dans la réflexion de la philosophe et féministe Nel Noddings concevant « *l'éthique de la sollicitude à partir du paradigme de la relation mère/enfant* », tout en considérant la maternité comme « *l'expérience biologique et psychologique spécifique capable de servir de socle à une conception de la coopération sociale qui consiste à prendre soin des autres* »¹⁵. On comprend les raisons motivant Nel Noddings à définir dans *Caring : a feminine Approach to Ethics and Moral Education* une éthique féminine née de l'expérience de la maternité et fondant cette disposition à s'occuper des autres. Avec Kohlberg et Noddings, la

question du *care*, aussi minime soit-elle, correspond à une attribution spécifique au monde féminin, limitant son impact à une question de genre.

Avec Carol Gilligan et, en 1982, l'ouvrage *A different voice*, la philosophe et psychologue féministe souligne non seulement la façon particulière des femmes de traiter les questions liées au soin, mais aussi la pertinence de fonder une éthique capable de prendre en compte chaque situation en y joignant la réalité de la souffrance et de la vulnérabilité de l'autre, et le sens de la responsabilité. Gilligan évoque en effet la question propre à la responsabilité à partir de la relation parent/enfant. Si celle-ci reste habitée initialement d'une inégalité et une interdépendance, elle reste pourvoyeuse d'une éthique de la justice et de la responsabilité qu'elle nomme *care*.

À travers les termes *ethic of care* – l'éthique du bien-être d'autrui – elle distingue trois phases de développement :

- **Une première phase** considérée comme égoïste soulignant l'intérêt de s'occuper de ses propres besoins pour assurer sa survie ;
- **Une deuxième phase** consistant à assurer le bien-être des personnes dont on a la charge ou de celles qui sont reconnues à travers leurs vulnérabilités ;
- **Une troisième phase** suggérant une nouvelle compréhension du lien entre soi-même et les autres au-delà des notions d'égoïsme et de responsabilité.

Avec Gilligan, l'*ethic of care* se perçoit davantage au regard de la psychologie des relations humaines fondée sur l'interdépendance. Si, comme le note la philosophe Nathalie Sarthou-Lajus, « *la tentation est grande de réduire cette "théorie du care" à une féminisation de l'éthique, ou à une éthique féminine, comme signe d'une montée des valeurs féminines altruistes et protectrices dans une société jusque-là dominée par des valeurs masculines plus individualistes et guerrières* »¹⁶, il n'en demeure pas moins vrai que cette voix différente ne fait qu'inviter à poser un regard nouveau sur les problèmes sociaux et politiques propres à la présence auprès des personnes vulnérables.

15. Citée in Delassus Éric, « *L'éthique du care. Vulnérabilité, autonomie et justice* », op. cit., p. 5.

16. Sarthou-Lajus Nathalie, « *Introduction : Qu'est-ce que le care ?* », Parmentier Françoise (dir.), *Le care : une nouvelle approche de la sollicitude ?*, Paris, Artège Lethielleux, 2017, p. 11.

17. Gilligan Carol, *Une voix différente. Pour une éthique*

rables. En ce sens, Gilligan met en exergue à la fois la nécessité d'une sensibilité aux besoins des autres, mais aussi un souci de justice et de responsabilité appelant des choix clairs. Gilligan rappellera à ce titre que « *ce que les femmes proclament n'est pas une nouvelle morale, mais une morale dégagée des contraintes qui, auparavant, la rendaient difficile à discerner et à faire entendre. [...] On se doit alors de faire preuve de sollicitude [care] envers à la fois soi-même et autrui et l'impératif moral de ne pas nuire, libéré de son corset conventionnel, confirme la validité de cet idéal de sollicitude tout en mettant l'accent sur les réalités d'un choix* »¹⁷.

On comprend que l'accent est mis sur la notion de responsabilité, exigence exprimée indépendamment d'une appartenance à un genre précis. Elle évoque l'interdépendance fondée sur l'amour de l'autre compris comme ce qui nous tend vers lui, expression du souci visant à répondre à ses besoins.

À ses yeux, quand bien même une personne ne nous attire pas, il n'en demeure pas moins vrai qu'on se doit de l'aimer dans la mesure où l'on ne peut se séparer d'elle. On retrouve alors ce que la philosophe suédoise Eva Feder Kittay nommait le *Love's labor*, le travail de l'amour. Contrairement à Gilligan, Pascale Molinier avancera qu'on n'est pas obligé d'aimer quelqu'un pour en prendre soin, remarquant toutefois qu'au-delà d'une activité purement instrumentale, le *care* comme lien affectif donne sens au travail dans la mesure où il est sans cesse repensé, inventé, imaginé, le situant dès lors au-delà des seules relations familiales où l'amour est habituellement vécu comme don véritable¹⁸. Loin de tout sentimentalisme et d'une vision abstraite ou faussée de l'amour, la perspective du *care* met en évidence une ouverture physique, psychique et affective aux besoins des autres, admettant que « *ce qui fait la valeur du travail du care est la valeur de la vie* »¹⁹, lien intéressant à préciser.

Dès lors, on rejoint à travers cette proposition un débat non plus centré sur la question du genre, mais davantage autour de questions propres à des débats de philosophie et de morale politique. Avec Joan Tronto, notamment dans l'ouvrage *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*, il sera rappelé que le *care* « *peut à la fois jouer le rôle de valeur morale et peut fonder politiquement une société bonne* »²⁰. Elle présentera alors la pratique du *care*

par le biais d'une exigence de l'attention à l'autre, signe d'une prise en compte de la morale contextuelle. Le *care* se comprend à ses yeux comme un travail visant une plus juste et meilleure reconnaissance dans la mesure où très souvent il fut peu considéré ou perçu comme le sale boulot réalisé par des classes sociales pauvres, objet de discrimination et peu reconnues. Elle entend donc réajuster le regard que l'on porte sur le *care* en l'incluant dans l'immense champ capable d'en faire une activité humaine essentielle maintenant, perpétuant et réparant le monde²¹. L'objectif de Tronto est clair : reconnaître les besoins des autres, fonder une anthropologie du besoin en vue de les évaluer et y apporter des réponses concrètes. Elle distingue dès lors quatre phases au long desquelles se déploie le *care* :

- Le **caring about** (identifier les besoins, prenant du recul pour évaluer la meilleure façon d'y répondre, en entrant progressivement dans le monde de l'autre, signe d'empathie) ;
- Le **taking care** (déterminer la nature de la réponse à apporter et reconnaître les compétences devant être mises en exergue pour arriver à sa fin) ;
- Le **care giving** (phase du prendre soin où des gestes et présences précis sont exprimés) ;
- Le **care receiving** (évaluation de la relation de soin en donnant la parole au sujet soigné qui, seul, saura répondre et attester de l'adéquation entre ce qui était demandé et ce qui a été reçu).

Avec Joan Tronto, on entre dans la logique d'un *care* compris comme démarche structurant un sens à donner au monde dans lequel on vit. Habité par la fragilité et la vulnérabilité, celui-ci demande à prendre en compte la réalité avec ce qu'elle recèle parfois de limites, tout en admettant qu'une éthique du *care* vise un bien possible au

regard d'une interdépendance et, donc, d'une responsabilité partagée.

② ÉTHIQUE DU CARE ET ÉTHIQUE DE LA VULNÉRABILITÉ : une nouvelle approche philosophique du soin

Ce rapide parcours sur l'émergence du *care* et sa perception comme visée éthique, c'est-à-dire « *vivre bien avec et pour les autres dans des institutions justes* »²² ou, comme le note encore l'éthicien Dominique Jacquemin, « *rechercher le bien, en même temps pour soi et pour l'autre, dans un lieu qui permet cette institution du bien* »²³, questionne une forme de sagesse du soin au sein de la cité. Cette dimension rend compte en effet d'une approche s'appuyant sur la vulnérabilité de l'homme comme donnée ontologique dont dépend son devenir au sein des relations interpersonnelles.

La perspective politique et morale est reconnue. La prise en compte de la vulnérabilité s'articule notamment, comme le souligne la philosophe Nathalie Maillard, autour de quatre axes :

1. La réalité d'un corps fini pouvant être atteint par la maladie, l'accident, le handicap ou l'intervention d'un tiers ;
2. Le maintien de la relation comme signe d'un maintien toujours possible de la vie, au-delà des aléas qui peuvent contaminer l'existence humaine ;
3. La prise en compte d'une humanité conditionnée, c'est-à-dire qu'elle ne peut subsister par elle-même (l'exemple du nouveau-né est pertinent) ;
4. Le consentement à une forme de passivité comprise comme tout ce qui est donné à l'homme et avec quoi il doit composer (son milieu de vie, ses parents, sa physionomie, etc.)²⁴.

et spiritualité, Bruxelles, Lessius, 2010, p. 78-79.

24. Maillard Nathalie, « *Le concept de vulnérabilité. De l'anthropologie à l'éthique* », Thiel Marie-Jo (dir.), *Souhaitable vulnérabilité?*, Strasbourg, Presses Universitaires de Strasbourg, Coll. Chemins d'éthique, p. 14-17.

25. Garrau Marie, Le Goff Alice, *Care, justice et dépendance. Introductions aux théories du care*, Paris, PUF, 2010, p. 13.

26. Habituellement, dans le soin, la pratique de l'humanité s'articule autour de quatre piliers : le regard, la parole, le toucher, la verticalité.

27. Rifkin Jeremy, *Une nouvelle conscience pour un monde en crise. Vers une civilisation de l'empathie*, Paris, Les liens qui libèrent, 2011, p. 19.

Si toute vie est une « *vie subventionnée* » comme le suggère la juriste et philosophe Martha Alberston Fineman, c'est-à-dire que l'homme ne saurait se suffire à lui-même et dépend donc des autres pour la satisfaction de ses besoins physiologiques (comme boire, manger ou dormir), mais aussi émotionnels (comme la tendresse, l'amour, le besoin de reconnaissance)²⁵, on en vient à fonder une nouvelle approche du soin exprimant à la fois le rapport à la vulnérabilité mais aussi à ce que les hommes peuvent s'apporter entre eux. Nous pourrions penser dès lors à ce que l'on nomme habituellement cadeaux d'« *humanitude* ». Celle-ci, en effet, renvoie à tous ces cadeaux humains dont nous sommes fiers : marcher, entrer en relation et en vivre, participer à la transformation du monde²⁶. Penser le *care* invite alors à dépasser ce qu'on pourrait nommer le travail « *prescrit* » pour s'attacher au travail « *réel* », prenant en compte non seulement des tâches à accomplir, mais aussi des présences à vivre pour que ces tâches prennent sens. Le *care* met en exergue l'idée de *kairos*, c'est-à-dire d'engendrement et de nouveauté compris comme façon inédite de penser la relation de soin en prenant le temps (*chronos*) d'une narration de la vulnérabilité de l'autre.

Fonder une société du *care* revient dès lors à ne pas comprendre le soin comme un lieu de rentabilité et de hiérarchie, mais bien davantage comme perspective éthique nécessitant ajustements et écoutes des besoins souvent dans la discrétion d'une rencontre. On reconnaît, à ce stade, la pertinence d'une empathie entendue comme « *engagement actif* » en prenant part à l'expérience de l'autre et partageant son vécu²⁷.

L'empathie peut alors être créatrice de relations épaisse, comme le signifie Pascale Molinier, fondant une juste présence plutôt qu'une bonne distance²⁸ tout en donnant

28. Molinier Pascale, *Le travail du care, op. cit.*, p. 117-118; Hirsch Emmanuel, *Mort par sédatrice. Une nouvelle éthique du « bien mourir »?*, Toulouse, Erès, 2016, p. 128 : « *De manière quelque peu académique, il est enseigné aux étudiants en médecine ou en soins infirmiers les règles dites de "bonne distance". Tenter de se préserver d'une trop forte exposition consiste ainsi à maintenir un écart qui évite la fusion et peut-être la confusion. Je préfère à une telle incitation à l'éloignement, à la mise à l'écart, la notion de "bonne" ou alors de "juste présence". Une attitude faite de sollicitude, de réceptivité et donc d'écoute profonde de l'autre. Il convient de le reconnaître dans son appel, dans ce mouvement intérieur, cette motivation qui le portent encore vers nous, en attente d'un réconfort, d'un apaisement, qui relèvent essentiellement de notre confirmation qu'on ne l'abandonne pas ».*

la parole à l'ensemble des acteurs, soignants et soignés. Au sein de cette société du *care*, on découvre l'importance de ce qu'on peut nommer *capabilités*, c'est-à-dire comme l'évoque l'économiste Amartya Sen, « les diverses combinaisons de fonctionnements (états et actions) que la personne peut accomplir »²⁹. On cultive, à partir des capacités, l'idée selon laquelle il est possible de viser et d'acquérir, quelle que soit la situation, un bien-être à partir de la combinaison de différents états allant des plus simples (manger, boire) aux plus complexes (être heureux, participer à la vie commune).

Les capacités se présentent comme de véritables enjeux à acquérir en matière de bonheur et de développement humain dans la mesure où ils permettent d'utiliser les biens tout en choisissant le mode de vie qui convient. On comprend l'intérêt de redonner à chacun la parole, de sorte qu'il reste toujours sujet de soins et non pas objet de soins. Cette reconnaissance est nécessaire, voire incontournable dans la mesure où l'un des enjeux du *care* est de mettre fin aux situations de dépendance qui influent sur la vie politique. La prise en compte des capacités de chacun permet d'inscrire dans le champ de l'action sociale les valeurs propres aux individus permettant l'expression de leurs désirs de vie et du maintien de celle-ci au sein de relations toujours reconnues et respectées.

Le philosophe Frédéric Worms, partant du fait que le regard reste le premier lieu au sein duquel on peut faire vivre quelqu'un, reconnaissait que les capacités dans une société donnée maintenaient la pertinence de faire de chacun un sujet de droit, possesseur de capacités propres qu'il peut appliquer lui-même. Les phi-

losophes Martha Nussbaum et Jacques Ricot admettent l'intérêt de prendre chaque situation de façon particulière en permettant à chacun de donner ce qu'il peut de lui-même dans le moment du soin qui est le sien. Les capacités demandent ainsi un véritable travail de la liberté, de la raison, de la volonté, offrant à d'autres la possibilité d'être pleinement eux-mêmes. Derrière cette « idée d'efforts actifs »³⁰, on exprime le bien-fondé du respect de chacun de la part des lois et institutions, même s'il faut reconnaître que chacun n'arrivera pas nécessairement à la même condition au regard de ses possibilités³¹. Dans une société marquée par l'individualisme, le *care* rappelle au contraire que la relation reste première tout en permettant « la liberté à même d'ouvrir pour chaque être humain la sphère du possible »³². À partir de ces données propres aux capacités, la réflexion sur le *care* nous renvoie continuellement à une vision horizontale des rapports humains. Nous en arrivons dès lors au schéma suivant au sein duquel l'*« hospitalalliance »* (forme contractée d'hospitalité et d'alliance thérapeutique³³) vise cet accueil sans réserve de l'autre où, dans la relation de soin, la référence ultime reste orientée vers la sortie d'une situation vulnérable et dépendante :



Le *care*, fondant une société du soin, peut apparaître comme un support au sein d'une perspective spirituelle de la vie, comprise comme « mouvement d'existence » selon les termes de Dominique Jacquemin. Il écrira notamment que la spiritualité évoque « le mouvement nécessaire qui, même dans sa dimension invisible, est nécessaire pour nous maintenir dans l'existence »³⁴ en la faisant correspondre à quatre dimensions : « le corps, la dimension psychique, la dimension éthique comme visée du bien pour la vie et la dimension religieuse-transcendante pour certains »³⁵. Ce qu'il est intéressant de découvrir dans la présentation de la spiritualité comme mouvement d'existence permet de reconnaître toute vie humaine habité et conduite par la question du sens : le sens compris comme signification et comme orientation.

Développer les quatre dimensions mises en exergue suppose de saisir que l'ensemble de l'histoire d'une personne reste porteuse d'une démarche spirituelle. Ainsi, le corps, contraint de subir des changements relatifs à l'âge mais aussi aux situations rencontrées, apparaît comme le lieu d'une "parole" : par le corps, on se révèle. Le philosophe Maurice Merleau-Ponty évoquait cette question du « *corps parlant* » doté à la fois d'une dimension visible et invisible qu'on pourrait faire correspondre à la spiritualité³⁶. Ce corps parlant se révèle comme un corps sensible aux évolutions, à ce qu'il donne à voir de lui, parfois jusque dans sa nudité la plus extrême, signe de sa fragilité. La dimension psychique prend en compte, quant à elle, tous les bouleversements intérieurs qui peuvent être induits par les expériences de la vie en lien avec les

SUITE P. 12 >

29. Sen Amartya, *Représenter l'égalité*, Paris, Seuil, 2000, p. 66.

30. Nussbaum Martha, *Capabilités*, Paris, Climats, 2012, p. 53.

31. Brugere Fabienne, *Martha Nussbaum ou la démocratie des capacités*, http://www.laviedesidees.fr/IMG/pdf/20130319_de_mocratie_des_capabilite_s.pdf, p. 3. Il convient de noter que Martha Nussbaum distingue 10 capacités : « la vie, la santé du corps, l'intégrité du corps, les sens – imagination – pensée, les émotions, la raison pratique, l'affiliation, les autres espèces (animaux, plantes, nature), le jeu, le contrôle sur son environnement » (*Ibid.*, p. 8).

32. *Ibid.*, p. 6.

33. L'hospitalalliance est un néologisme créé par Didier Caenepoel traduisant la conjugaison de l'hospitalité et de l'alliance : « [...] "hospitalalliance" : travail de "relation" qui forme et fait alliance pour habiter ensemble un temps partagé dans une dynamique d'hospitalité toujours renouvelée » in Didier Caenepoel, « Penser

la spiritualité dans l'espace du soin : des dynamiques de "relation", d' "hippocratisation" et de "religion" », Guy Jobin, Jean-Marc Charron, Michel Nyabenda (dir.), *Spiritualités et biomédecine. Enjeux d'une intégration*, Laval, Presses Universitaires de Laval, 2013, p. 38. Paul Ricœur, quant à lui, appellait l'alliance thérapeutique vécue dans le pacte de soins, devenant « une sorte d'alliance scellée entre deux personnes contre l'ennemi commun, la maladie. L'accord doit son caractère moral à la promesse tacite partagée par les deux protagonistes de remplir fidèlement leurs engagements respectifs » Ricœur Paul, « Les trois niveaux du jugement médical » (*Esprit*, décembre 1996, p. 21-33), cité in Ricœur Paul, *Le Juste 2*, Paris, Ed. Esprit, 2001, p. 230. On y retrouve l'idée d'une confiance, c'est-à-dire d'une ouverture à un avenir possible grâce à un soin juste vécu à partir de cette relation essentielle fondée par le colloque singulier entre le patient et le médecin. L'alliance thérapeutique traduit une prise en charge nécessaire à travers la pratique de soins techniques justes dont

la sortie de la maladie reste l'horizon commun.

34. Jacquemin Dominique, *Quand l'autre souffre. Éthique et spiritualité*, op. cit., p. 68.

35. Jacquemin Dominique, « La confrontation à la souffrance : un lieu pour penser le lien entre éthique et spiritualité », in Leboul Danièle, Jacquemin Dominique (Dir.), *Spiritualité : interpellation et enjeux pour le soin et la médecine*, op. cit., p. 57.

36. À ce titre, on faudrait citer Sylviane Agacinsky qui écrivait, dans la ligne de Merleau-Ponty pour qui « Je suis mon corps », « que je ne suis pas "caché à l'intérieur", et que mon corps n'est ni un objet ni une propriété. Je dis de mon corps qu'il est le mien, sans qu'il soit à moi comme ma voiture ou mon manteau. En fait, il est moi : c'est moi qui dors quand "il" dort, c'est moi qui mange quand "il" mange, c'est moi qui désire quand "il" désire, et c'est aussi mon cerveau, mes neurones qui travaillent quand "je" pense. » in Agacinski Sylviane, *Corps en miettes*, Paris, Flammarion, 2009, p. 60.

Fabriqué
en
FRANCE

matilia®

Recommandé par
Recommandé par
les Sages-Femmes

Grossesse

Allaitement



BISCUITS ANTI-NAUSÉE



SMOOTHIES POUR
FEMMES ENCEINTES



BOISSONS LACTÉES POUR
FEMMES ENCEINTES ET ALLAITANTES

Recevez gratuitement vos
ÉCHANTILLONS
en vous inscrivant sur :



<http://bit.ly/2uR47Cs>

matilia®

Produits spécifiques pour toutes les mamans
enrichis en vitamines, minéraux et composés actifs
Disponibles sur notre boutique en ligne www.matilia.fr

questionnements pouvant renvoyer à autant de confrontations à la peur de l'inconnu, aux espérances et attentes s'inscrivant dans ce qu'on peut appeler une humanité nue, sans artifice, sans protection.

On aborde ici un versant psychologisant de la démarche spirituelle, au sein d'un rapport entretenu avec la vie dans ce qu'elle véhicule comme bonheur ou malheur. En troisième lieu, la dimension éthique vise la recherche d'un bien commun et juste, dans le souci de favoriser une vie digne et respectée, quels que soient les dangers qui la menacent. L'intérêt d'une démarche "ricœurienne" portant sur la visée d'une vie bonne n'est guère absente d'une approche spirituelle. Fonder un devenir juste et foncièrement bon pour tous, revient à articuler désir de vie commune et espace de rencontres dans une même démarche. Enfin, pour certains, comme le précise encore Jacquemin, il convient également de prendre en compte la dimension transcendante-religieuse, signe que d'autres portent en eux une identité les rattachant à une communauté de foi représentant, à leurs yeux, un soutien inaltérable. Cette dernière dimension ouvre la spiritualité à un espace religieux qui n'est pas sans rappeler que l'homme, dans sa recherche d'infini, consent également à s'abandonner parfois à un terreau divin duquel sa soif d'àvenir peut résolument prendre des contours novateurs et prometteurs là où son histoire semble le contraindre dans les liens d'une maladie, d'une souffrance ou d'une fragilité.

Une approche du soin fondée sur la notion de guérison est tout à fait judicieuse, tant ce terme traduit quelque chose restant de prime abord de l'ordre de l'invisible, tout en constituant une valeur fondamentale dans la vie de chacun parce qu'ouverte à un àvenir possible. Penser dès lors l'humanité à partir de la vulnérabilité et de l'interdépendance ne peut se passer de considérer la vie dans sa dimension spirituelle. Une éthique du *care*, donnant au soin une valeur essentielle, demandera toujours de comprendre la relation comme un regard qui envisage, jamais comme un regard qui dévisage : « *Sans attention particularisée, pas de vie humaine possible* »³⁷, écrira encore Pascale Molinier ! Penser le soin comme une façon de panser la vie blessée et brisée, permet de comprendre l'éthique du *care* comme une sagesse ordonnée à une action visant un bien toujours à venir, affirmant et confirmant les missions propres à chacun dans le respect de la vie qu'il promeut à la place qui lui revient. •

37. Molinier Pascale, *Le travail du care*, op. cit., p. 35.



DOSSIER LE NAISSANT[©]

HOMMAGE À CLAUDE-ÉMILE TOURNÉ,
GYNÉCOLOGUE-OBSTÉTRICIEN.

Nous vous présentons deux articles parus dans les *Dossiers de l'Obstétrique* dans les années passées, reflets du concept du Naissant[©].



Claude-Émile Tourné à Djibouti lors de la réception d'un conteneur de matériel destiné au Pays Afar.

SOMMAIRE DU DOSSIER

13
DE LA NÉCESSITÉ
DU CONCEPT
DE NAISSANT

24
ENTRE NAISSANCE
ET ACCOUCHEMENT :
LE ©NAISSANT



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. Grossièrement 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'analgesie 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 favelas, 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 Prématué a fait l'objet d'une attention particulière. Le taux de prémature 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 antiprogestérone, 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

LL

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.

77

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 périderal⁶, 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 dénigrements 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 fantasmatische 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 analgésies 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. Discréditée 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 lombalgie 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 dolorigène, 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 lombalgie) 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 ridicule 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.

77

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-

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.

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 pesantes idéologies, 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),

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 préputés 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 à 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 ($\pm 25\%$ 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.

LL

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.

77

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

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

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.
- **contradictoires**, 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

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'avéreraient 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 (réhibitoire), son caractère cumulatif (irréversible) et son moment de finition (irrémissible), 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 **réhibitoire**.

LL

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.

77

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 **irrémissible**.

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 autre 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 coude 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 dépistés 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 (dixerent les psy). 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'existant 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

77

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... •



Article paru dans le DO
N° 354 - novembre 2006.

Entre naissance et accouchement: le [©]Naissant

En mai 2005 a eu lieu à Versailles le congrès de l'Association française de Maternologie. le thème en était "Accouchement et naissance: où est la différence?". le texte qui suit reprend notre intervention et a été pour l'essentiel publié dans le compte rendu du congrès¹.

Le thème choisi nous est familier depuis longtemps. Depuis de nombreuses années nous l'avons mis en exergue comme un thème central pour la réflexion autour de la naissance et de son optimisation^{2, 3, 4, 5}. En effet, notre conviction est que la confusion généralement admise et finalement entretenue entre naissance et accouchement constitue un mode convenable d'occultation des conséquences de l'irruption du sécuritarisme, du consumérisme et de l'économisme dans le champ de la naissance.

Si l'on accepte que naître et accoucher sont des actions, la différence entre naissance et accouchement peut à première estimation recevoir une amorce de réponse avec les questions: Qui est-ce qui naît? Qui est-ce qui accouche?

Et les remarques suivantes qui font pour nous figure d'*a priori*:

- **L'action de naître ne doit pas être confondue avec l'acte de naissance;**
- **L'action d'accoucher est le fait de la mère, pas celui des accoucheur(se)s.**



Photo : D.C.E. Tourné

L'accouchement est un fait de culture

L'accouchement est le processus physiologique qui conduit l'organisme maternel à faire passer le bébé de l'intérieur à l'extérieur du corps maternel. Il est génétiquement programmé... **MAIS**

dans toutes les sociétés humaines, c'est devenu un fait de culture.

Nous avons très largement développé la réflexion sur les conditions de la programmation des phénomènes physiologiques de la grossesse et de son terme fonctionnel, l'accouchement. Les connaissances toujours plus poussées de la biochimie des médiateurs ont permis de mettre un nom et une fonction sur les différents agents biochimiques, et de la conservation de la grossesse et du déclenchement de l'accouchement. La notion d'horloge placentaire s'est imposée dans la période récente, confirmant notre hypothèse du déclenchement de l'accouchement par le foetus au moment où les conditions de développement deviennent pour lui sous-optimales voire carrément dangereuses. La notion de [©]Dynamique gravidique^{6,7} ayant un développement et un terme programmés nous a paru

1. C.-E.Tourné - *Accouchement et Naissance: le Naissant, le concept qui fait la différence* in Cahiers de Maternologie.
 2. C.-E. Tourné - *L'écosystème de la Naissance*. Éditorial. Les Dossiers de l'Obstétrique 1985,123,5.
 3. C.-E. Tourné - *Y a-t-il un enfant dans la naissance?* Communication aux Rencontres de Châteauroux. "Quelle Naissance demain?" 28-30 Mai 1987.
 4. C.-E. Tourné - *Adresse à l'enfant qui naît*. Les Dossiers de l'Obstétrique 1987, 141,4-9.
 5. C.-E. Tourné - *Qui est-ce qui naît?* Cahiers de l'Université de Perpignan 1992,12,3-90.
 6. C.-E. Tourné - *La dynamique gravidique*. Les Dossiers de l'Obstétrique, 1998,267.
 7. C.-E.Tourné - *Obstétrique Psychosomatique et fonctionnelle*. 482 p. Sauramps Éditeur. Montpellier 2002.

s'imposer très tôt comme une exigence afin de comprendre les perturbations du phénomène.

Les différents éléments de la dynamique gravidique que nous avons particulièrement étudiés (tolérance aux hydrates de carbone, développement foetal, activité contractile utérine, vieillissement placentaire mais aussi tolérance psychosomatique) évoluent normalement en restant en deçà des limites pathologiques car le processus d'accouchement intervient pour interrompre cette évolution avant qu'ils ne l'atteignent. Une perturbation de la vitesse d'évolution de l'un de ces éléments en accélération ou en ralentissement va faire franchir la limite, soit en intensité soit en durée. Chacun de ces éléments de l'évolution est lié aux autres et quel que soit celui qui se perturbe en premier, il entraîne la perturbation plus ou moins rapide des autres. La notion de [®]*Maladie gravidique*⁸ nous était déjà apparue depuis longtemps comme caractérisant les pathologies spécifiques de grossesse : toxémie gravidique, diabète gestationnel, retard de croissance intra-utérin, menace d'accouchement prématuré. Les avortements dits inexplicables du premier trimestre, les menaces d'avortement tardif du deuxième trimestre, les accouchements prématurés mais aussi les termes dits dépassés, trouvent eux aussi une base d'explication dans la dynamique gravidique et ses perturbations tant "somatiques" que "psychosomatiques". L'accouchement proprement dit est cependant devenu dans notre espèce un authentique fait de culture : suivant les époques et les sociétés, suivant les niveaux de développement des sciences et des techniques, mais aussi, suivant le rang occupé dans les échelles sociales hiérarchiques, l'accouchement revêt un aspect différent tant sont divers ses avatars. Les positions d'accouchement sont aussi diverses que les cultures, de même que les lieux, en public ou caché, en compagnie ou en solitude, avec ou sans accompagnement technique, avec ou sans perturbation volontaire de son déroulement, des sensations et des perceptions des phénomènes biologiques en cause, anesthésie, analgésie, césarienne, mais aussi maintenant et chez nous, préparations, respirations, homéopathie, dans l'eau, sophrologie, haptonomie, chant prénatal, cri primal. Nous avons insisté sur les modes, modèles, techniques, rites et mythes qui entourent et conditionnent l'accouchement. La généralisation de la péridurale, des déclenchements et des interventions de toute nature qui s'ensuivent dans nos sociétés marchandes, ne sont que les avatars "modernes" de l'influence du culturel sur les modes de mise au monde. *Le sécuritarisme, le consumérisme et l'économisme qui les sous-tendent, n'ont pas plus de valeur obstétricale en tant que mythes, que ceux qui fondent les bases de l'intervention du chaman dans la forêt amazonienne.*

→ La Naissance est un fait de nature

La Naissance, par contre, est un fait de nature de l'espèce humaine. C'est le processus qui va conduire à la mise en forme structurée et opérationnelle dans l'espace et dans le temps d'un individu de cette espèce particulière, doté d'un gros cerveau imaginant et de son produit le plus achevé dans l'échelle des espèces : la conscience. La Naissance humaine est un processus spécifique qui fait intervenir, bien entendu, un

programme génétique comme dans toutes les autres espèces animales, mais aussi les influences de l'environnement biosphérique comme dans les espèces mammifères évoluées ; elle y intègre les influences de l'environnement spécifique, produit des processus de conscience et d'imagination : l'environnement socioculturel ; elle intègre enfin les processus de mise en place des organes fonctionnels qui sont à la base des processus de conscience, langage compris. Nous avons défini cette période de la manière suivante : « *la période de la vie où l'information-structure de l'individu est ouverte et soumise aux 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 (réhibitoire), son caractère cumulatif (irréversible) et son moment de finition (irréversible), 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 structurations idéales est réhibitoire. 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 se ferme et ne pourra plus bénéficier d'aucun apport. Seule la maturation sera encore possible. Cette fermeture de l'information-structure est irrémédiable.

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

8. C.-E.Tourné - *La maladie gravidique*. J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod. 1987, 16, 1023-1037.

C'est que le reflet du Naissant dans le moment et dans le lieu, est fonction du moment et de l'endroit où il se forme. Il 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.

→ Qui est-ce qui naît?

Depuis le début de nos débats, il est apparu que cette dénomination de Naissant était commode pour désigner le nouveau-né en situation de naissance. Cette période de la naissance entre bien dans le cadre de la définition que nous en avons proposée. Mais pour nous, le Naissant est déjà en action de naître dès la période intra-utérine de son développement. S'il est vrai que la période de naissance est celle de la vie où son information-structure est ouverte, alors bien sûr elle s'étend pour le Naissant jusqu'à ce que les organes fonctionnels de son cerveau soient tous en place, la mémoire accessible étant le repère de la fin de l'inscription exclusive des affects en structure. Nous insisterons pour notre part sur la période précédant la venue au jour, la dite "mise au monde" par le processus de l'accouchement.

Le °Naissant, dans sa période utérine, n'est pas dans un monde homogène, lisse, dépourvu d'affects et que l'on pourrait comparer à une espèce de limbe, de zone limitrophe où seule l'âme serait en gestation.

Dans cette période l'environnement du Naissant est changeant, coloré, olfactivement riche de sensations diverses, plein de bruits d'origine interne et externe, plein de mouvements issus des organes internes de la mère mais aussi de sa propre mobilité dans l'environnement. Cet ensemble d'éléments ne saurait être oublié sous peine de se priver de toute une série d'éléments de compréhension de certains comportements adaptatifs, y compris ceux qui agiront après sa venue au monde, et lorsqu'il s'agit pour le Naissant nouveau-né d'entrer en relation avec son environnement dans la vie aérienne pour laquelle il est programmé et dans la société humaine dont il finira par être et le produit et l'acteur.

Le Naissant est un être vivant. Comme tel, il vit dans un environnement, une niche écologique qu'il transforme à son profit. Les gigantesques transformations de la physiologie du corps féminin devenant maternel sont, qu'on le veuille ou non, de son fait. Elles tendent à assurer son approvisionnement énergétique par les transformations de la circulation maternelle au contact de l'œuf. Et on sait ce qu'il advient lorsque ces transformations sont sous-optimales (pré-éclampsie). Elles tendent à créer les



Le °Naissant, dans sa période utérine, n'est pas dans un monde homogène, lisse, dépourvu d'affects et que l'on pourrait comparer à une espèce de limbe, de zone limitrophe, où seule, l'âme serait en gestation.



conditions de son hébergement et en même temps de son expulsion de cet environnement le moment venu (développement utérin ET imbibition gravidique). Son existence est le résultat du croisement de la trajectoire vitale de sa mère avec la sienne propre. La survenue de l'œuf dans l'économie maternelle nécessite un changement radical dans sa manière de gérer ses approvisionnements, de tolérer la greffe de l'hétérogène, de modifier les bases de sa mobilité dans l'environnement. Mais, c'est de l'interaction de l'œuf et de l'organisme féminin que résulte la maternalisation de cet organisme.

La mutation maternelle qui trouvera son accomplissement dans l'accession de la mère à sa maternité débute par des modifications de sa physiologie. Et cette physiologie modifiée est une transformation qui ne doit son caractère physiologique qu'à sa durée de vie courte. En effet, nous avons montré que la dynamique gravidique ne reste en deçà des limites de la pathologie que pour autant que l'accouchement survient à temps pour stopper son développement. Il y a donc une interaction "somatique" d'emblée entre l'œuf et l'organisme de sa mère. Cette interaction et sa constatation irrécusable, ne prennent valeur humanisante que si on accepte le caractère total et psychosomatique de tout organisme vivant, mobile dans l'environnement. Le caractère psychosomatique de l'organisme maternel, implique que les transformations vécues se répercutent sur le comportement, par l'intermédiaire de la perception de ces transformations et de leurs implications en termes de rôle et de statut conscient et inconscient. **Le caractère psychosomatique de l'organisme du Naissant** ne prend sa réalité qu'avec sa mise en relation et son accession à ce statut. Cependant il possède tous les caractères biologiques de l'organisme psychosomatique en potentialités dépendant pour s'exprimer des conditions d'environnement qui lui sont faites. C'est la dynamique gravidique croisant la dynamique "naissante", leur interdépendance et leurs permanentes interactions qui fondent la capacité de l'embryon puis du fœtus à accéder au statut de °Naissant. La mutation maternelle sera le produit de cette dynamique, de cette interdépendance et de ces interactions, par l'intermédiaire obligé de leur reflet psychique. Les reflets qui se forment chez le Naissant et qui le fondent, minute par minute, reflet après reflet, ont les caractéristiques de base du reflet, à savoir une empreinte matérielle comme trace de la mise en relation. Ces caractéristiques acquièrent une spécificité par l'existence de structures psychosomatiques en formation, génétiquement programmées pour engrammer ces reflets primordiaux comme autant d'éléments de cette structure. On peut probablement trouver là ce que J.-M. Delassus nomme

l'originaire⁹, ensemble d'éléments déterminants de la structure psychosomatique, intégrés à cette structure pendant le temps de la naissance où l'information-structure est encore ouverte.

Sa perception de l'environnement par l'intermédiaire du système sensoriel a la même valeur que sa perception de son corps par l'intermédiaire du même système. Les zones de son cerveau qui se mettent en place sous la forme fonctionnelle d'organes spécialisés (zones sensorielles, zones motrices, zones céphaliques) intègrent dans un aller et retour permanent les sensations périphériques et leurs modifications du fait des mouvements produits par les commandes centrales. Il s'agit donc d'emblée d'une pratique kinesthésiologique qui ne dit pas encore son nom mais qui l'inscrit en lettres indélébiles dans les superstructures neuropsychiques en formation. Le tout accompagne le programme génétique de mise en place des organes de la motricité et tout ce qui concourra, le moment venu, à leur approvisionnement en carburant et en comburant, à leur détoxication des sous-produits de la combustion.

Les zones associatives ne sont pas en reste. À elles est dévolue la responsabilité fonctionnelle de l'engrammage des affects non directement liés à l'approvisionnement, c'est-à-dire ceux liés à la vie de relation. Cela n'en reste pas moins lié à la satisfaction d'un besoin fondamental, celui de la reproduction. La reproduction exigera de mettre en place des comportements de recherche de partenaire et de séduction de ce partenaire. De la nécessité de la recherche du partenaire résultera la nécessité de mettre en place les éléments fondamentaux de cette recherche, basée sur la mise en place des conditions du besoin : la vie extra-utérine sera toute conditionnée par la recherche du paradis perdu, et les affects engrammés dans ce registre, auront cette fonction. Ils se compléteront dans la période néonatale par les affects complémentaires issus des relations précoces tant relationnelles au sens banal (regards, caresses...) qu'au sens premier (satisfactions des besoins expérimentés).

Il ne peut certes y avoir de **relation d'objet** dans cet environnement où le Naissant n'est en contact qu'avec lui-même. Cependant la préparation à la capacité d'entrer en relation d'objet passe par les mêmes arcanes que celle qui lui permettra de mettre en place les conditions de son autonomie dans l'environnement pour assurer sa survie par la recherche de moyens de subsistance et de moyens de lutte contre les agressions, et sa reproduction. Elle en est un des éléments constitutifs. La relation d'objet passe par le reflet. Le reflet exige des affects et donc un système sensoriel capable de les appréhender. La capacité de les reconnaître comme participant de telle ou telle condition de survie, subsistance, lutte contre les agressions, reproduction, nécessitera l'expérimentation dans une relation d'objet active, dans une confrontation du reflet engendré par cette expérimentation avec les effets attendus (ou non...) en termes de satisfaction du besoin, d'efficacité de l'action liée à cette satisfaction.

L'environnement de l'œuf dans le ventre maternel est aussi riche d'informations à ce sujet : la mère reste idéalement une femme, le plus souvent assortie d'un homme, géniteur ou

9. Delassus J.M. *Le sens de la maternité*. Dunod, Paris, 2002.

LL

Il ne peut certes y avoir de relation d'objet dans cet environnement où le Naissant n'est en contact qu'avec lui-même.

77

non du naissant, et leurs relations génitales sont l'occasion de mouvements, de décharges d'hormones, d'endorphines, de substances vaso-actives dans l'organisme maternel, mais aussi de fragrances dans l'environnement, issues de l'organisme maternel mais aussi paternel, fragrances qui réintègrent le milieu maternel - environnement foetal sous forme de molécules aromatiques qu'il ne peut que percevoir comme liées aux autres éléments de cette activité particulière.

Le passage par les voies génitales maternelles aura dans ce contexte une importance particulière, et toutes les perturbations induites du processus d'accouchement influeront sur la perception de ces éléments constitutifs des références définitivement inscrites dans les superstructures neuropsychiques de l'individu et qui conditionnent le point de départ de ses comportements de consommation et de copulation.

L'accès au sein maternel se fera lui aussi sur ces bases.

Il n'y a pas d'éprouvé du manque, immédiatement après la venue au monde. Il y a cependant une recherche de conditions optimisées, dont le contact peau à peau et la mise en bouche du mamelon maternel sont les succédanés les plus adaptés. Le lait maternel a le goût du LA, le sein maternel dégage des phéromones par l'intermédiaire des corpuscules de Montgomery attirant l'olfaction du bébé encore dominante vers cette zone du corps, en utilisant l'ensemble réflexe de fousissement décrit par Archavski et que la médecine néonatale décompose en cinq réflexes archaïques. Le Naissant nouveau-né n'est pas affligé d'une ridicule marche automatique qu'il perdrat rapidement pour la retrouver bien plus tard après apprentissage. Il est doué de la capacité de ramper vers le sein maternel tout en s'agrippant et en embrassant le corps maternel, les « points cardinaux » servant à suivre le guide des indications maternelles et la succion à déclencher le réflexe d'éjection du contenu des canaux galactophores, colostrum puis lait. Encore faut-il que les conditions matérielles soient réunies pour l'expression de ces différentes compétences : corps dénudés, peau contre peau, ventre contre ventre, tête entre les seins, fragrances corporelles non perturbées par des molécules aromatiques exogènes, parfums ou savons de toilette. Encore faut-il que cela se passe dans la première demi-heure suivant la venue au monde, période d'expression maximum du système réflexe et qu'aucune séparation, pour quelque raison que ce soit, ne soit effectuée.

Alors certes, on ne peut pas dire que dans le monde intra-utérin, le Naissant puisse entrer en relation d'objet.

Pourtant il montre à l'observateur indiscret - *par l'intermédiaire de l'échotomographie en 3D et maintenant en 4D* - que ses organes premiers de relation au monde dans ses divers avatars d'objet se mettent dès cette période en ordre de marche. La succion de tout objet possible qui passe à portée de sa bouche

en est la preuve irréfutable : nous avons nous-même observé suffisamment fréquemment pour éliminer le fait du hasard, la succion d'un doigt, souvent le pouce, introduit dans la cavité buccale avec des mouvements de langue tout à fait évocateurs, mais aussi des mouvements de langue à l'extérieur de la bouche pour lécher un cordon ombilical qui se trouve à portée.

D'autres, ont observé un bébé dont les positions "fœtales" l'ont amené à pouvoir sucer son propre pénis. Mais la bouche qui se prépare à la succion en expérimentant toute succion possible *in utero*, n'est pas le seul organe capable de se mettre en relation "d'objet" avec le corps propre du Naissant. Les mains ne sont pas en reste que l'on peut voir agripper un cordon ou caresser les doigts de pied. Récemment même, il nous a été donné de voir, filmé en 4D, un bébé procédant à une masturbation de son pénis¹⁰. Il est donc difficile de dénier à ce Naissant la compétence à mettre en place dès la période intra-utérine, les conditions de la relation d'objet au plan psychosomatique. Et même peut-être plus, puisque dans ce dernier exemple qui n'a pour nous de caractère exceptionnel que dans l'imagerie qui le met en évidence, la relation d'objet au corps propre a déjà quelque chose d'un hédonisme primaire, d'une activité libidinale au sens propre, qui se mettrait en place, eux aussi dans cette période de la vie. L'apprentissage des conditions de réalisations par la mise en place des bases organiques, (y compris les circuits sensation, transmission, identification, réponse) intègre non seulement les fonctions indispensables à l'approvisionnement en comburant (respiration), et en carburant (suction, déglutition, digestion) mais aussi les éléments "pulsionnels" qui conduiront à mettre en œuvre les comportements de consommation adéquats. Ainsi, ce qui sera décodé consciemment, un jour comme plaisir et comme désir, bénéficiera de bases anatomo-physiologiques dans les superstructures neuropsychiques, installées dès cette période et **avec comme référence de qualité, les affects de cette période.**

→ Un monde utérin riche d'affects sensoriels

À noter que la venue au monde aérien se conjugue avec l'entrée dans un monde aux sollicitations sensorielles moins riches, plus sélectives :

- **Les sons** par exemple, sont omniprésents dans le ventre maternel dans un brouhaha permanent. Les bruits hydro-aériques, le claquement des valvules cardiaques, les secousses qui les accompagnent (la voix maternelle provoquant des vibrations particulières), atténuent sans les supprimer les sons issus de l'environnement maternel comme les bruits divers mais aussi les voix, la voix paternelle et celle des enfants déjà nés ayant une connotation particulière issue des réactions neuro-hormonales et vaso-actives qu'elles entraînent dans l'organisme maternel.

10. C.-E.Tourné - Communication au Simposium Internacional de medicina materno-fetal en el siglo XXI - Barcelona 2729/11/2002.

11. Nous noterons ici un élément d'expérience qui nous tient beaucoup à cœur. La surveillance et l'accompagnement d'une grossesse et d'un accouchement suivant les principes de l'obstétrique psychosomatique et fonctionnelle donne à la voix du (de la) praticien (ne)-préparateur(trice) une place particulière dans les affects sensoriels auditifs du Naissant *in utero*. La reconnaissance *ex utero* suit de façon quasi invariable une séquence comportementale particulière et quasiment stéréotypée. Lors d'une consultation (postnatale le plus souvent) le nourrisson dans



Photo : Dr C.E. Tourné

Dans ces conditions, et particulièrement si l'ambiance sonore n'est pas trop riche, la voix paternelle se détachera de façon très nette dans le nouveau système environnemental ainsi que celle des autres enfants. Si tout va bien, celle de la mère conservera son caractère vibratoire par l'intermédiaire du peau à peau, qui est en fait un corps à corps¹¹ ;

- **Les mouvements du corps maternel**, permanents *in utero*, perdent de leur permanence mais se retrouveront dans le berçement, soit proposé par la mère ou tout autre substitut, soit auto-reproduit en cas de carence environnementale ;

- **Les odeurs et les goûts** sont moins dilués, plus présents, mais reconnaissables pour ceux qui sont connus : odeurs maternelles, des fragrances corporelles aux parfums artificiels ; odeurs paternelles ; ambiance odorante de l'univers familial ; odeurs et goûts des nourritures familiales... ;

- **La lumière est différente.** Il est une illusion catastrophique que celle d'imaginer que dans le ventre maternel le Naissant vit dans le noir : en fait il vit dans le rouge, plus ou moins sombre suivant les conditions d'éclairage de l'environnement. Il sera naturellement attiré par le rouge. Il connaît les variations nycthémérales de lumière. Un éclairage trop cru le dérangera, il ouvrira mieux les yeux dans la pénombre (il ne prend pas le jour pour la nuit, mais se protège contre les nuisances agressives lumineuses excessives) ;

- **La dimension particulière** que prend l'environnement sans limites après un environnement strictement délimité et qui donnait les limites à son corps, comme perception de son moi-tout exige une présence, un contact limitant, par les caresses, la parole, le berçement, le pastouillage failliéen¹²... .

les bras de l'un de ses parents se retrouve dans l'ambiance sonore du cabinet de consultation. Lorsque je m'adresse à lui, il me fixe, plisse le front pendant plusieurs dizaines de secondes, au grand dam de ses parents qui insistent sur le fait que « normalement il sourit facilement... ». Puis, petit à petit, il se détend et m'adresse un grand sourire. Souvent, pour dénouer l'attente, je fais ma voix la plus grosse et la plus enflée comme lorsque, dans le groupe de préparation, j'insiste lourdement sur un thème. Et ce qui devrait déclencher une réaction de peur déclenche au contraire une réaction de joie comme s'il me disait « je t'ai reconnu ».

12. Faillières J. et E. Communications personnelles.

→ Un monde aérien en continuité

À l'issue du corps maternel se produit une raréfaction des affects sensoriels : les affects d'origine maternelle (et paternelle) restent présents et quasiment sélectionnés pour le Naissant nouveau-né. Tant sur le plan olfactif que gustatif, même sur le plan visuel et tactile, les affects qui se sélectionnent par le passage *ex utero* sont essentiellement des affects d'origine parentale. Un substitut parental, même le mieux intentionné, devra se passer de l'étape de reconnaissance originale. Une interférence dans ce système de reconnaissance rendra sous-optimale la re-situation dans le système relationnel du Naissant nouveau-né.

Une mention particulière doit être faite pour l'audition et les voix maternelle et paternelle. Dans un environnement sonore respecté, ces voix vont se détacher de façon sélective. Elles vont bénéficier d'un ré-enforcement du fait de la disparition des bruits parasites constitués par les bruits de la physiologie maternelle interne. Connus, ils vont bénéficier d'une reconnaissance spéciale, probablement spécifique. C'est sur cette base que va débuter, dès ce moment, l'accélération de la mise en place des aires du langage. En association avec les affects complémentaires liés à la satisfaction des besoins de subsistance (lait maternel, sein maternel) et des besoins de relation avec l'environnement (bercement, réchauffement) les affects auditifs vont prendre place dans les systèmes de réassurance. Les sons retrouvés dans l'environnement et déjà repérés *in utero*, vont participer à ce système indispensable de réassurance. Il peut s'agir d'une musique, de bruits divers aussi peu mélodieux qu'un moteur de machine à coudre ou du bruit d'un aspirateur... Ces sons restitués *ex utero* vont alors créer les conditions nécessaires de la réceptivité aux nouveautés relationnelles.

Au-delà d'un certain seuil de puissance, ils peuvent obéir gravement le développement des structures nerveuses. L'observation d'enfants de mères ouvrières du textile travaillant sur des métiers très bruyants montre qu'ils sont souvent atteints d'une surdité¹³.

Les effets de l'alcool, du tabac et des drogues diverses, y compris au cours de l'accouchement avec des conséquences ultérieures largement au-delà de la simple période "maternologique".

Mais l'autiste, cet enfant qui « refuse de causer à ces gens-là », qui refuse de participer à ce monde dans lequel il advient à son corps défendant, comment accepter la psychogénèse de ses troubles, les lier ainsi qu'ils apparaissent à une difficulté natale, sans prendre en compte les conditions dans lesquelles il a structuré son psy avant de sortir du ventre maternel. Bien sûr que, en regard, la mère présente une pathologie de la relation, en tout cas un système relationnel sous-optimal avec cet enfant, système qu'il faut bien traiter comme une pathologie si l'on veut espérer lui appliquer une thérapie ou une thérapeutique. Cette vision des choses est nécessaire pour déboucher sur l'idée qu'un dépistage des troubles de relation conduisant à l'autisme peut être réalisé (avant 9 mois, dit JMD¹⁴).

13. Relier J.-P. - *L'aimer avant qu'il naîsse* J'ai lu Paris 2001.

14. Delassus J.-M. Cahiers de Maternologie

15. Bourdieu P. *Méditations pascaliennes* Le Seuil Paris 2003.

De même, on ne peut faire l'économie de prendre en compte les conditions de la venue au monde, des interactions médicamenteuses, des interactions entre les interventions de la société et la trajectoire vitale du naissant. En particulier on ne peut balayer d'un revers de main cette réalité que le Naissant est l'auteur du déclenchement de sa venue au monde, à son heure, c'est-à-dire en tenant compte des conditions de sa trajectoire vitale en relation avec son environnement.

→ La nature du Naissant

Reste à évoquer, puisque naissant *in utero* il y a, la nature de ce naissant. Le débat est lancé dans notre société depuis longtemps déjà. S'agit-il d'une personne, et si non, s'agit-il d'une chose, sachant que le droit ne distingue que ces deux catégories.

Certes, avant sa venue au jour, le naissant n'est pas une personne. Il ne se donne pas à voir. Il n'est donc pas doté de ce caractère de *persona*, le masque de la tragédie antique dont les acteurs étaient affublés et qui leur donnait leur personnalité reconnaissable au premier coup d'œil. Mais est-il pour autant une chose ?

Sur le plan bio-socio-psychologique, le concept de Naissant permet de passer à un autre niveau de l'approche de la Naissance. Reste à en proposer une définition. Il nous apparaît que c'est un habitus en construction au sens que P. Bourdieu donne à ce terme¹⁵.

→ Le Naissant: un habitus particulier

L'approche que je voudrais ici proposer est essentiellement 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".

Il ne peut s'agir que d'un **ÊTRE**.

Le Naissant, défini alors 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).

Ce sur quoi il me paraît possible de s'accorder, c'est l'idée que le Naissant est doté d'un habitus, particulier à la période de Naissance, au sens de Bourdieu. L'habitus est en effet défini par Pierre Bourdieu comme « *l'ensemble 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 le 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* » (*ibid*).

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. 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, ainsi que de la manière dont il se reflète dans les relations sociales. Signification de l'**ÊTRE** 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 la fonction illocutoire du langage. Ce qui fait que 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-même¹⁶.

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, 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, 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

16. C.-E.Tourné - *op cit* note 5.

17. C.-E. Tourné - *Et s'il fallait du temps pour naître ?* 234 p. Éditorial "El Trabucaire", Perpignan 1996.

LL

L'habitus est la conjonction de ce qui fait l'être dans le moment et dans le lieu, ainsi que de la manière dont il se reflète dans les relations sociales. Signification de l'**ÊTRE** en situation sociale, l'habitus est inconscient. Il le caractérise globalement.

77

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 coude 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 dépistés 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 pour lequel nous avons proposé le syntagme PSYCHIQUE¹⁷) 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. 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 PSYCHOMATIQUE) 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 de l'individu. L'expérience se fera sous la forme d'un reflet conscient. La mise en connexion du savoir et de l'expérimentation en fera une connaissance. 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.

→ Regarder le Naissant en face

Biologiquement, le Naissant est dénommé embryon, fœtus puis nouveau-né. Socialement, il est un habitus particulier agissant sa 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

44

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 les bases toujours renouvelées de fonctionnalités de plus en plus complexes.

77

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'existe 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.

→ Et même juridiquement

Le travail de B. Tourné nous donne, dans cette perspective, une solution possible de l'approche de cet individu en naissance du point de vue du droit. Nous n'avons pas ici la place pour développer cet aspect du Naissant. Qu'il nous suffise de rappeler ce qui découle de notre définition de la Naissance : la coexistence de trois processus étroitement imbriqués, liés et interdépendants : l'accession de la mère à sa maternité, du père à sa paternité et de l'enfant à son humanité.

Dans cette triade, seules deux personnes, sujets de droit, peuvent exprimer librement leur volonté : il s'agit des géniteurs en devenir de père et mère.

Il s'ensuit que l'existence du Naissant et sa capacité à « *naître vivant et viable* » (ce qui fait de lui, rappelons-le, dans le droit actuel une personne avec rétroaction à toute la période précédente du fait qu'il « *sera considéré comme né dès l'instant qu'il y va de son intérêt* ») résulte de la volonté autonome de ses géniteurs à dépasser leur simple statut de géniteurs.

« C'est un sujet de droit dont l'existence dépend de la rencontre de l'expression unilatérale de volontés communes de ses géniteurs, expression de volontés synallagmatiques alors d'accéder à leur pater- et maternité ».18

Le Naissant a donc des droits

(im)prescriptibles sous peine d'un développement sous-optimal) et nous les citerons rapidement :

- Bénéficier d'un environnement harmonieux et attentif à ses besoins ;

>

18. B. Tourné. *Fantasmes d'un juriste sur le concept de naissant*. Cahiers de l'Université de Perpignan-1998, 28, 167-183.

- N'être ni enfumé, ni alcoolisé, ni drogué d'aucune manière, même avec des médicaments sauf en cas de nécessité pour sa survie À LUI;
- Venir au monde à son heure. Déclenchant lui-même le processus d'accouchement, le naissant réalise là son premier acte social positif. Le priver de cette liberté, c'est le placer pour la suite dans des conditions sous-optimales de développement psychosomatique;
- Être alimenté suivant sa programmation génétique;
- Bénéficier pour sa santé de toutes les avancées de la technologie moderne **sans que jamais des conditions extérieures au maintien strict de sa santé ne viennent interférer dans l'utilisation de cette technologie.**

CELA POSE QUELQUES PROBLÈMES

Ce concept de Naissant pose bien sûr des problèmes : certes par exemple l'IVG et l'ITG se trouvent interpellées par ce concept d'une manière nouvelle. Mais l'originalité de ce concept propose à ces problèmes des solutions qui vont de soi : le respect du Naissant est autre chose que le respect de la vie.

L'IVG : L'IVG ne détruit pas un acteur social. Elle interrompt un processus gravidique qui met la femme en détresse psychosomatique (loi Weil de 1975).

Mais pas plus qu'une grossesse extra-utérine ou une môle hydatiforme. Elle est thérapeutique pour la mère.

L'ITG avec euthanasie : c'est une interruption de naissance. Elle est la conséquence d'un diagnostic médical dit prénatal, qui indique pour le naissant un risque grave et le plus souvent incompatible avec une vie digne et décente. Elle impliquera un processus de deuil pour les parents de cette naissance interrompue.

Elle est thérapeutique seulement pour le groupe social.

L'ITG sans euthanasie (déclenchement). Le déclenchement de l'accouchement avant qu'il ne se mette en route spontanément est, au sens propre, une interruption thérapeutique de grossesse. Ce n'est pas pour autant une interruption de naissance. Ce n'en est, tout au plus, qu'une perturbation du processus.

Toutes deux posent uniquement problème par leurs critères : on voit bien poindre ici les risques d'eugénisme, mais aussi d'économisme et de consumérisme.

On sait bien que certaines sociétés considèrent aujourd'hui l'absence de chromosome Y comme une tare devant conduire à l'IVG. À quel niveau d'*« anomalie »*, de risque de handicap doit-on fixer la limite d'une décision d'ITG ?

Mais n'est-il pas médicalement problématique que la désertification programmée du territoire en lieux d'accouchement impose de trimballer le naissant dans le ventre de sa mère sur des dizaines voire centaines de kilomètres, de déclencher sa venue au monde *manu militari*, d'enclencher ainsi le processus conduisant à un excès d'analgésies, un excès d'interventions que n'exigerait pas le respect des rythmes biologiques. Et puis de le mettre à la porte de la maternité aussi vite que possible avec un allaitement à peine enclenché, une mère fatiguée, souvent porteuse d'une plaie suturée mais non cicatrisée,



Photo : D.C.E. Tourné

après un accouchement instrumentalisé sous anesthésie plus ou moins profonde qui obère, par ce fait même, la prise de contact mère-enfant et donc leur relation.

Ne sommes-nous pas là dans un risque "maternologique" maximisé pour raisons qui n'ont rien à voir avec l'optimisation de la naissance ?

→ L'avantage du concept de °Naissant

L'avantage du concept de Naissant 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 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 » aux cours du processus de Naissance ? L'accident génétique est-il intrinsèquement plus dévalorisant que l'accident de grossesse conduisant à l'accouchement excessivement prématûré ? 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.

On voit ainsi à quel point, entre naissance et accouchement, ce concept fait la différence. •

LA PRÉVENTION DU SYNDROME DU BÉBÉ SECOUÉ PAR LES SAGES-FEMMES

Il faut mieux le comprendre...

Le syndrome du bébé secoué (SBS) est un traumatisme crânio-encéphalique infligé par secouement⁽¹⁾. C'est la forme la plus grave de maltraitance envers un nourrisson^(2, 3). Il persiste encore aujourd'hui dans notre société alors qu'il est pourtant possible de le prévenir.

La moyenne d'âge se situe entre 2,2 et 5 mois⁽⁴⁾. Son incidence est estimée à 200 cas par an en France^(2, 5) mais elle est fortement sous-évaluée: peu de nourrissons victimes de ce syndrome parviennent jusqu'aux services de soins du fait de la pauci symptomatologie de la phase aiguë ne nécessitant pas forcément un recours aux soins. De plus, pour la minorité d'enfants hospitalisés, le diagnostic reste difficile à établir par la diversité des séquelles cliniques^(6,7). Les symptômes varient en fonction de l'importance des lésions neurologiques; un dixième des victimes en décèdent⁽⁸⁾.

C'est donc pour ces quelques cas diagnostiqués mais surtout pour tous ceux qui ne le sont pas, révélateurs d'un problème de santé publique majeur, qu'une prévention au sujet du SBS semble primordiale.

Les sages-femmes sont des professionnels de choix dans la prévention du SBS du fait de leur proximité vis-à-vis des nourrissons et des femmes.

De prime abord, le SBS soulève différents problèmes sociaux. C'est en effet dans un contexte particulier que le SBS persiste encore aujourd'hui dans notre société. Et c'est dans ce contexte que les sages-femmes doivent intervenir dans la prévention de ce dernier: une société devenue intolérante aux pleurs, qui véhicule l'idée "d'un bonheur du post-partum" pourtant bien différent de la réalité, entre pleurs, fatigue et isolement. Des femmes à qui on demande de retourner précocement au travail sans dispositif de garde ou d'aide mis à disposition. Un soutien spontané des familles qui tend à diminuer car l'entourage travaille plus longtemps et plus souvent, les familles élargies se marginalisent au profit des familles nucléaires et monoparentales. Il existe une carence actuelle dans l'accompagnement des femmes, avec une prise en charge des nouvelles mères qui semble très morcelée. L'enquête du CIANE conclut d'ailleurs à un besoin accru d'accompagnement et d'écoute, les parents se sentant angoissés et désespérés au retour à la maison⁽⁹⁾.

Les sages-femmes assurent un rôle d'information et d'accompagnement⁽¹⁰⁾. Elles se portent garant de ces rôles quelles que soient les évolutions de la société.

... pour mieux le prévenir

La sage-femme dispose de divers outils, à différents moments dans le parcours de soin des femmes: la préparation à la naissance et à la parentalité, les visites à domicile et la rééducation périnéale. Tous ces moments semblent être des opportunités à saisir pour réaliser une prévention au sujet du SBS car aucun consensus n'a pu être établi quant au moment opportun pour l'effectuer.

Il existe deux façons de prévenir ce syndrome:

- En informant directement sur ce qu'est le SBS, visant à empêcher le passage à l'acte lorsque l'adulte se retrouve dans une situation à risque.

■ Et en anticipant les facteurs déclencheurs, dans le but d'éviter d'arriver à une situation à risque.

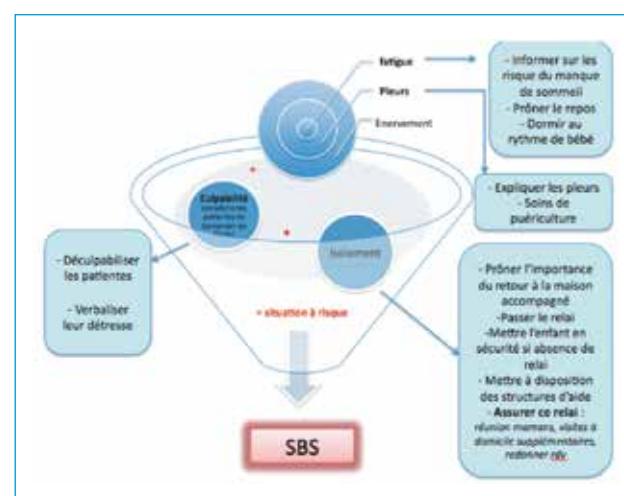
Les deux options ne sont pas antinomiques, il semble d'ailleurs souhaitable de "jouer sur les deux tableaux": un premier niveau de prévention directe, complété par une prévention indirecte vis-à-vis des facteurs de risque.

La littérature tend à confirmer l'efficacité des programmes de prévention informant directement sur ce qu'est le SBS. Pour preuve, différentes études établissent en effet un lien entre cette information directe et une baisse de l'incidence du SBS^(11, 12).

Mais les sages-femmes éprouvent de réelles difficultés pour aborder directement ce sujet dont elles taisent bien souvent le nom. Ainsi, face à ces difficultés d'approche directe, elles font preuve de moyens originaux et s'attachent à prévenir les facteurs qui, lorsqu'ils sont réunis, semblent concourir à une situation à risque de SBS. Ces facteurs de risque ont été modélisés sous la forme d'une équation:

$$\begin{aligned} &[\text{pleurs} + \text{fatigue} \Rightarrow \text{état d'énerverment}] \\ &+ \text{culpabilité} + \text{isolement} = \text{risque de SBS} \end{aligned}$$

Différentes actions de prévention sont alors possibles sur chaque facteur. Elles sont synthétisées sous forme de schéma:



Il n'existe pas de population cible, que ce soit d'adultes maltraitants ou de nourrissons présentant des risques plus élevés^(13, 14). Il est donc nécessaire de réaliser une prévention systématique au sujet du SBS.

La sage-femme s'illustre donc comme un acteur principal dans la prévention primaire du SBS. Elle intervient également en préambule de la prévention secondaire, au sein d'un réseau de professionnels.

Prévenir l'anxiété, la nervosité et la culpabilité générées par les pleurs d'un nourrisson ne prévient pas seulement le passage à l'acte de centaines de cas de SBS, elle améliore également la santé de milliers de parents et famille. La santé est en effet, comme définie par l'Organisation Mondiale de la Santé, « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». •

Bibliographie p. 34 >>

BIBLIOGRAPHIE

1. Mireau E. *Maltraitance du nourrisson: le syndrome du bébé secoué*. Laennec. 2012 ; Tome 56 (1): 18-25.
2. Caffey J. *The Whiplash Shaken Infant Syndrome: Manual Shaking by the Extremities With Whiplash-Induced Intracranial and Intraocular Bleedings, Linked With Residual Permanent Brain Damage and Mental Retardation*. Pediatrics. 1974; 54 (4): 396-403.
3. Haute Autorité de Santé - Recommandations: *Syndrome du bébé secoué* [Internet] 2011. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms_c_1095929/fr/recommandation-syndrome-du-bebe-secoue
4. Barr RG, Trent RB, Cross J. *Age-related incidence curve of hospitalized Shaken Baby Syndrome cases: Convergent evidence for crying as a trigger to shaking*. Child Abuse Negl. 2006; 30 (1): 7-16.
5. Caffey J. *On the theory and practice of shaking infants. Its potential residual effects of permanent brain damage and mental retardation*. Am J Dis Child 1960. Août 1972; 124 (2): 161-9.
6. Williams RA. *Injuries in infants and small children resulting from witnessed and corroborated freefalls*. J Trauma. 1991; 31 (10): 1350-2.
7. Turkieltaub S. *Le syndrome du bébé secoué: comprendre, prévenir et protéger*. J Droit Jeunes. 2012; N° 314 (4): 31-7.
8. Mireau Étienne, Hématome sous dural du nourrisson et maltraitance: à propos d'une série de 404 cas, 216, médecine, Université Paris Descartes V, 2005.
9. Enquête CIANE - *Sortie de maternité et bien être des femmes* [Internet]. 2012. Disponible sur: <http://ciane.net/publications/enquete-accouchement/>
10. Haute Autorité de Santé - *Maltraitance des enfants, y penser pour repérer, savoir réagir pour protéger* [Internet]. 2014. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/questions-reponses_maltraitance_enfants.pdf
11. Dias MS, Smith K, deGuehery K, Mazur P, Li V, Shaffer ML. *Preventing Abusive Head Trauma Among Infants and Young Children: A Hospital-Based, Parent Education Program*. Pediatrics. 2005; 115 (4): e470-7.
12. Altman RL, Canter J, Patrick PA, Daley N, Butt NK, Brand DA. *Parent Education by Maternity Nurses and Prevention of Abusive Head Trauma*. Pediatrics. 2011; 128 (5): e1164-72.
13. Becker E, Weerts F. *Syndrome du bébé secoué: des lésions somatiques à la psychopathologie parentale*. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. 2009; 57 (5): 429-36
14. Tursz A. *Les infanticides en France: peut-on les repérer, les compter, les prévenir?* Arch Pédiatrie. 2014; 21 (4): 343 – 346.

COMMUNIQUÉS**RÉSUMÉ DU COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL D'ÉTHIQUE DU 15 JUIN 2017****RÉSUMÉ DE L'AVIS 126 DU CCNE DU 15 JUIN 2017
SUR LES DEMANDES SOCIÉTALES DE RECOURS À
L'ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION (AMP)**

Les techniques d'assistance médicale à la procréation (AMP), autorisées à l'origine par la loi pour pallier une altération pathologique de la fertilité, sont sollicitées aujourd'hui pour répondre à des demandes sociétales, issues de situations personnelles (de couple ou non). Il s'agit donc de nouveaux usages de techniques qui existent mais qui dépassent le cadre actuellement prévu par la loi. Trois situations sont examinées par le CCNE: **'l'autoconservation ovocytaire chez des femmes jeunes, les demandes de recours à l'insémination avec donneur (IAD) par des couples de femmes et des femmes seules, et les demandes de recours à une gestation pour autrui (GPA)**.

**UNE MÉTHODE D'ANALYSE JUSTIFIÉE
PAR LA COMPLEXITÉ DES ENJEUX**

Pour structurer la réflexion éthique face à la complexité des enjeux soulevés par ces demandes, le CCNE a élaboré une méthode d'analyse originale, intégrée à l'avis et déclinée dans les trois situations. Cette méthode est fondée sur trois axes:

- **Elle part du constat des disjonctions qu'induit chacune des techniques d'AMP** examinées à chacune des étapes qui se succèdent, notamment entre procréation et filiation, entre sexualité et procréation, entre procréation et gestation, entre transmission génétique et filiation, entre la personne et les éléments de son corps,
 - **Elle met ensuite en lumière les nouvelles relations humaines** que ces techniques permettent entre les personnes qui interviennent concrètement dans les processus d'assistance médicale à la procréation (AMP): les femmes ou les hommes qui demandent l'accès à ces techniques et deviendront parents, les enfants qui naîtront, les soignants, les donneurs de gamètes ou les femmes qui portent un enfant pour d'autres, la société à laquelle on demande d'institutionnaliser, d'organiser et de prendre en charge ces procédures d'AMP;
 - **Elle examine les conséquences de ces relations**, qu'elles soient positives (avoir un enfant) ou négatives (risque de violences). C'est dans l'analyse de ces conséquences qu'ont surgi les questions éthiques.
- Ainsi le CCNE s'est heurté à ce qu'il a nommé des "points de butée" dans les réflexions, et les questionnements. Ils constituent des sources inévitables de perplexité qui s'imposent quelle que soit la réponse que l'on veut apporter à la demande sociétale d'AMP. Leur explicitation est essentielle pour nourrir la réflexion éthique de la société, et permettre à chacun de construire sa réflexion personnelle.
- Le CCNE s'est efforcé d'exposer dans ce texte le résultat de l'analyse collective approfondie qui a été menée grâce à cette méthode, qui dépasse les différences de points de vue exprimés selon les convictions des uns et des autres, à travers les recommandations majoritaires et les divergentes.

L'AUTOCONSERVATION OVOCYTAIRE CHEZ LES FEMMES JEUNES

La pratique de l'autoconservation de gamètes n'est aujourd'hui autorisée qu'en cas de pathologies ou de traitements affectant la fertilité, ou en contrepartie d'un don d'ovocytes. Le caractère tardif de la première maternité accroît la fréquence des infécondités liées à l'âge de la femme. Une autoconservation des ovocytes de précaution, à un âge où la fertilité de la femme est encore optimale, lui permettrait, en cas de souhait tardif de grossesse et de difficulté pour y parvenir, d'utiliser ses propres ovocytes prélevés auparavant.

Le CCNE souligne le caractère très contrariant de la procédure de collecte des ovocytes, lié notamment aux stimulations ovarianes répétées, à l'anesthésie générale, aux ponctions ovarianes. Il insiste sur les risques cliniques et médicaux induits, mais aussi sur les risques de pressions sociales et professionnelles émanant de l'entourage ou des employeurs. La proposition d'une autoconservation oocytaire de "précaution" chez les femmes jeunes, soulève notamment les questions:

- de sa réelle utilité, dans la mesure où la grande majorité des femmes pourront avoir des enfants par des méthodes naturelles,
- de l'absence de garantie de résultat pour celles qui y auraient finalement recours, puisque son taux de réussite ne dépasse pas 60 %,

- de la limite temporelle à l'utilisation des ovocytes,
- du devenir des ovocytes non utilisés,
- de ses coûts médicaux, techniques, médicamenteux, et financiers non négligeables; leur prise en charge fait débat.

Le CCNE estime donc essentiel de délivrer une information sérieuse sur l'évolution de la fertilité féminine destinée à l'ensemble de la population jeune, sur les lieux de formation et relayée par les médias.

Le CCNE recommande aussi qu'un effort particulier soit consenti par la société pour faciliter la maternité chez les jeunes femmes qui le souhaitent, leur permettant d'allier emploi, évolution de carrière et qualité de vie familiale.

Pour la plupart des membres du CCNE, proposer l'autoconservation ovocytaire à toutes les femmes jeunes, en vue d'une éventuelle utilisation ultérieure, est difficilement défendable. Cependant certains membres ne partagent pas cet avis et fondent leur position sur l'autonomie et la responsabilité des femmes.

DEMANDES D'AMP PAR DES COUPLES DE FEMMES OU DES FEMMES SEULES

Cette demande d'AMP, en l'occurrence une insémination artificielle avec donneur (IAD), pour procréer sans partenaire masculin, en dehors de toute infécondité pathologique, s'inscrit dans une revendication de liberté et d'égalité dans l'accès aux techniques d'AMP pour répondre à un désir d'enfant. Cette demande induit une disjonction évidente entre sexualité et procréation, entre procréation et filiation; elle modifie profondément les relations de l'enfant à son environnement familial, en termes de repères familiaux, d'absence de père institutionnalisée *ab initio*. Elle fait émerger plusieurs interrogations sur la relation des enfants à leurs origines puisqu'en France le don est anonyme et gratuit ou sur le fait de grandir sans père. Aussi sur ces points, il serait pertinent de pouvoir s'appuyer sur des recherches fiables sur l'impact de cette situation, leur absence constitue un point de butée.

Cependant l'analyse du CCNE, s'appuyant sur la reconnaissance de l'autonomie des femmes et la relation de l'enfant dans les nouvelles structures familiales, le conduit à proposer d'autoriser l'ouverture de l'IAD à toutes les femmes. Il considère que l'ouverture de l'AMP à des personnes sans stérilité pathologique peut se concevoir pour pallier une souffrance induite par une infécondité résultant d'orientations personnelles. Cette

souffrance doit être prise en compte car le recours à une technique déjà autorisée par ailleurs n'implique pas de violence dans les relations entre les différents acteurs.

Il suggère cependant que soient étudiées et définies des conditions d'accès et de faisabilité, notamment en distinguant la situation différente des couples de femmes et des femmes seules, en maintenant le principe actuel de gratuité des dons et en étudiant les modalités (remboursement refusé ou différencié) pour que l'assurance-maladie ne supporte pas les charges financières correspondantes. Cette demande d'ouverture doit être confrontée à la rareté actuelle des gamètes qui risque de provoquer un allongement des délais d'attente ou une rupture du principe de gratuité des dons. Cela pourrait ouvrir des perspectives de marchandisation des produits du corps humain et remettre en cause le système de santé français fondé sur des principes altruistes.

Le débat rencontre des points de butée inévitables concernant cette demande d'accès: les conséquences pour l'enfant, le risque de marchandisation accrue, les conditions de faisabilité. Ils ont conduit une partie minoritaire des membres du CCNE à proposer qu'en ce domaine le *statu quo* soit maintenu.

LES DEMANDES SOCIÉTALES DE GESTATION POUR AUTRUI (GPA)

Cette demande exprimée par les couples homosexuels masculins et les hommes seuls, les femmes fertiles qui ne veulent pas porter d'enfant, voire des personnes sans lien biologique avec l'enfant, constitue une situation nouvelle par rapport à celle ayant fait l'objet de l'avis n° 110 du CCNE en 2010 et dans lequel le CCNE avait estimé que la demande de GPA, même motivée par des raisons médicales, portait atteinte à l'intégrité des femmes, et que le désir d'enfant ne pouvait constituer "un droit à l'enfant" justifiant la pratique de la GPA.

Le CCNE analyse les disjonctions, relations et conséquences d'une GPA. Il souligne les caractéristiques récentes du développement rapide du marché de la GPA, mettant en avant le rôle des intermédiaires économiques à l'échelle internationale. Il insiste sur la nature des violences juridiques, économiques, sanitaires et psychiques, qui s'exercent principalement sur les femmes recrutées comme gestatrices ou mères porteuses et sur les enfants qui naissent et qui sont objets de contrats passés entre des parties au pouvoir très inégal, même si les obstacles juridiques à leur retour en France apparaissent, aujourd'hui, en partie levés.

Le CCNE s'inquiète de l'augmentation du nombre de GPA, correspondant parfois dans la réalité, à des productions d'enfants à des fins d'adoption entre personnes privées. En 2017 le CCNE reste attaché aux principes qui justifient l'interdiction de la GPA, et souhaite le renforcement des moyens de prohibition au niveau national et international, estimant qu'il ne peut y avoir de GPA éthique.

ENJEUX ET PERSPECTIVES

L'analyse des demandes sociétales de recours à l'AMP a conduit le CCNE à s'interroger sur les lignes de partage entre l'intime et le collectif, le pathologique et le sociétal, à soulever la question de la place et des droits de l'enfant, né et élevé dans ce contexte d'ouverture des techniques d'AMP, de leurs conséquences, la préservation de l'intérêt de l'enfant constituant une exigence majeure.

Les conséquences d'un accès plus large à des techniques d'AMP peuvent être analysées en termes économiques quand il s'agit de la disponibilité des ressources biologiques (comme les gamètes ou l'utérus), et aussi se traduire par une modification des principes qui sous-tendent l'offre de soins dans le système de santé en France. Ce sont autant de points de butée qui expliquent des positions divergentes et minoritaires à côté de l'avis du CCNE et de la majorité de ses membres.

Le CCNE constate que s'annoncent des changements majeurs dans de nombreux champs de la vie humaine et notamment dans la façon de concevoir un enfant et de devenir parents: le monde de la procréation change vite, et certaines limites techniques pourraient être bientôt franchies. Ce monde qui change exige une vigilance éthique, mais aussi des méthodes et moyens pour construire le débat social, notamment lors des états généraux de révision de la loi relative à la bioéthique, en 2018. En conséquence, le CCNE estime primordial que soit développé au plan national, sur le sujet de la procréation dans le monde de demain, un travail d'information, de discussion et de pédagogie, par exemple réunir des conférences citoyennes pour obtenir d'elles l'indication des avantages et inconvénients de chaque alternative recensée. C'est enrichi de ces réflexions de la société civile que le débat législatif pourrait être engagé.



<http://www.ccne-ethique.fr/>

COMMUNIQUÉ DE PRESSE DU 7 JUILLET 2017

LA SANTÉ ET L'ACCÈS AUX SOINS NE DOIVENT PLUS ÊTRE UN LUXE POUR LES FEMMES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

Dans son rapport "Santé et accès aux soins: une urgence pour les femmes en situation de précarité" – remis ce jour à Marlène Schiappa, Secrétaire d'Etat chargée de l'égalité entre les femmes et les hommes – le Haut Conseil à l'Égalité s'est intéressé aux femmes en situation de précarité, ces femmes "hors radar", dont la santé est dégradée et l'accès aux soins entravé.

Les femmes représentent 64 % des personnes qui reportent des soins ou y renoncent¹, soit près de 9,5 millions de femmes qui, chaque année:

- ne sollicitent pas les aides financières trop complexes: un tiers des potentiel.le.s bénéficiaires de la CMU-C ne la demande pas;
- font face à des dépassements d'honoraires ou à des délais d'attente trop importants, voire à des discriminations et des refus de soin;
- ne peuvent se permettre de prendre le temps de consulter un.e professionnel.le de santé, le quotidien de ces femmes étant une course permanente, dans laquelle leur santé passe en dernier, après leurs enfants, leur compagnon et la gestion des difficultés financières.

Les femmes en situation de précarité présentent une santé dégradée:

- due à leurs conditions de vie et de travail pénibles, stressantes et usantes, et pourtant insuffisamment reconnues: malgré la réforme récente, les trois quarts des travailleur.euse.s² qui ont cumulé au moins un point sur leur compte prévention pénibilité sont des hommes;
- due à un accès et une participation moindre à la prévention et aux campagnes de dépistage, notamment des cancers du sein et du col de l'utérus;
- due à l'androcentrisme de la société et de la médecine, comme l'illustrent les maladies cardio-vasculaires, qui sont la première cause de mortalité des femmes, en particulier chez les plus précaires d'entre elles. Les femmes survivent

1. Étude ODENORE/PACTE/CNRS, juin 2016.

2. Selon les dernières données rendues publiques par la Caisse nationale d'assurance vieillesse.

moins que les hommes (43 % des accidents cardiaques sont fatals chez les hommes et 55 % chez les femmes), car elles sont prises en charge plus tardivement. En effet, les symptômes spécifiques aux femmes sont mal connus par les professionnel.le.s de santé, les femmes elles-mêmes ou les éventuels témoins. Parmi les femmes, la mortalité est multipliée par 3 pour les catégories socio-professionnelles les plus défavorisées.

Le Haut Conseil à l'Égalité appelle à une politique volontariste de lutte contre les inégalités de santé qui tienne compte des inégalités de sexe, et encourage le développement de dispositifs spécifiques à destination des femmes en situation de précarité, notamment par:

- une meilleure évaluation, dans le compte prévention pénibilité, du caractère usant et pénible des postes majoritairement occupés par des femmes en situation de précarité;
- une simplification de l'accès aux prestations sociales en matière de santé (fusion de la CMU-C, de l'AME et de l'ACS) et la mise en place d'un accompagnement pour faciliter les démarches;
- la formation des professionnel.le.s de santé à l'accueil des personnes en situation de précarité, au dépistage systématique des violences dans le cadre familial ou professionnel et aux symptômes spécifiques aux femmes pour certaines pathologies, cardiaques par exemple.

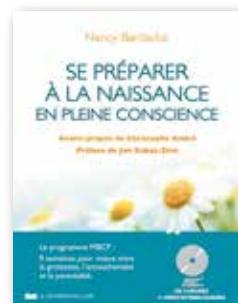
La médecine a fait des progrès considérables ces dernières décennies, ils doivent bénéficier à tous, et à toutes.

Se préparer à la naissance en pleine conscience

● Nancy BARDACKE

Un programme en 9 semaines seulement pour:

- vivre la maternité avec confiance en apprivoisant le stress, les peurs et les douleurs de l'accouchement;
- renouer avec la sagesse innée du corps, du cœur et de l'esprit;
- développer l'art de la communication en pleine conscience avec son partenaire et ses proches.



Éditeur Courrier du Livre
24,90 € - 384 pages
17 x 22 cm
ISBN : 978-2702912690
www.editions-tredaniel.com

Se sentir sereine, calme et vivre le moment présent. Réaliser des méditations guidées grâce au CD de 3 heures environ.
2^e édition revue et augmentée.

Théorie de l'attachement et psychanalyse

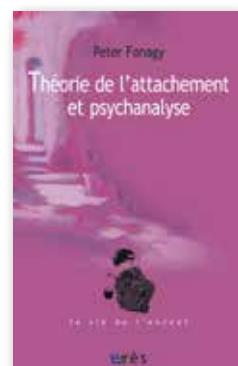
● Peter FONAGY

En France, la théorie de l'attachement a suscité de grandes résistances chez les psychanalystes qui considéraient l'observation directe du nourrisson comme une menace pour l'orthodoxie. Elle est aujourd'hui redécouverte par les psychanalystes qui s'intéressent à la petite enfance. Dépassant les a priori théoriques, ces derniers mettent en lumière les avancées qu'elle permet et envisagent, au grand profit de la clinique, la synergie de l'enfant reconstruit après coup dans la cure et de l'enfant étudié en temps réel.

Psychanalyste confirmé et fin connaisseur de l'œuvre de John Bowlby et de ses héritiers, Peter Fonagy s'est engagé en pionnier dans des recherches cliniques qui réconcilient enfin l'intrapsychose et l'interpersonnel.

Dans cet ouvrage, il effectue une revue critique très complète des diverses options en présence dans ce débat polémique. Les éléments de convergence, de divergence et d'enrichissement mutuel entre théorie de l'attachement et psychanalyse sont examinés dans une perspective novatrice utile au clinicien et au chercheur.

D'une grande clarté didactique, cette nouvelle édition du livre de Peter Fonagy donne au lecteur expert ou en formation les clefs permettant d'accéder à la compréhension d'un véritable croisement épistémologique en psychanalyse.



Éditions Eres
Nouvelle édition
EAN : 9782749255248
Parution : 8 juin 2017
280 pages
Format : 14 x 22 - 25 €
www.editions-eres.com

Peter Fonagy est psychologue clinicien et psychanalyste, membre titulaire de la British Psycho-Analytical Society. Professeur de psychanalyse au Freud Memorial, il dirige le département du Clinical Health Psychology de l'université de Londres. Il est aussi directeur de recherches au Anna Freud Center.

Ce texte a été présenté aux 45^{es} Assises Nationales de Sages-Femmes de Strasbourg, mai 2017. Avec leur aimable autorisation.

L'accouchement "ambulatoire"

ÉTUDE PILOTE Évaluation de la faisabilité des sorties de maternité le jour même ou le lendemain de la naissance

ÉTUDE ACCAMBU

CONTEXTE

→ Sur le plan national

Le plan national de périnatalité 2005-2007 a comporté un ensemble de mesures visant à améliorer la sécurité et la qualité des soins tout en développant une offre plus humaine et plus proche impliquant tous les acteurs de la périnatalité. La politique de périnatalité vise l'efficience et la performance au regard des indicateurs médiocres de périnatalité, de la démographie médicale et de la situation financière de certaines structures. Les deux rapports successifs de la Cour des Comptes, en 2012 et en 2014, ont dressé un constat plus préoccupant qu'en 2006 et proposent de nouvelles réorganisations nécessitant un pilotage rigoureux. La diminution de la durée moyenne de séjour en maternité est une évolution certaine, l'objectif étant qu'elle soit équivalente à celle des pays de l'OCDE, la sortie précoce ayant déjà été expérimentée dans de nombreux pays. La surmédicalisation pose la question de la pertinence et de l'iatrogénie des pratiques professionnelles. De nombreuses recommandations de l'HAS de 2005 à

2014 ainsi que les recommandations de bonnes pratiques du CNGOF établissent les fondamentaux du suivi et de l'accompagnement des grossesses physiologiques et des conditions du retour à domicile des mères et de leur nouveau-né. Enfin, la récente expérimentation des maisons de naissance, dans un cadrage défini, pourtant envisagée depuis de nombreuses années, permet de répondre à un triple enjeu : diversification de l'offre de soins, démédicalisation, maintien de la sécurité et de la qualité des soins. Les femmes enceintes, les futurs parents expriment leurs souhaits d'un accompagnement personnalisé, moins techniciisé et plus respectueux de la physiologie. Une optimisation de la coordination des professionnels est attendue dans une logique de parcours de santé où la sage-femme est un acteur de santé publique de premier recours.

→ Sur le plan régional et territorial

Le dernier SROS PRS 2012-2017 évoque une démarche d'accompagnement global en prénatal insuffisamment développée et structurée et notamment peu coordonnée en postnatal. La sortie de maternité doit être mieux encadrée. Les objectifs opérationnels visent à structurer l'entretien prénatal précoce, organiser les sorties, mettre en œuvre des actions permettant de mieux mobiliser et coordonner les acteurs en transversal et en proximité ainsi que favoriser les mesures préventives chez la mère et le jeune enfant.

Le projet médical du Groupement Hospitalier de Territoire prend en compte la filière physiologique au sein des maternités de type 2B et 1 dans une logique de parcours de soins structuré et coordonné.

→ Au sein du CHR

L'Hospitalisation à Domicile périnatale a été créée à la maternité de Thionville en 2001. Des conventions définissant les modalités du retour précoce à domicile

après un séjour physiologique en maternité, tant pour la mère que l'enfant, ont été signées avec les sages-femmes libérales dès 2005. Le PRADO a été initié dès 2012 et le PRADO "Sortie précoce" en 2016. Ainsi, les alternatives à l'hospitalisation conventionnelle et les sorties précoces ont été des priorités des projets de l'établissement et du pôle et ont considérablement fait évoluer les organisations et les pratiques professionnelles.

PROBLÉMATIQUE ET ENJEUX

Partant du constat que la technicisation, voire la surmédicalisation de la grossesse et de l'accouchement, sont régulièrement dénoncées (enquête nationale périnatale 2010, étude DREES 2014), sans pour autant que des alternatives se mettent en place, nous nous sommes questionnés :

En quoi la création d'une filière physiologique sera-t-elle efficiente et satisfaisante pour les patients et leur famille et pour les professionnels ?

Les enjeux sont multiples, tant liés à la santé publique qu'à l'organisation et à la structuration du dispositif :

- **Développement de l'offre de soins :** moins techniciisée tout en alliant sécurité et qualité ;
- **Logique de parcours de soins structuré et coordonné :** dynamique de coopération et de coordination et mobilisation des acteurs et des outils ;
- Optimisation des organisations et des pratiques existantes ;
- Diminution de la durée moyenne de séjour, l'efficience ;
- **Information des patients et de leur famille :** mieux informer, mieux accompagner les usagers dans leur parcours de santé ;
- Évaluation des risques et de la survenue de complications de l'ensemble du processus de prise en charge ;

PROTOCOLE DE RECHERCHE INTERVENTIONNELLE DE TYPE 2

Promoteur: CHR Metz-Thionville

Investigateur coordinateur:

Wallerich Yvette, Sage-femme coordinatrice en maëutique

Référent médecin: Dr Welter Éric, Chef du pôle Femme Mère Enfant

Référents libéraux: Laure Sanviti, Juliette Weinsberg, Sages-femmes libérales

Centre de Méthodologie et de

Gestion des données: Plateforme d'Appui à la Recherche Clinique.

- Lors de la certification des établissements de santé V2014, l'analyse de ce parcours de santé est une démarche qualité dont la méthodologie est celle du patient traceur;
- L'augmentation de la satisfaction des patientes.

Encourager les femmes enceintes à exprimer leurs demandes permet en effet d'ajuster l'accompagnement et les soins par les professionnels. Tout en garantissant la sécurité des prises en charge, ce parcours de soins se définit par une approche de la naissance plus respectueuse de son caractère naturel et physiologique et aura pour effet de renforcer la confiance en soi des femmes enceintes/des couples. Enfin, cette étude répond aux attentes des mères, des parents concernant le suivi, les soins personnalisés, un accompagnement et des conseils adaptés au milieu habituel de vie.

OBJECTIFS

Ainsi, notre étude consiste à évaluer la faisabilité de la sortie de maternité de la mère et de son enfant à bas risque médico-psycho-social, dans les 24 premières heures suivant la naissance ; le suivi à domicile est anticipé, coordonné et rigoureusement organisé. Cette étude répond aux besoins des patientes, des futurs parents, à la politique de périnatalité actuelle dans ses contraintes d'efficience et dans une logique de Parcours de santé : parcours de soins articulé en amont avec la prévention primaire et sociale et en aval, avec l'accompagnement médico-social, le maintien et le retour à domicile.

Selon un principe de subsidiarité, les sages-femmes sont positionnées comme professionnels de premier recours, acteurs de santé publique, dans les naissances à bas risque médico-psycho-social.

Cette étude a comme objectif principal l'identification et l'évaluation d'un parcours de santé "mère et enfant à bas risque médico-psycho-social" dans le cadre d'une sortie de maternité dans les 24 heures premières heures suivant la naissance, soit un séjour de 0 ou 1 nuit en maternité. Ce parcours est défini dans cette étude par le concept d' "accouchement ambulatoire".

Plusieurs objectifs secondaires sont déclinés de cet objectif principal et permettent d'évaluer :

- La qualité et la sécurité du suivi et de l'accompagnement des femmes et des nouveau-nés orientés dans cette filière physiologique;
- La continuité de la prise en charge et la coordination des professionnels ;
- La satisfaction des patientes.

CONCEPTION DE LA RECHERCHE

Une étude pilote monocentrique longitudinale est réalisée au sein du pôle FME de Thionville, Maternité de type 2b du CHR Metz-Thionville. Il s'agit d'évaluer la faisabilité des sorties de maternité dans les 24 heures suivant la naissance des mères et de leurs nouveau-nés à bas risque médico-psycho-social et d'identifier un parcours de santé physiologique. Elle repose sur 50 mères et nouveau-nés ayant formulé leur accord à leur participation à l'étude.

Cette étude de faisabilité aura comme perspective à moyen terme une étude comparative multicentrique permettant de comparer ce parcours de santé physiologique, dans le cadre d'un accouchement ambulatoire, à :

- Un parcours "PRADO sorties précoces" en maternité ;
- Un parcours de santé en maison de naissance.

et d'évaluer les impacts en termes de qualité de vie du patient, de la qualité et de la sécurité, notamment en termes de continuité de la prise en charge et de survenues éventuelles de complications, ainsi que de l'efficience des soins.

→ Critères d'éligibilité

Toute patiente et tout professionnel participant à cette étude s'engagent à en respecter les conditions et les modalités.

En anténatal, les critères d'inclusion et d'exclusion sont conformes aux recommandations de pratique clinique et de l'OMS ; ils ont fait l'objet d'un consensus de l'équipe obstétricale.

Une grossesse à bas risque est définie comme une grossesse dont le déroulement est dit "normal", soit "sans complication" avérée, chez une femme en bonne santé et qui le reste. Ce sont les grossesses pour lesquelles la probabilité d'accouchement normal et de naissance normale est la plus grande.

En pernatal, tout comme en antenatal

et en corrélation avec l'étape postnatale, les critères d'inclusion et d'exclusion sont conformes aux recommandations de pratique clinique et de l'OMS ; ils ont fait l'objet d'un consensus de l'équipe obstétricale et néonatale.

L'OMS, en 1997, définit une grossesse normale comme « *une grossesse dont le déclenchement est spontané, le risque est faible dès le début et tout au long du travail et de l'accouchement. L'enfant naît spontanément en position céphalique du sommet entre les 37^e et 42^e semaines de grossesse. Après la naissance, la mère et l'enfant se portent bien.* »

Si l'un des critères d'inclusion n'est pas rempli, il constitue *de facto* un motif d'exclusion du protocole.

En postnatal, les critères d'inclusion et d'exclusion à une sortie dans les premières 24 heures concernant la mère et l'enfant font référence à la recommandation de bonne pratique.

→ Stratégies de la recherche

Le parcours patient « *mère et enfant à bas risque médico-psycho-social* » est identifié par un macroprocessus composé de cinq étapes successives (*cf. schéma*) :

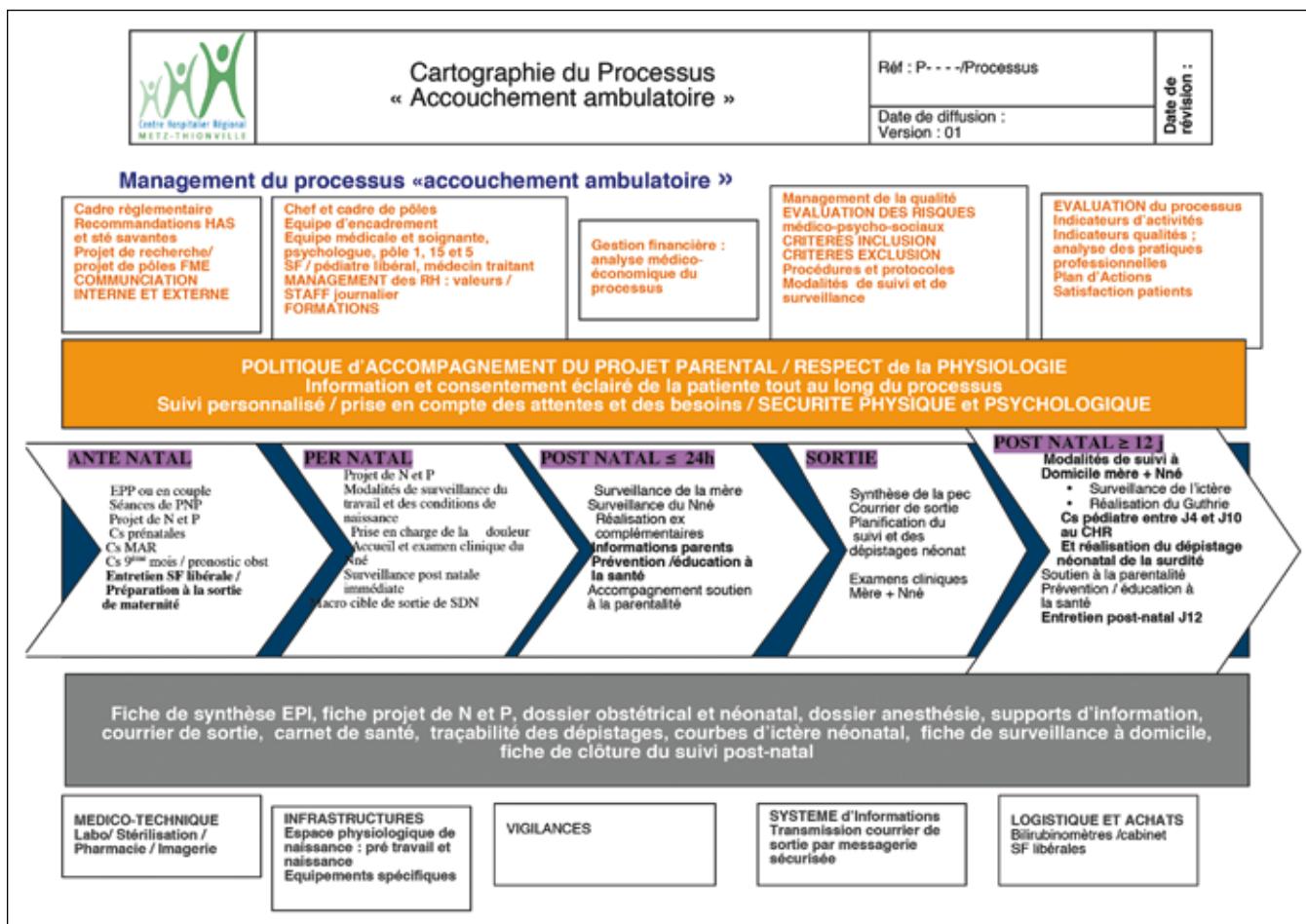
■ La période anténatale : l'EPP individuel ou en couple ainsi que la première Cs prénatale avant 10 SA indiquent l'entrée dans le processus de prise en charge, et l'inclusion dans le protocole de recherche ;

■ La prise en charge per natale : suivi et déroulement du travail, de la naissance et du post-partum immédiat ;

■ La période postnatale : l'hospitalisation de la mère et de l'enfant en maternité pour une durée maximale de 24 heures, soit un séjour de 0 ou 1 nuit ;

■ La sortie de maternité, dans toutes ses composantes médicales et organisationnelles ;

■ Le suivi à domicile : la clôture du suivi par la sage-femme libérale à J12 de la naissance indique la sortie du processus de prise en charge et la fin de l'inclusion dans le protocole de recherche. La continuité des soins, le cas échéant, est assurée par le médecin traitant et/ou autres acteurs de la périnatalité (sage-femme libérale, IPDE de PMI...). Celle-ci est planifiée au regard des règles de bonnes pratiques : Cs postnatale, Cs pédiatrique, Cs préventive du nourrisson.



STRATÉGIE ET OUTILS POUR IDENTIFIER LE BAS RISQUE EN ANTENATAL

- Constituer un groupe de femmes a priori comparable d'une maternité à l'autre selon la définition OMS et la classification du NICE et HAS (suivi A1 et A2).
- Suivi de la grossesse par une sage-femme ou GO référent (adhésion au protocole) selon les recommandations de bonnes pratiques en vigueur.
- Proposer systématiquement un EPP et des séances de PNp et informer les femmes des conditions de prise en charge/filière physiologique.
- Établir un projet de naissance: choix et consentement éclairé.
- Cs pré-anesthésique au 8e mois et pronostic obstétrical établi au 9e mois.
- Assurer la traçabilité du suivi dans le carnet de maternité.

NB: "Sortie" du protocole en cas de survenue de complications maternelles, obstétricales et fœtales.

STRATÉGIE ET OUTILS POUR LA SURVEILLANCE DU PERPARTUM

- Déterminer les critères d'admissibilité.
- Appréhender les pratiques utilisées pendant un accouchement normal selon l'OMS.
- Déterminer les conditions de surveillance du travail.
- Accompagnement et soutien empathique par une sage-femme référente: surveillance du bien-être physique et émotionnel.
- Environnement adapté et chaleureux: salles physiologiques.
- Prise en charge de la douleur: alternative à l'APD et protocole APD spécifique.
- Déterminer les conditions d'accueil du nouveau-né.
- Possibilité d'avoir accès à une technicité médicale en cas de besoin.
- Coordonner la prise en charge et assurer sa continuité en secteur postnatal.

STRATÉGIE ET OUTILS POUR L'ACCOMPAGNEMENT POSTNATAL

- Identifier les critères d'éligibilité mère/ Nouveau-né: recommandations HAS 2014; PRADO "sorties précoces".
 - Évaluer les interactions mère/bébé.
 - Informier les parents/physiopathologie des suites de naissance et modalités de prise en charge en cas d'urgence ou de besoin.
 - Organiser et coordonner le suivi à domicile dans les 24 premières heures.
- La catégorie "patient à bas risque" fait l'objet d'une réflexion au sein des équipes. Elle nécessite son évaluation tout au long du processus de prise en charge. Plusieurs raisonnements s'expriment et engagent un consensus professionnel :
- La recherche de pathologie versus son absence (cf. critères d'exclusion);
 - Le risque est omniprésent et le "bas risque" est confirmé *a posteriori*;
 - La grossesse est dite "normale", physiologique par définition, principe organisateur de ce parcours de santé.

L'information et la sensibilisation des patientes concernant les bénéfices d'un suivi régulier, axées non seulement sur la prévention et l'éducation à la santé mais aussi sur leurs souhaits, attentes et besoins sont primordiales. Des conseils pratiques (par oral, et supports écrits) sont apportés par les professionnels qui tiennent compte du mode de vie et de la situation psychosociale de la femme ou du couple. La relation de confiance entre les usagers et les professionnels est un facteur clef de réussite de ce suivi personnalisé. Dans le cadre d'une démarche pluriprofessionnelle, la continuité de la prise en charge est assurée de manière cohérente. La transmission des données est fiable, efficace et efficiente.

Concernant l'information des futurs parents et la structuration de ce parcours de santé, la mise en place d'un "**passer-
port du parcours ambulatoire**" est pertinente. Celui-ci contient :

- Des informations pratiques sur le parcours : le calendrier proposant les consultations et les examens obligatoires, les séances de PPN, l'EPP et l'entretien avec la sage-femme libérale référente ;
- Une fiche d'information sur l'EPP ;
- La fiche d'information du projet de naissance et de parentalité ;
- Les coordonnées des professionnels impliqués dans le parcours et un annuaire ressource en cas de survenue de complications.

La sortie de la patiente est prononcée par la sage-femme. En cas d'anesthésie péridurale, si la sortie est effective dans les 12 heures suivant la naissance, celle-ci est validée par le MAR. La sortie du nouveau-né est prononcée par le pédiatre.

Le suivi postnatal est organisé en vue de la sortie : appel de la sage-femme libérale par la sage-femme hospitalière pour programmer le premier rendez-vous dans les 12 à 24 heures après la sortie.

Le courrier de sortie est transmis par messagerie sécurisée à la sage-femme libérale.

Le dépistage néonatal est organisé : le Carton de Guthrie transmis à la sage-femme via le carnet de santé.

L'examen du 8^e jour et le dépistage néonatal de la surdité sont programmés : rendez-vous fixé avec le pédiatre de maternité entre J4 et J10 à la maternité. Le certificat du 8^e jour est établi lors cette visite.

MODALITÉS DE SUIVI PAR LA SAGE-FEMME LIBÉRALE APRÈS LA SORTIE

Les sages-femmes libérales référentes du suivi des patientes seront équipées d'un bilirubinomètre (financement projet) et des protocoles de surveillance de l'ictère de la maternité.

Tous les éléments de surveillance sont consignés dans le dossier de suivi à domicile et le carnet de santé. La fiche de clôture du séjour est redressée à la sage-femme coordinatrice de la maternité.

- Une visite/jour par la sage-femme libérale référente pendant 2 jours, la première à effectuer entre 12 et 24 heures après la sortie de maternité ;
- Puis selon le dispositif PRADO "Sortie précoce" : 3 visites supplémentaires dont 2 systématiques et 1 recommandée ;
- Entretien postnatal précoce entre J8 et J12 (renforcement besoins d'accompagnement) : vécu et ressenti de la patiente pour ajuster le suivi et mobiliser les ressources du réseau périnatal si besoin ;
- Visite de sortie à J12.

Tout au long du parcours de santé, en cas de survenue de complications ou de pathologies, la patiente est exclue du protocole et prise en charge selon les recommandations de bonnes pratiques et les protocoles en vigueur.

Ces complications ou pathologies auront fait l'objet d'une consultation par le médecin traitant ou le gynécologue-obstétricien et/ou le pédiatre qui, selon la situation, oriente en hospitalisation.

En cas d'urgence, les procédures en vigueur sont appliquées. Après avoir hiérarchisé les risques *a priori* du processus « *suivi postnatal* », nous avons choisi de décrire le plan d'action concernant les modalités de réhospitalisation de la mère et de l'enfant après la sortie de maternité.

ÉVALUATION

L'évaluation concerne l'ensemble des étapes du processus et répond aux objectifs (principal et secondaires) fixés dans le protocole :

- Indicateurs/bas risque médico-psychosocial ;

- Taux de survenue de complications pour la mère et le nouveau-né sortis précoce-ment ; nombre de réhospitalisations ;
- Indicateurs/coordination/continuité des soins ;
- Indicateurs/modalités d'information des patientes ;
- Satisfaction des patientes : écart entre les prestations attendues et réalisées ;
- Satisfaction des professionnels ;
- Évaluation quantitative : Taux d'acceptation ; Taux d'accouchements en espace physiologique ; Taux de sorties réalisées dans les 24 premières heures de la naissance/Nombre total de patientes incluses.

DÉROULEMENT DE LA RECHERCHE

→ Information des patientes concernées

Le médecin/la sage-femme propose au patient de participer à cette recherche et l'informe de l'objectif et du traitement informatisé des données le concernant qui seront recueillies au cours de cette recherche ; il lui précise également ses droits d'accès, d'opposition et de rectification à ces données.

→ Calendrier

- Démarrage en septembre 2017
- Durée de la période d'inclusion : 6 mois
- Durée de suivi par participant : 10 mois
- Durée totale de la recherche : 16 mois

CONCLUSION

L'amélioration de la qualité et de l'accompagnement des naissances à bas risque repose sur :

- La coopération ville/hôpital ;
- Un projet médical commun, cohérent dans le cadre du parcours de santé ;
- La coordination entre les différents acteurs de la périnatalité ;
- L'information des patientes : le retour précoce à domicile est bénéfique s'il est rigoureusement préparé, organisé et choisi ou entièrement accepté ;
- Des outils spécifiques et efficaces/continuité de la prise en charge ;
- Une évaluation des pratiques professionnelles et un suivi des indicateurs ;
- Une étude médico-économique.

L'évaluation du parcours de soins conduira à de nouvelles propositions et des réajustements le cas échéant. Ce parcours de soins pourra être modélisé dans différentes maternités de type 1, 2A, 2B et 3. •

Des fictions pavées de références à la maternité

Ces dernières années, le cinéma comme le petit écran n'ont cessé d'arpenter les arcanes de la grossesse et de l'accouchement. Sur nombre d'images diffusées, soit dans des programmes d'*entertainment*, soit dans des documentaires, le réalisme côtoie bien souvent les images formatées et rassurantes¹ qui éloignent trop de la vérité obstétrique.

Elaborées rigoureusement, il n'est pas si facile que cela de décortiquer ces images car dans les films chaque élément a une fonction bien précise. Dans cet article qui s'inscrit dans la continuité des études qui ont tenté d'appréhender les films pédagogiques en France² et en Belgique et le « code Hays » dans le cinéma américain³, nous proposons une série de solutions pour examiner et comprendre le contenu des fictions liées à la grossesse et à l'accouchement et son rôle dans le scénario.

LA VALSE DES IMAGES

En septembre 1996, la sociologue des médias Sabine Chalvon-Demersay posait au sujet des scénarios dans la revue d'anthropologie *Terrain* la question suivante : « Les œuvres diffusées doivent-elles être considérées essentiellement comme le produit idiosyncratique⁴ des fantasmes, des rêves et des talents de leurs auteurs ? Ou bien, à l'inverse, les œuvres télévisuelles, et culturelles en général, ne font-elles que reproduire une hypothétique réalité sociale brute, suivant une théorie simpliste du reflet ? »⁵ Qu'en est-il des scénarios des fictions qui font apparaître la maternité à visage découvert ? Tentons d'y voir plus clair.

Pour cela, faisons d'abord un gros plan sur les programmes diffusés du 3 au 9 juin 2017 sur la TNT en étudiant ce que contiennent les prêches des scénaristes tout en montrant que l'obstétrique et l'image s'entremêlent sans cesse.

Comme chaque semaine, la télévision a proposé durant ces sept jours, une dizaine de programmes montrant la maternité. D'abord, le programme qui lança la semaine fut diffusé le samedi 3 juin sur la chaîne Ciné + Émotion. Il s'agissait du film américain *Bienvenue à Gattaca*⁶. Le rapport avec la maternité est plus ou moins poreux, mais on touche du doigt dans ce film l'histoire d'une société eugéniste dans laquelle un homme truque ses codes génétiques pour être intégré dans un centre de recherches. Ensuite sur W9 en milieu de soirée, un épisode des *Simpsons* intitulé « *Bébé Nem* » offrit un spectacle à contre-courant⁷. Le site Internet simpsonspark.com décrit cet épisode

réalisé comme d'habitude sans mise en scène affectée : « *Selma* est en train de faire repasser le permis de conduire à M. Burns lorsqu'elle est subitement prise de bouffées de chaleur. Le docteur Hibbert lui explique que ce sont les symptômes de la ménopause et donc qu'elle ne pourra plus avoir d'enfant. Non résignée à finir sa vie seule, elle décide d'adopter un enfant. [...] Selma se tourne alors vers l'adoption d'un enfant chinois [...] ». Ce thème semé à tout vent fut aussi décliné, on s'en souvient, dans le film de Christian Clavier intitulé « *On ne choisit pas sa famille* ».

Le lendemain, le **dimanche 4 juin**, à 9 h 25, TMC diffusa « *L'enfant du mensonge* », un téléfilm inquiétant de 1992 dans lequel le téléspectateur déambule dans la vie d'une femme dont la fille qu'elle vient de mettre au monde est kidnappée. Puis, à 12 h 40, W9 proposa le téléfilm canadien « *Maternité à risque* »⁹ d'Adrian Wills avec Mia Kirshner et David Julian Hirsh. Il s'agit de l'histoire d'un couple qui fait appel à une mère porteuse qui a un comportement inquiétant durant sa grossesse. Le thème de la mère porteuse et de la gestation pour autrui est bien connu des cinéphiles pour être principalement développé dans des films du genre « *thriller* » ou « *drame* ». On se souvient par exemple du film « *Melody* » réalisé par Bernard Bellefroid.

Enfin, en deuxième partie de soirée, à 22 h 45, TV Breizh évoqua l'accouchement sous le secret en diffusant un épisode de la série Alice Nevers intitulé « *Sous X* »¹⁰. Les enquêteurs Alice Nevers (l'héroïne) et Fred Marquand (le policier) se laissent embarquer dans une enquête dans laquelle un jeune ébéniste, Simon Morel, est tué, alors que sa compagne, Anaïs, est enceinte. Les enquêteurs découvrent que Simon était né sous X. Ce thème rappelle le court-métrage « *Je suis mon inconnue* » présenté cet hiver au Nikon Film Festival 2017.

1. Il s'agit de ce que l'on appelle la "fiction rassurante".
2. Jérôme Janicki, *Les films pédagogiques sur la grossesse et l'accouchement : un auxiliaire à l'enseignement*. Les Dossiers de l'Obstétrique, juillet 2012, 417, pp. 30-35.
3. Jérôme Janicki, *Le Code Hays ou l'interdiction d'évoquer l'avortement dans le cinéma américain de 1934 à 1966*. Les Dossiers de l'Obstétrique, octobre 2015, 452.
4. Il s'agit d'une prédisposition particulière de l'organisme qui fait qu'un individu réagit d'une manière personnelle à l'influence des agents extérieurs.
5. Chalvon-Demersay Sabine, *Une société élective – Scénarios pour un monde de relations choisies*. Terrain, septembre 1996, 27, pp. 81-100.
6. Rigoulet Laurent, « Pour le réalisateur de "Simone", les acteurs virtuels ne sont pas près de supplanter ceux en chair et en os. » Télérama, 18 septembre 2002, 2749, p. 22. L'interview d'Andrew Niccol fait référence au film *Bienvenue à Gattaca*.
7. Le 8 juin à 20 h 50, Gulli diffusa le film franco-belge-luxembourgeois intitulé *Kirkou et la sorcière*.
8. http://www.simpsonspark.com/episodes/bebe_nem.php
9. Le téléfilm original du téléfilm est *The surrogacy trap* – durée 1 h 50.
10. Ce film n'a rien de commun avec le film « *Sous X* » réalisé en 2015 par Jean-Michel Correia.

Lundi 5 juin à 13 h 35, W9 diffusa un épisode de la série *Bones* intitulé « *Baby Blues* », une réalité vécue par nombre de femmes après l'accouchement puis M6 proposa le film « *Papa ou maman* » dans lequel Vincent Leroy joue le rôle d'un obstétricien¹¹.

Mercredi 7 juin à 20 h 25, le soap « *Plus belle la vie* » de France 3 était consacré à Emma, une jeune femme du Mistral, enceinte de Baptiste et qui, au cours de l'épisode, manifeste les envies de femmes enceintes. Est-ce un hasard, il est diffusé le 7 c'est-à-dire un mercredi, jour qui a longtemps été considéré comme le jour où sont diffusés les programmes liés aux problèmes de société.

Enfin, le **vendredi 9 juin** à 20 h 55, Syfy diffusa le film du « *Mask* » de Lawrence Guterman qui raconte l'histoire d'un dessinateur qui subit les frasques de son bébé. Le film annonce une vision magique de la venue au monde d'un enfant et la traficote à la mode « Jamie Kennedy ».

Il y eut dans cette semaine témoin, peu de « comédies de couples »¹² mais de nombreuses fictions au dénouement peu heureux (bébé kidnappé, mère porteuse malhonnête). Par ailleurs, nous constatons que la représentation de la grossesse s'est installée dans « les fictions télévisées composées de plusieurs épisodes »¹³ de France 3 comme on l'a vu dans le passé dans la série « *La vie secrète d'une ado ordinaire* » diffusée sur ABC Family.

DES DOCUMENTAIRES HISTORIQUES ET D'INVESTIGATIONS AU RAS DE LA VIE

À côté des fictions, des documentaires ont évoqué durant cette semaine, quelques mystères de l'histoire de l'obstétrique et ont proposé des investigations. D'une part, trois reportages ont déplacé le curseur du temps vers le passé de l'obstétrique et d'autre part trois autres ont traité du parcours d'obstacles rencontrés par les jeunes mères.

D'abord **dimanche 4 juin**, RMC Découverte diffusait à 22 h 20 un documentaire intitulé « *Amour et sexe sous l'Occupation* » dans lequel le réalisateur fit allusion au plus de 200 000 naissances fruit de l'union des femmes françaises et des soldats allemands (réalisé par Daniel Costelle et Isabelle Clarke en 2011). Ensuite la chaîne Voyage diffusait de son côté à 20 h 55 le documentaire français « *Voyage à travers les couleurs* »¹⁴ consacré à la couleur verte. Le résumé indiquait « *Dans la Chine ancienne, cette teinte fut longtemps associée à un symbole de fécondité car elle représentait la semence du dragon céleste qui incarnait la force vitale masculine.* » Enfin, **lundi 5 juin**, Teva diffusait à 20 h 50 le documentaire « *Extraordinary People – Les sextuplés Walton – 27 ans après* »¹⁵. Nous étions 20 jours à peine après l'annonce de la naissance aux États-Unis de sextuplés au Children's Hospital of Richmond.

11. Le film doit être décliné sous forme d'une série, annonçait le 5 juin 2017 la chaîne M6.
12. Tf1 diffuse régulièrement l'après-midi des comédies de couples dans lesquelles il est question de grossesse comme on l'a vu le mercredi 21 juin 2017 avec le téléfilm « *Un bébé à bord* » à 13 h 50 suivi de *Un bébé à tout prix* à 15 h 30.
13. Demers Frédéric, « *Téléroman, télésérie, feuilleton – Retour sur une source de confusion sémantique.* » *Communication*, 2006, 25, 1, pp. 250-257.
14. Documentaire de 52 minutes.

D'autre part, trois reportages ont questionné le rapport de la femme à la maternité. D'abord **vendredi 9 juin 2017**, W9 diffusa un reportage intitulé « *Mamans hors du commun : le bébé qui va révolutionner leur vie* »¹⁶. *Le Figaro* résume le programme par ces mots : « *En France, plus de 700 000 enfants viennent au monde chaque année. « Enquête d'action » a suivi des futures mamans prêtes à donner la vie quels que soient les risques ou les batailles à mener [...]J.* »¹⁷ Cette thématique basée sur des faits réels est prisée par les téléspectateurs français et surtout ceux de l'émission *Enquêtes d'action*. Elle est le programme leader sur la TNT et il réalisa ce vendredi 9, la deuxième performance de la saison avec 675 000 téléspectateurs en moyenne. Ensuite, en seconde partie de soirée, la même émission proposa un sujet intitulé « *Cliniques pour bébés express : ces parents qui bravent l'interdit.* » Y fut abordée l'histoire des femmes françaises qui se rendent dans des cliniques espagnoles pour tenter la fécondation in vitro. En même temps, France 4 rediffusait un documentaire de Nils Tavernier intitulé « *Le mystère des jumeaux* ». Le synopsis est le suivant : « *Sarah et Olivier, déjà parents de deux enfants, rêvent d'un petit troisième. Ils apprennent rapidement qu'ils en attendent deux d'un coup. Nils Tavernier a accompagné ce couple français dans l'aventure d'une grossesse gémellaire.* »

Difficilement classable, Chérie 25, dans son magazine « *Le jour où tout a basculé* » présenté par Nathalie Fellonneau diffusa le **vendredi 9** à 13 h 55 un épisode intitulé « *Nourrice et victime de son employeur* »¹⁸. Nous constatons en furetant parmi les programmes que ce sont principalement les chaînes des groupes M6 (M6 – W9 et 6ter) et Tf1 (TMC – HD1) qui proposent de plonger dans la maternité.

UNE CARRIÈRE REMODELÉE PAR UNE GROSSESSE

Au-delà du jeu de piste dans la grille des programmes paraît le bruissement du star-system qui ne semble pas tendre pour les actrices enceintes. Jean-Maxime Renault écrivait à ce sujet le 9 avril 2016 sur le site Internet Allociné un article intitulé « *Cachez cette grossesse que je ne saurais voir !* »¹⁹. Dans cet article, l'auteur indiquait : « *Les grossesses demeurent un véritable casse-tête pour les scénaristes. Lorsqu'une comédienne de série se retrouve enceinte, la production doit alors s'organiser pour organiser le planning de tournage en conséquence...* »

Loin d'être des êtres de carton-pâte, les actrices sont confrontées à des situations souvent cocasses pour cacher leur grossesse. D'un côté, la vedette peut quitter le plateau de tournage, ce fut le cas d'Elodie Varlet l'interprète d'Estelle Cantore qui quitta en février 2017 la série « *Plus belle la vie* » diffusée sur France 3. De l'autre, certains scénaristes font porter des dossiers à l'actrice pour cacher sa grossesse ou intègrent directement la grossesse dans la série télévisée comme ce fut le cas pour Emily Deschanel dans « *Bones* ». D'autres encore perdent définitivement leur rôle comme l'actrice Karine Lemieux²⁰. Enfin, il arrive qu'une grossesse n'ait

15. Le lundi 12 juin 2017, Teva diffusa deux nouveaux numéros d'*Extraordinary People*, l'un à 20 h 50 intitulé « *Enciente de triplos* » et l'autre à 22 h 20 intitulé *Sœurs siamoises : de la naissance à la séparation*.
16. *Enquête d'action* – 1h53' – émission présentée par Marie-Ange Casalta.
17. <http://tvmag.lefigaro.fr>
18. L'épisode 12 de la saison 1 a été écrit par Denis Alamercury et Julien Courbet.
19. http://www.allocine.fr/article/fichearticle_gen_carticle=18650317.html
20. Lauzon Véronique, « *Il y a une loi du silence.* » *La Presse* (Canada), 11 mars 2017.

aucun impact pour la série car la vedette a déjà terminé son tournage. Ce fut le cas de l'actrice Christian Serratos, vedette de la série « *The Walking Dead* », qui annonça sa grossesse en mars 2017 alors que l'enregistrement de la saison 7 était terminé.

LE BABY BUMP, UNE EXPRESSION TENDANCE CHEZ LES PERSONNALITÉS

Dans une certaine mesure, à partir du moment où l'on veut comprendre les films, il faut donc rassembler un maximum d'informations pour mesurer l'apport de la fiction à la maternité. Il faut aussi s'atteler à comprendre les modes lancées par les vedettes. Même s'il faut se forcer pour y croire, on voit poindre chez les vedettes de fictions un vocabulaire sans cesse renouvelé pour désigner la grossesse. Cette fois, c'est sûr, l'expression *baby bumps* est la plus à la mode. Par exemple, en février 2017, Marina Squercati, affichait sur son compte Twitter « *un baby bump bien arrondi* »²¹.

On s'aperçoit depuis quelque temps que l'anglicisme « *baby bump* » est de plus en plus usité. Selon une enquête de *Vanity Fair*, c'est à partir de 2016 que l'expression « *Baby Bump* » s'est « exposée en couverture des tabloïds ». Outre-Atlantique, au Canada, Chantal Girard parle de *Baby Bump* pour évoquer une autre idée. Comme les Anglo-Saxons, à la place de *baby-boom* « *baby bump* » est usité pour évoquer la croissance démographique qui s'est amorcée au Canada dès 2002. Le mouvement prit au point qu'un film polonais a été tourné en 2016 et porte ce nom c'est-à-dire *Baby Bump*. Il a été écrit par Kuba Czekaj et a été joué par Kacper Olszewski, Agnieszka Podsiadlik et Caryl Swift²².

LES EXIGENCES DESCRIPTIVES

Les films qui font référence à la maternité de la conception à la naissance ne sont pas toujours d'une lecture facile. Pour faciliter leur déchiffrement, nous proposons ci-après une grille d'analyse qui permettra l'exploitation des indices, aussi minces soient-ils. Ainsi, pour alimenter la réflexion, voici la liste des 24 rubriques que nous proposons de suivre et qu'il s'agira de renseigner à votre tour pour décrypter une fiction :

1. Titre – réalisateur(trice) – acteurs principaux – actrices principales – lieu de tournage – nationalité – date de sortie.
2. Genre : *aventure* – *comédie* – *documentaire* – *drame* – *fantastique* – *horreur* – *parodie* – *propagande* – autre.
3. Résumé de l'histoire.
4. Le film s'appuie-t-il sur des considérations : *burlesques* – *esthétiques* – *médicales* – *moraux* – *politiques*.
5. La femme enceinte est-elle en relation avec le contexte dans lequel se déroule le film : *oui* – *non*.
6. Époque : *siecle* – *année*.
7. La scène de grossesse dans le film : *_h_ _* et *_h_ _*.
8. La séquence avec la femme enceinte associe-t-elle :
 - Dialogues : *du professionnel* – *de la famille*.
 - Ton : *dramatique* – *humoristique* – *questionnement*.
 - Voix : *pleine d'autorité* – *douce*.
 - Bruits : *intérieurs* – *extérieurs*.
 - Discours : *au présent* – *au passé*.
 - Musiques – silences – onomatopées.
9. La scène de l'accouchement dans le film : *_h_ _* et *_h_ _*.
10. Origine de la grossesse : *accidentelle* – *forcée* – *volontaire* – autre.
11. État de la femme enceinte : *active* – *fatiguée*.

12. Comment la femme enceinte est-elle mise en scène : *scènes pudiques* – autre.
13. Gros plans : *sur le ventre* – *sur le visage* – *sur les mains* – autre.
14. La femme enceinte est-elle : *dans le champ* – *hors champ* – *plan rapide*.
15. Le (la) professionnel (le) de santé est-il (elle) : *dans le champ* – *hors champ* – *plan rapide*.
16. Place de chacun(e) : *le (la) professionnel (le) laisse plus de place à la femme enceinte* – *inversement*.
17. Autres éléments distingués : *affiches* – *éléments religieux* – *slogans* – autre.
18. La parole de la femme enceinte compte-t-elle dans le film : *oui* – *non* – autre.
19. Y a-t-il une urgence dramatique : *oui* – *non*.
20. Conseils donnés à la femme enceinte de la part de : *de femmes plus âgées* – *de femmes moins âgées* – *de femmes de même âge* – *d'un homme* – *d'une aide psychologique* – *d'une aide pratique* – autre.
21. Y a-t-il une absence de suivi médical : *oui* – *non*.
22. Environnement social.
23. Détails vestimentaires de la femme enceinte.
24. Bilan : *accent réaliste* – *accent irréaliste* – *carence éducative*.

Voici à présent la liste des huit rubriques qu'il s'agit de renseigner pour décrypter un documentaire :

1. Titre – réalisateur(trice) – acteurs ou/et actrices – nationalité – date – durée.
2. Thème du documentaire.
3. Mise en scène du dispositif didactique : *part de la sphère privée* – *part de la sphère médicale* – *image d'appoint en écho aux évocations* – *images du registre poétique (lumière, arbres, eau...)*.
4. Superposition du discours voix off d'images d'illustration : *images authentifient le discours* – *images platement illustratives* – *images sans rapport avec le propos*.
5. L'audace cinématographique : *montre le cabinet de l'obstétricien* – *montre la salle d'accouchement* – *montre l'ensemble à travers les vitres* – *scène filmée sur le vif* – *scène clandestine* – *la caméra cherche-t-elle dans les regards* – *scènes filmées à une distance maximale*.
6. Tons : *couleurs* – *noir et blanc magnifié*.
7. Réception du documentaire en 2017 : *a perdu son intérêt normatif* – *garde son intérêt informatif* – *le récit reste édifiant* – *le récit reste d'une grande modernité*.
8. On suit dans le documentaire : *quelques mois de la grossesse* – *les neuf mois de grossesse* – *l'accouchement*.

CONCLUSION

Cette plongée dans l'intimité de la maternité à travers la télévision est un travail à mener dans le futur en prenant en compte les goûts des spectateurs qui sont différents que l'on soit en province ou dans la capitale²³. Nous pouvons toutefois dès maintenant nous poser cette question : le petit écran est-il devenu La Mecque de la maternité ? Quoi qu'il en soit, si ce n'est pas le cas, les représentations de la maternité de la conception à l'accouchement y prospèrent. Devant la caméra on y chronique toujours plus, jour après jour, la vie intime d'hommes et de femmes qui flirtent avec elle. D'après nous, tout concourt donc du côté des médias ou/et des producteurs à faire de la maternité une sorte de spectacle, spectacle qu'affectionne à travailler la fabrique des images. •

21. <http://tf1.fr> – L'actrice américaine joue le rôle de Kim Burgess dans la série *Chicago PD*.

22. Une application disponible pour téléphone portable a aussi été baptisée *Baby Bump*.

23. Catherine Balle, *Paris-province: on a pas les mêmes goûts*. Aujourd'hui en France, jeudi 22 juin 2017, p. 27.

AGENDA

AGENDA EN BREF

● 1^{er}-2-3 SEPTEMBRE 2017

PARIS 5^e

Atelier de formation
"Naissance et Parentalité
en pleine conscience"
mbcp-naissance.org

● 8-9 SEPTEMBRE 2017

MARSEILLE
WORLD TRADE CENTER
7^{es} Rencontres à 2 mains
ra2m.fr/

● 14 SEPTEMBRE 2017

PARIS (3^e)

13^{es} Journée
Microbiologie Clinique
www.eska.fr

● 14-15 SEPTEMBRE 2017

PARIS (3^e)

Forum Sein 2017 -
Journées du Sénopôle
de l'Hôpital Saint-Louis -
Territoire Nord

Thèmes

Actualités interactives
sur le cancer du sein -
Prise en charge actuelle
et suivi du cancer du sein
www.eska.fr

● 21-22 SEPTEMBRE 2017

PARIS 12^e - ESPACE REUILLY

Journées Post-
Universitaires des
Sages-Femmes 2017
apsf.fr

● 29 SEPTEMBRE 2017

REIMS

Rencontres Champarden-
naise du Collège National
des Sages-Femmes
cerc-congres.com

● 3 OCTOBRE 2017

AMIENS

Journée DPC "Gestion du
frottis cervico-utérin par
les sages-femmes"

[www.societe-
colposcopie.com](http://www.societe-
colposcopie.com)

● 5-6-7 OCTOBRE 2017

PAU - PALAIS BEAUMONT

Congrès Infogyn
infogyn.com

● 11-12-13 OCTOBRE 2017

LA BAULE - PALAIS DES
CONGRÈS ATLANTIA

34^{es} Journées d'études de
l'Association nationale
des Sages-femmes
Coordinatrices
ansfc.fr

FORMATIONS



Journées Post-Universitaires des Sages-Femmes 2017

JEUDI 21 & VENDREDI 22 SEPTEMBRE 2017

Programme

Jeudi 21 septembre 2017

8h00	Accueil	
9h00	RCIU ou PAG : Quelles différences ? • Étiologies des PAG et des RCIU > O. Anselem • Apport du doppler dans la prise en charge des PAG et RCIU > E. Cynober	
10h00	Discussion	
10h30	Pause - Visite des stands	
11h00	• Surveillance et prise en charge obstétricale > G. Girard • Prise en charge néonatale des nouveau-nés de petit poids à terme ou proche du terme > D. Mitanchez	
12h00	Discussion - Déjeuner libre	
14h00	Dysménorrhées • Les règles et le féminin : castration ou promotion ? > J. Schaeffer • Orientation diagnostique > A.I. Richet • Apport de l'imagerie dans le diagnostic étiologique des dysménorrhées > L. Jarboui	Symposium organisé par le Laboratoire BOIRON : Intérêts de l'homéopathie en périnatalogie : application dans le post-partum Jeudi 21 septembre 2017 MIDI.
15h00	Discussion	
15h30	Pause et visite des stands	
16h00	• Adénomyoses - Endométrioses > C. Zacharopoulos • Traitement homéopathique des dysménorrhées > E. Latour	
17h00	Discussion	
17h30	Clôture de la journée	

Vendredi 22 septembre 2017

8h30	Accueil	Lieu des journées
9h00	Infections urinaires et grossesse • Physiopathologie > S. Kerneis • Bactériologie > A. Tazi	Espace Reuilly 21, rue Hénard 75121 Paris Métro: Montgallet, Daumesnil, Dugommier Bus : 29, 46, 62 RER: Nation
10h00	Discussion	
10h30	Pause - Visite des stands	
11h00	• Recommandations > S. Kerneis • Cas cliniques avec lecture de résultats d'ECBU > V. Weymuller	
12h00	Discussion	
12h30	Assemblée Générale - élections	
13h00	Buffet	
14h30	IVG médicamenteuse et contraception post IVG • Nouvelles compétences des sages-femmes > D. Dumont • Déroulement de l'IVG et contraception post IVG > J. Ighil	
17h00	Clôture de la journée	

Le bulletin d'inscription est téléchargeable en ligne sur notre site www.apsf.fr

ORGANISATION : Association professionnelle des Sages-femmes

RENSEIGNEMENTS - INSCRIPTION

Hôpital Troussseau - Secrétariat de gynécologie - Bâtiment Chigot 2^e étage - 26, avenue du Dr Arnold Netter - 75012 Paris

Tél. : 01 44 73 51 50 - email : contact@apsf.fr - site internet : www.apsf.fr



**7^{es} RENCONTRES
A DEUX MAINS**
organisées par
Chantal FABRE-CLERQUE

Journées annuelles d'échanges
sur le thème du périnée

8 et 9 septembre 2017
Marseille - World Trade Center

Informations, programme et inscription
en ligne : <http://ra2m.fr>

Événement exceptionnel à Paris

Avec NANCY BARDACKE

Sage-femme américaine et fondatrice du programme MBCP



INTRODUCTION AU PROGRAMME MBCP

« mindfulness-Based Childbirth and Parenting »

Naissance et Parentalité en pleine conscience

Atelier de formation Le lien CORPS-ESPRIT pendant le travail et l'accouchement

Du vendredi 1^{er} de 14 h 00 à 18 h 30,
samedi 2 au dimanche 3 septembre 2017
9h30 à 18h30

Informations pratiques

- **Lieu:** La Maison des Mines et des Ponts et Chaussées 270, rue St-Jacques - 75005 PARIS
- **Pour tous renseignements, contacter:**
Morgane Gottschalk - 06 70 26 34 22
Email : mbcp.naissance@gmail.com
mbcp-naissance.org

Les associations ADM et ANPPC, ont le plaisir d'accueillir Nancy Bardacke, sage-femme américaine, à un week-end sur les pratiques du programme MBCP de 9 semaines (Mindful-Based Childbirth and Parenting), Naissance et parentalité en pleine conscience.

Lors de ce week-end, les différentes pratiques de pleine conscience seront directement expérimentées et permettront d'apprécier de quelle manière il est possible :

- D'apprivoiser le stress, les peurs et les douleurs de l'accouchement
- De découvrir, écouter, ressentir le lien avec son bébé à mesure des jours
- De Renouer avec la sagesse innée du corps, du coeur et de l'esprit.
- De développer l'art de la communication en pleine conscience avec son partenaire, ses proches et l'équipe médicale.
- De se sentir respirer, sereine, calme
- De vivre l'instant présent...

Ce week-end s'adresse particulièrement aux personnes qui souhaitent s'ouvrir aux pratiques de pleine conscience et aux professionnels de santé qui cherchent une approche complémentaire dans le domaine de la périnatalité, publics et privés :

- Obstétriciens, gynécologues, pédiatres, sages-femmes, puéricultrices, professionnels à la préparation à la naissance, consultantes en lactation.
- Professionnels de massage pour bébé, enseignants en yoga pré et postnatale, éducateurs de la petite enfance, thérapeutes familiaux.

Cet atelier est considéré un pré-requis pour ceux qui souhaitent devenir de futurs instructeurs MBCP.

« Santé Publique France » reconnaît aujourd'hui les programmes basés sur la Mindfulness tels que le programme MBCP comme étant une intervention de santé publique validée et prometteuse du fait des résultats scientifiques publiés dans la littérature internationale.

Nancy Bardacke, sage-femme depuis plus de 40 ans, accompagne les naissances à domicile, dans les maisons de naissance et les maternités. Elle a débuté, en 1994, sa formation au programme MBSR (Réduction de stress de pleine conscience), fondé par Jon Kabat-Zinn, professeur émérite de médecine. Pratiquant la méditation pendant de nombreuses années, Nancy a également animé des groupes au programme MBSR avec Bob Stahl. C'est ainsi qu'elle a commencé à adapter le programme aux besoins des femmes enceintes et de leurs partenaires en créant le programme MBCP (Mindful Based Childbirth and Parenting). Se préparer à la naissance en pleine conscience. Depuis 1998, ce programme a servi à de milliers de parents de part le monde. Toute en assurant la direction du programme MBCP au centre Osler, centre de médecine intégrative de l'université de Californie, elle anime avec aisance, chaleur et simplicité des formations aux parents et aux professionnels de santé ainsi qu'à des futurs instructeurs aux États-Unis, en Europe et en Asie.

Nancy Bardacke a reçu le prix du meilleur livre 2014 par l'Ordre américain des sages-femmes (cf. rubrique Kiosque).



Société Française de Colposcopie et de Pathologie Cervico-Vaginale

La Société Française de Colposcopie et de Pathologie Cervico-Vaginale (SFCPCV) en partenariat avec l'École de sages-femmes d'Amiens et l'université Picardie Jules Verne (UPJV) organise dans le cadre de la politique nationale de santé, **une journée DPC** dont le thème est :

Gestion du frottis cervico utérin par les sages-femmes

Le mardi 3 octobre 2017

À LA FACULTÉ DE DROIT À AMIENS

Objectifs → La place de la Sage-Femme dans l'organisation de la prévention du cancer du col et connaissance des nouvelles recommandations sur le frottis. Ateliers pratiques.

Programme de la journée

9h00 Accueil	12h00-14h00 - Pause déjeuner
9h15 Place de la Sage-femme dans la prévention des pathologies HPV induites génitales	14h00 CAT face au Frottis pathologique : les recommandations Inca 2017
9h30 HPV : - Épidémiologie et histoire naturelle des lésions HPV	14h30 CAT face au Frottis pathologique en cours de grossesse
10h00 Principes de la lecture cytologique: la classification de Bethesda	15h00 Les traitements en image et les complications obstétricales des traitements
10h30-11h00 - Discussion	15h30-16h00 Exemples pratiques et cas cliniques
11h30-12h00 L'organisation du dépistage en France	16h30 Synthèse et conclusion

Les orateurs pressentis sont: Mme Marie-Agnès Poulain, Pr Jean Gondry, Pr Xavier Carcopino, Pr Jean-Jacques Baldauf, Dr Jean Luc Mergui, Dr Christine Bergeron, Pr Henri Sevestre et S. Lanta.

INSCRIPTION Contact OGDPC
Tél. : 05 61 22 73 42
E-mail : organisation@odpcgo.org



Association Nationale des Sages-Femmes Coordonatrices

34^{es} JOURNÉES D'ÉTUDES DE L'ASSOCIATION NATIONALE DES SAGES-FEMMES COORDINATRICES

LA BAULE
11-12-13 OCTOBRE 2017

Mercredi 11 octobre 2017

- 8h15 Accueil des participants
- 9h00 Ouverture des journées
- 10h00 Bien faire, une condition du bien-être au travail. **Discussion - 10h45 Pause**
- 11h30 De la sage-femme... à la sage-femme coordinatrice, itinéraire d'une fonction actrice des évolutions hospitalières. **Discussion**
- 14h30 Le bonheur au travail. **Discussion - 15h45 Pause**
- 16h15 Pourquoi aimer son travail ?
- 16h35 Codéveloppement : une méthode pour se développer ensemble. **Discussion**

Jeudi 12 octobre 2017

- 8h55 Ouverture de l'hôpital sur la ville
- 9h05 La filière mère-enfant dans le GHT 44
- 9h25 ACCAMBU : protocole de recherche accouchement ambulatoire. **Discussion - 10h15 Pause**
- 11h00 PACTE : programme d'amélioration continu du travail en équipe

Vendredi 13 octobre 2017

- 9h00 Quels besoins en formation pour le nouveau statut ?
- 9h20 Recherche en Maïeutique. **Discussion - 10h15 Pause**
- 10h45 Intérêt du e-learning dans le management d'équipe
- 11h05 Simulation en enseignement sur site. **Discussion**
- 12h00 Clôture des journées

ADRESSE Palais des Congrès ATLANTIA - 119 av. Mar. de Lattre de Tassigny - 44500 La Baule

INSCRIPTION ET SECRÉTARIAT Gaëlle Multon Bevillard - 06 12 18 30 47

COURRIEL assistante-congres@ansfc.fr - <http://www.ansfc.fr>



FORMATIONS ANSFL 2017

Organisme de formation enregistré sous le n° 53 35 08377 35

TARIFS, DATES, ADHÉSION www.ansfl.org

TOUTES NOS FORMATIONS PEUVENT ÊTRE ORGANISÉES EN "GROUPE CONSTITUÉ"

L'échographie et les examens complémentaires dans le suivi de la grossesse normale
Intervenantes / Évelyne Rigaut (SF-Echographiste) - Lorraine Guénédaul (Biologiste)

- Lieu : Hte Saône
- ECHO 9 nov. 2017 / ECHO 26 jan. 2018

La sexologie dans l'accompagnement de nos patientes et de leurs conjoints
Intervenante/Nicole Andrieu (SF)
Dates : www.ansfl.org

Eutonie : rééducation en post-natal
Intervenante / Martine Gies (SF)

- Lieu: St Germain Mont D'Or (près de Lyon)
- Session I : Découverte
Dates: 1^{er} trimestre 2018
- Session II : Les pathologies urinaires (Pré requis : suivie de la session I)
19-20 octobre 2017
- Session III : Retrouver la mobilité et le dynamisme (Pré requis : suivie de la session II)
28-29 septembre 2017
- Session IV : Analyse du mouvement. Respect de soi, de l'autre (Pré requis : suivie de la session III)
23-24 décembre 2017

L'installation en libéral
Intervenante / Laurence Platel (SF).
• 8 décembre 2017 à Nantes

Initiation à la pensée critique les sages-femmes
Intervenante : Amélie Battaglia - Formatrice
• 1^{er} trimestre 2018 à Paris

Toutes nos formations peuvent être prises en charge par le FIF-PL

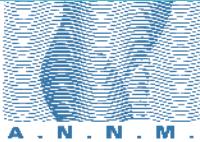
FORMATIONS PROPOSÉES SEULEMENT EN "GROUPE CONSTITUÉ"

La pratique libérale: cadre réglementaire et cotations
Intervenante / Laurence Platel (SF).
• 20 octobre 2017 à Tours

Accompagnement vers la naissance et la parentalité Intervenante / Odile Tagawa (SF)

- Session I : Prénatal
25-26 janvier 2018 à Rouen
- Session II : Postnatal

Contact Formation ANSFL: Martine Chayrouse - formation@ansfl.org
Tél.: 07 82 19 11 59



Association Nationale Natation & Maternité

PIONNIÈRE DEPUIS 1977

PRÉPARATION À LA NAISSANCE

ET ACTIVITÉS PRÉ ET POSTNATALES EN MILIEU AQUATIQUE

Formations bi-annuelles

Prochaines formations

- ▷ Clamart (92)
 - Stage prénatal : les 23, 24, 25 octobre 2017
 - Stage postnatal : le 26 octobre 2017

► *Tarifs préférentiels pour adhérents et étudiants sages-femmes*

Programme et inscription

6, Allée de la Tournelle - 91370 Verrières le Buisson
Message : 01 69 30 98 01 - **Courriel :** infos@annm.fr
Site internet : <http://annm.fr>

N° D'AGR. FORMATION CONTINUE : 11 92 119 4292

Pratiquer dès le lendemain du séminaire



Prises en charge possibles:
DPC - FIF-PL

Calendrier
2017

Connaissance & Maîtrise du Périnée

de Dominique Trinh Dinh

Méthode Éducative de Rééducation Périnéale

PROGRAMME EN 3 ÉTAPES

- 1^{re} et 2^e étapes présentielle (dates indiquées ci-après)
- 3^e étape non présentielle

Niveau 1

- **Nanterre (92) - Espace Chevreuil**
Formatrice: Anne-Françoise Sachet
- du 16 au 19 octobre et du 13 au 16 novembre
- **St Sébastien de Morsent (Évreux) Hôpital La Musse**
Formatrice: Sylvie Nicot-Catherine
- du 11 au 14 septembre et du 9 au 12 octobre
- **Vergèze (30) - La Clé des Chants**
Formatrice: Corinne Roques
- du 24 au 27 octobre et du 21 au 24 novembre

Niveau 2

- **Vergèze (30) - La Clé des Chants**
Formatrice: Corinne Roques
- prochaines dates à venir
- **St Sébastien de Morsent (Évreux) Hôpital La Musse**
Formatrice: Sylvie Nicot-Catherine
- du 16 au 19 octobre et du 13 au 16 novembre
- **Nanterre (92) - Espace Chevreuil**
Formatrice: Anne-Françoise Sachet
- prochaines dates à venir

Travail Corporel en Rééducation Périnéale

- Durée: 4 jours
- Pré requis: activité en rééducation périnéale
- **Vergèze (30) - La clé des chants**
Formatrice: Corinne Roques
- du 14 au 17 décembre
Programmation en région possible. Nous contacter.

NOUVELLE FORMULE

Sexualité et Rééducation Périnéale Féminine

- Durée: 3 jours
- Pré requis: activité en rééducation périnéale
- **Paris 18^e**
Formatrice: Anne-Françoise Sachet
- du 25 au 27 septembre 2017
- du 4 au 6 décembre 2017

NOUVEAU

Renseignements auprès de Jocelyne Dallem

03 89 62 94 21 - cmp.info@free.fr

Institut Naissance & Formations - 2a rue du Paradis - 68190 Ungersheim

www.institutnaisanceetformations.fr



Medic Formation

Formation professionnelle continue médicale



OGDPC habilité à délivrer des programmes de DPC



SUIVI GYNECOLOGIQUE, CONTRACEPTION, SEXOLOGIE

- Consultation gynécologique et contraception des adolescents
- La consultation de choix de contraception
- Suivi gynécologique et contraception
- Sexologie à l'usage de la sage-femme
- Endocrinologie en suivi gynécologique
- IVG médicamenteuse
- Ménopause et périmenopause
- Thérapeutiques non pharmacologiques de la ménopause et périmenopause



BOITE A OUTILS NON PHARMACOLOGIQUES

- Autohypnose pour la prévention des douleurs, **NOUVEAU** de l'anxiété et du stress
- Thérapeutiques non pharmacologiques de la ménopause et périmenopause
- Thérapeutiques non pharmacologiques de la grossesse et du postpartum
- Homéopathie appliquée à la périnatalité
- Médecine traditionnelle chinoise et acupression
- Aromatologie
- Santé environnementale
- Méditation de pleine conscience comme outil de soin



SAVOIR ACCOMPAGNER

- Hypnose conversationnelle à l'usage de la sage-femme **NOUVEAU**
- Le normal et le pathologique pendant la grossesse et le post-partum
- Le soignant face au deuil périnatal
- Nutrition gestion du poids pendant la grossesse et image corporelle
- Processus thérapeutiques individuels et familiaux **NOUVEAU**
- Psychisme de la femme enceinte
- Violences faites aux femmes
- Hypnose : outils d'accompagnement du couple et de la parentalité **NOUVEAU**

PRISES EN CHARGE POSSIBLES → ANDPC → FIF-PL → Crédit d'impôts → DIF → Pôle Emploi → FONGECIF

Retrouvez toutes nos formations, lieux & dates sur www.medicformation.fr

Medic Formation, c'est...



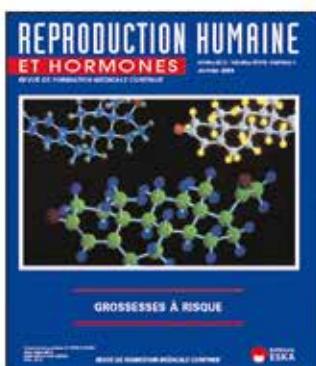
FORMATIONS EN INTRA

Nos formations peuvent être organisées au sein de votre établissement et adaptées à vos besoins.

NOUS CONTACTER
POUR UN DEVIS

LA MÉDECINE AUX ÉDITIONS ESKA

LES REVUES MÉDICALES



REPRODUCTION HUMAINE ET HORMONES (RHH)
4 numéros par an
Abonnement annuel

Articles et numéros complets en téléchargements payants sur www.eska.fr



LES DOSSIERS DE L'OBSTÉTRIQUE
11 numéros par an
Abonnement annuel

Articles et numéros complets en téléchargements payants sur www.eska.fr



CANCERS AU FÉMININ
4 numéros par an
Abonnement annuel

Articles et numéros complets en téléchargements payants sur www.eska.fr



INTERNATIONAL JOURNAL OF BREAST DISEASE CENTERS
4 numéros par an
Abonnement annuel

Articles et numéros complets en téléchargements payants sur www.eska.fr



ANGÉIOLOGIE
4 numéros par an
Abonnement annuel

Articles et numéros complets en téléchargements payants sur www.eska.fr



JOURNAL DE GESTION ET D'ÉCONOMIE MÉDICALES
8 numéros par an
Abonnement annuel

Articles et numéros complets en téléchargements payants sur www.eska.fr



Des revues éditées par les Editions ESKA

ESKA-CFEE : N° 11753436775

Inscription à adressée à la CFEE

aux Editions ESKA CONGRÈS :

Serge KEBABTCHIEFF

Fanny GASMAN

Olivier PAUL-JOSEPH

12, rue du Quatre-Septembre, 75002 Paris

Tél : 01 42 86 55 69/79 - Fax : 01 42 60 45 35

E-mail : inscriptions et renseignements :

congres@eska.fr

Site : www.eska.fr



LES DOSSIERS DE L'OBSTÉTRIQUE

TARIF D'ABONNEMENT

11 NUMÉROS PAR AN

Abonnement Particulier

Plein tarif

Étudiant(e) s*
Retraité(e) s*

FRANCE

77,00 €

42,00 €

D.O.M.

82,00 €

52,00 €

EUROPE OCCIDENTALE

90,00 €

54,00 €

T.O.M./ÉTRANGER

92,00 €

57,00 €

* Joindre attestation.

Abonnement collectif de service 153,00 €

En cas de règlement incomplet, l'abonnement sera réduit proportionnellement.

ABONNEMENT 2017

VOS COORDONNÉES

Mme Mlle M. (en lettres capitales)

Nom Prénom

Adresse

Code postal | | | | Ville

Pays Téléphone

E-mail

Exercice professionnel (Libéral, PMI, Public, Privé, Autre)

s'abonne aux **Dossiers de l'Obstétrique**

Éditions ESKA, 12 rue du Quatre-Septembre, 75002 Paris

Tél. 01 42 86 55 65 - Fax 01 42 60 45 35 - Email: adv@eska.fr

Renvoyer le coupon à: Dossiers de l'Obstétrique - Éditions ESKA - 12 rue du Quatre-Septembre - 75002 Paris - Tél. 01 42 86 55 65 - Fax 01 42 60 45 35

Plim

Vers une nouvelle intimité...

Ceci n'est pas
qu'une serviette hygiénique...
C'est tellement plus !



Protège-slips et serviettes hygiéniques
pour le cycle menstruel, les fuites urinaires, l'incontinence

Osez les plim !



ni fuite
ni odeur

HALTE
aux irritations
et mycoses

Pour tous les slips et tous les flux (même hémorragiques)
Durée de vie ≈ 5 ans - Coton bio certifié GOTS
Membrane imperméable et respirante certifiée OEKOTEX



Précurseur & leader depuis 2009,
Engagé pour le respect du bien-être intime.



Élu procédé
innovant
écologique

www.plim.fr



Les tire-lait personnels Medela : Les alliés des Mamans pour prolonger la durée de l'allaitement

Avec la gamme de tire-lait à l'achat Medela, **concilier allaitement et reprise d'activités devient un jeu d'enfant !** Que ce soit pour stimuler la production de lait, reprendre une activité professionnelle ou impliquer le Papa dans l'allaitement maternel, ces produits répondent à tous les besoins des Mamans.



Harmony™

Tire-lait manuel



Swing™

Tire-lait électriques



Swing Maxi™



Freestyle®



Ces tire-lait intègrent la **technologie 2-Phase Expression®**, qui imite le rythme naturel de succion du bébé, pour permettre aux mères d'exprimer davantage de lait en moins de temps.



Grâce au **double pompage**, les Mamans peuvent exprimer jusqu'à 18 % de lait en plus, par rapport à l'utilisation d'un tire-lait simple¹.



Medela France

Mai 2017

1. Prime DK, Garbin CP, Hartmann PE and Kent JC. A comparison of simultaneous and sequential breast expression in women. Présentation effectuée lors de la 15e conférence internationale de l'International Society for Research in Human Milk and Lactation. Lima, Pérou ; Oct. 8-11, 2010 (soumis pour publication)

Ces produits sont des dispositifs médicaux de classe IIa, CE0123. Lisez attentivement la notice et demandez conseil à un professionnel de santé.
Régime de remboursement : Achat d'un tire-lait personnel simple pompage 1155064 ou double pompage 1183534.

Medela France
14 rue de la Butte Cordière
91150 Étampes
info@medela.fr
www.medela.fr