

**Parentalité,
vous avez dit « fragile » ?**

Collection
« Les Dossiers de Spirale »
dirigée par Patrick Ben Soussan

La revue *Spirale* se plaît à conter, depuis 1996, la grande aventure de Monsieur Bébé. Chaque trimestre, elle visite de nouveaux champs de la périnatalité, à sa manière, riche de science et de pratiques, ouverte et accessible, métissant dossier thématique et rubriques plurielles.

Depuis sa création, un bon nombre de ses numéros sont épuisés. Face à une demande sans cesse renouvelée, il nous a semblé que la forme livre offrirait à certains des dossiers de la revue la diffusion supplémentaire qu'ils méritent.

« Les Dossiers de Spirale » redonnent ainsi vie aux textes précédemment réunis dans la revue et qui, forts de leur succès, en appellent à de nouveaux lecteurs et de nouvelles lectures. Cette collection accueille aussi des propositions originales, offertes pour la première fois aux lecteurs. Ils vous convient à bien d'autres voyages autour des berceaux et auprès des tout-petits.

Retrouvez tous les titres parus sur
www.editions-eres.com

Sous la direction de
Jacques Besson et Mireille Galtier

Parentalité, vous avez dit « fragile » ?

 éres

Table des matières

Avant-propos <i>Jacques Besson</i>	7
Le bébé est une personne... politique! <i>Saül Karsz</i>	11
Afflux des nouveau-nés aux urgences: un constat d'échec de la maternité ? <i>Michel Maestracci</i>	25
L'hôpital entre approche médico-économique et éthique des soins <i>Serge Vilalta</i>	27
De l'impensé à l'impensable en maternité : la grossesse psychique et ses troubles de la représentation <i>Sophie Marinopoulos</i>	39
Accompagnement du désir de grossesse et de la parentalité de personnes porteuses de handicap mental ou présentant une maladie psychique <i>Christine Lieb, Anne-Marie Clerc-Junqua, Mireille Galtier</i> ...	53

Conception de la couverture :
Anne Hébert

Version PDF © Éditions érès 2012
ME - ISBNPDF : 978-2-7492-2832-7
Première édition © Éditions érès 2009
33, avenue Marcel-Dassault
31500 Toulouse
www.editions-eres.com

Aux termes du Code de la propriété intellectuelle, toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle de la présente publication, faite par quelque procédé que ce soit (reprographie, microfilmage, scannérisation, numérisation...) sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC),

20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris,

tél. : 01 44 07 47 70 / Fax : 01 46 34 67 19

Femme accouchante, femme accouchée : une fragile toute-puissance Point de vue d'une sage-femme <i>Chantal Birman</i>	83
Soignants, ne gênons pas trop les bébés, ils doivent accueillir leurs parents <i>Paul Cesbron</i>	91
L'entretien prénatal précoce n'est pas un entretien sans failles <i>Aline Ferrini, Delphine Moulet, Katia Verges</i>	105
Puissance de la fragilité, fragilité de la toute-puissance <i>Jean-Claude Liaudet</i>	123

Jacques Besson

Avant-propos

Fragilité ? Nous aurions pu mettre ce titre au pluriel : les fragilités sont aussi multiples que les dimensions dans lesquelles est pris le sujet humain dès avant sa naissance.

Longtemps, l'incertitude a pesé sur la nécessité vitale du nourrisson, longtemps l'apparition de la vie a suscité la crainte de la mort... C'est pour échapper à l'incertitude et à la souffrance que la science médicale a tenté de comprendre et d'intervenir. Ainsi le génie humain, poussé par le désir de maîtriser la vie, de repousser la mort, a réussi à percer beaucoup de mystères. La survie des petits d'homme est devenue beaucoup plus assurée, la descendance humaine aussi. La maîtrise de la fécondité et l'aide à la procréation ont eu l'effet que l'on sait : la réduction du nombre d'enfants par famille. Mais la rareté fait le prix...

D'une part, chaque enfant est devenu très précieux et très investi dès les prémices d'une grossesse connue de plus en plus tôt.

D'autre part, l'illusion de la maîtrise de la procréation et de ses processus a d'autant plus appelé le fœtus et le nourrisson à cette place où il est construit imaginativement par ses parents. Le bébé devenant prévisible, il peut être prévu et il peut être assigné à se conformer aux projections. « Réussissez votre bébé » : c'est en ces

Jacques Besson, psychologue, centre hospitalier, Béziers.

termes qu'un périodique à l'intention des futurs parents affiche sa publicité et sa page de couverture.

On voit bien là un point de basculement possible dans la nature du lien parents-bébé. Certes, d'un côté, l'aide et le soutien médicaux peuvent rasséréner autour d'une conception et d'une naissance, et permettre que s'instaurent au mieux les liens et les interactions précoces. Mais d'un autre côté, la porte est ouverte aux fantasmes d'emprise qui traversent le sujet humain et qui vont pouvoir se focaliser sur l'homme en devenir.

Ces fantasmes-là débouchent sur des mises en acte qui sont le fait aussi bien des « individus parents » que des institutions et structures sociales et politiques animées par les individus. En effet: pouvoir maîtriser le « devenir humain » ne peut laisser personne indifférent.

Par ailleurs, maîtriser, c'est aussi déterminer une règle, voire, par glissements successifs, construire une norme. Ces normes semblent aboutir à proposer un idéal d'enfant et un idéal de parents auxquels chacun est prié de se conformer.

Or, la période gestationnelle, période délicate, entraîne la mère et le père dans un remaniement identitaire fragilisant. Face à cette incertitude identitaire, passagère mais parfois douloureuse, la tentation peut être forte de se rassurer en se réfugiant dans l'adoption de la norme.

Là, deux dérives peuvent se manifester:

– l'échec plus ou moins relatif à se conformer au modèle peut culpabiliser, dévaloriser... fragiliser l'accès aux compétences parentales;

– on peut voir se profiler toutes les formes de « récupération opportuniste » de la situation. Récupération économique d'abord: le bébé est une personne... intéressante. L'économie de marché ne l'ignore pas et ne manque pas d'imposer sa pression, parfois déstabilisante, dans le contexte de la maternité.

Le devenir et la manière dont un petit d'homme va être façonné pour advenir au rang d'être social « acceptable » ne peuvent plus échapper aux structures qui poursuivent l'illusion de contrôler

la société: en premier lieu les pouvoirs politiques qui, face au désordre créatif de la construction identitaire, tentent d'ordonner un rabotage normatif précoce du désir.

Le génie scientifique a intégré que « science sans conscience n'est que ruine de l'âme ». Il a donc érigé les garde-fous de l'éthique. Il n'empêche que la tentation reste forte d'ouvrir grand les portes du génie génétique pour y faire l'épreuve de la maîtrise et de la perfection de la reproduction de l'espèce humaine. L'intention est noble; réduire la souffrance et le malheur. Mais les pratiques et les manipulations médicales qui en découlent ont déplacé le sentiment de fragilité et l'ont focalisé sur l'attente anxieuse du « bébé zéro défaut ».

Cependant, le désir ne se laisse pas enfermer et il ne saurait entrer dans aucune case économique ou sécuritaire. Depuis peu les médias s'en font l'écho; ce qui se savait depuis longtemps dans le secret des consultations vient au jour médiatique: le déni de grossesse existe!

Il révèle ce qui est au cœur du sujet humain et qui échappe à la raison: à la fois j'aime et je hais, et je peux dans le même mouvement d'amour donner la vie et la retirer. Mais il montre aussi que face au savoir d'une grossesse observable et constatable dans ses effets physiologiques, une femme et l'homme qui l'accompagne peuvent opposer une méconnaissance subjective.

Apparaît alors une évidence: la véritable connaissance ne peut prendre corps que dans la fragilité de la subjectivité. Ce que l'on croyait tenir nous échappe encore. Mais cet insaisissable, évocation répétitive et insistante de notre fragilité, nous renvoie dans une quête créatrice.

La fragilité s'apprécie alors de ne pas être une impuissance, mais le berceau d'un potentiel.

Saül Karsz

Le bébé est une personne... politique!

Les travaux de Donald Winnicott (1949, 1958), de Bernard Martin (1984) et bien entendu de Françoise Dolto ont mis en avant le leitmotiv selon lequel « le bébé est une personne ». Grâce à un étayage théorique et clinique d'envergure, ils ont marqué un tournant décisif dans la compréhension, le lien, le traitement, bref dans les pratiques à propos des petits d'homme.

Remarquons cependant que la prise en compte du fait que le bébé, y compris le fœtus dans le ventre de sa mère, ne se réduit pas à son fonctionnement physique et neurophysiologique, et que par conséquent ses besoins ne relèvent nullement de ces seuls registres, fait partie des expériences, des savoir-faire et des réflexions de générations de mères et de pères, de sages-femmes, de pédiatres, de puéricultrices, d'assistantes maternelles... C'est là une tendance forte dans nombre de groupes sociaux, dans différentes cultures, depuis fort longtemps... Ce n'est pas à partir de Dolto que les mères, toutes les mères, se sont enfin rendu compte que leur bébé les entend, reconnaît les sons qu'elles émettent, reste sensible à la tonalité des échanges, bref que des liens se tissent très tôt: à la fois pour le bébé, pour la mère, pour l'ensemble de la constellation parentale et familiale.

Saül Karsz, philosophe, sociologue, consultant, Paris.

Pour les mêmes raisons, ce n'est pas seulement la psychanalyse qui rend dérisoires cet invraisemblable babillage « petit nègre » et ces sourires de présentateur TV avec lesquels des adultes (!) s'adressent parfois aux bébés et aux jeunes enfants.

C'est pourquoi l'originalité des travaux cités réside dans l'étayage théorique et clinique qu'ils produisent, par la mise en œuvre de développements argumentés et des bifurcations inattendues. Ils produisent des savoirs *sui generis* et induisent des procédures d'intervention spécifiques. Mais ni les uns ni les autres ne sont des créations *ex nihilo*. Une alliance s'est construite entre ces avancées scientifiques et une certaine *doxa*, opinion ou sens commun concernant le bébé et ceux qui s'en occupent. Condition majeure de leur implantation.

Cette alliance inclut également d'autres partenaires, tout aussi importants. À savoir, les médias, vaste ensemble de journaux, revues, émissions radio et TV, ainsi que des ouvrages destinés au grand public ou qui ciblent des secteurs professionnels. Des formations initiale et permanente, des colloques, des associations et des groupes divers jouent également un rôle déterminant en la matière. Ce sont là de puissants leviers, de diffusion et également de fabrication de la *doxa* sociale à propos des bébés. Les travaux des cliniciens viennent étayer cet ensemble, ils y prennent appui tout en les cautionnant par des références scientifiques et, atout non négligeable, par le prestige social dont jouissent leurs auteurs.

De cet ensemble, deux ponctuations peuvent être déduites :

– la première ponctuation concerne ce terme d'*alliance* par lequel j'entends qualifier l'impact du leitmotiv cité. Alliance objective, puisqu'il s'agit de la conjonction d'éléments théoriques, cliniques, médiatiques, corporatifs, éducatifs, subjectifs, familiaux..., chacun poursuivant sa logique propre et ses intérêts particuliers qui convergent cependant dans un même carrefour. Leurs effets se confortent les uns les autres. Certes, aucune volonté explicite n'organise cette conjonction ! Il n'en reste pas moins que, sans cette hypothèse de l'alliance, une dimension stratégique de ce leitmotiv d'après lequel le bébé est une personne resterait dans

l'ombre. Car nombre d'avancées scientifiques sont confinées dans le cadre des laboratoires de recherche ou des cabinets de consultation (si toutefois elles y parviennent), des « problèmes de fond » que les médias montent en épingle sont aisément remplacés par d'autres problèmes tout aussi fondamentaux et tout aussi saisonniers, de formidables trouvailles du sens commun dépassent à peine le cercle du quartier ou du milieu social. Des conjonctions enchevêtrées, des renforcements réciproques semblent nécessaires pour que l'ensemble acquière droit de cité et pour que chaque élément gagne en présence ;

– la seconde ponctuation concerne les conditions de diffusion et d'implantation de ce leitmotiv d'après lequel le bébé est une personne. Conditions pas forcément aisées. En effet, des débats et des controverses, des oppositions, des luttes ont ponctué ces avancées. Le déroulement n'est ni lisse ni sans accroc. Si heureusement ces avancées ont rencontré des échos favorables, des mises en œuvre enthousiastes, dont l'alliance évoquée ci-dessus, réticences et résistances parfois farouches se sont également fait sentir. Il paraît douteux que les postures théoriques et cliniques résumées sous le leitmotiv « le bébé est une personne » soient, aujourd'hui, partout et toujours admises. Ce leitmotiv suscite, comme tout autre, des réactions mitigées, du désintérêt, de l'indifférence, de la méfiance, ou carrément du rejet. Que le nourrisson ne soit pas qu'à nourrir interroge plus d'une mère ou d'un père nourriciers. Un nombre probablement significatif de parents et aussi de professionnels se trouvent, sinon en désaccord explicitement énoncé, du moins en désaccord agi, acté par des réflexions et des comportements. Peu ou prou, le bébé y apparaît comme *l'objet* entièrement voué au narcissisme des parents, il vient en déduction de la dette que ceux-ci entendent solder en offrant un rejeton à leurs familles d'origine... Quant aux professionnels, le bébé peut apparaître comme *l'objet* d'égards fixés par les protocoles et sanctionnés par des ratios statistiques. Rien de plus inquiétant qu'un professionnel qui fait son travail, tout son travail et rien que son travail... On trouve également des parents et professionnels qui s'entendent à faire du bébé le terrain d'application du savoir des experts attirés. Or,

quelle que soit la pertinence de ce savoir, *l'appliquer* est exactement le contraire de *l'investir*, soit l'adapter et l'adopter, le rendre adéquat à chaque situation singulière. Cet investissement représente le prix inévitable pour que la condition de *sujet*, actif, à sa manière entreprenant, toujours quelque peu énigmatique, bref désirant, soit consentie au bébé.

Accords et désaccords, convergences et divergences: voilà bien une situation parfaitement normale et compréhensible.

Dès qu'une mutation historique est en cours, ligne de démarcation qui installe un avant et un après, qui impulse donc des réagencements dans un champ donné, toutes sortes d'enjeux sont mobilisés. Ils sont, naturellement, d'ordre psychique et relationnel, mais pas seulement. Toujours incontournable, cet ordre psychique et relationnel se trouve englobé dans une dynamique plus large. Les accords autant que les désaccords des individus et des groupes à l'égard du leitmotiv cité s'inscrivent dans leurs histoires respectives – histoires personnelles et familiales, à ce titre singulières, qui se trouvent entièrement prises dans l'histoire sociale générale d'un pays, d'une culture, d'une couche sociale. Prises, investies, traversées, travaillées. Impossible de faire la part des différentes dimensions mises en jeu, de distinguer ce qui relèverait du strictement intime et du purement social, et/ou du strictement social et du purement intime: puisque les sujets humains n'existent pas en amont et en aval de ce qu'on a pris l'habitude (étonnante, au demeurant) d'appeler l'intime et de ce qu'on a pris l'habitude d'appeler le social!

Que des disciplines – psychologie, psychanalyse, sciences sociales – isolent tel ou tel aspect afin de l'étudier aussi rigoureusement que possible n'implique pas que, dans le réel des sujets humains et des sociétés concrètes, ces aspects fonctionneraient chacun de leur côté, tels des univers étanches. Les compartiments disciplinaires ne recoupent pas les flux dialectiques des processus individuels et collectifs.

Accords et désaccords mettent chaque fois en branle des convictions morales et religieuses, des conceptions et des pratiques, des référentiels implicites et explicites quant à ce que bébé est censé

être, ce qu'il est supposé comprendre et ressentir, ce qu'on peut ou pas lui demander, lui proposer, lui imposer. Dans l'intimité du foyer ou dans l'espace privatif de la consultation périnatale, les besoins réels et supposés de bébé sont traités par de vastes panoplies où les conseils des aînés et les consignes médicales et paramédicales jouxtent des éléments plus ou moins projectifs, des improvisations et des raisonnements divers et variés. Compétences et incompétences sont indissociablement en jeu. Sont immanquablement mobilisés des idéaux, des valeurs, des projets, des représentations quant à ce qui est normal et ce qui ne l'est guère ou pas du tout... Résultat: des individus et des groupes sont confortés dans leurs discours, leurs gestes, leurs attitudes, ou bien ils sont questionnés, contrariés, contestés, sérieusement ébranlés. Des réactions relativement typiques et typées en découlent: intérêt et enthousiasme devant ce qui apparaît comme un élargissement qualitatif de la famille; indifférence à propos de ce qu'on tient pour un effet de mode; crainte, sinon effarouchement à l'idée que bébé puisse être *vraiment* une personne quelque peu comparable aux « grandes personnes » (éventualité alors que ces dernières ne soient pas réellement « grandes » ?). Dans tous les cas, voilà des réactions personnelles socialement surdéterminées.

De ces attitudes et de ces pensées, les individus et les groupes sont bien des porteurs singuliers, à ce titre uniques: absolument uniques pour eux, relativement uniques pour les statistiques. Dans tous les cas, chacun est assez original dans sa manière de réaliser et/ou de rater des attitudes et des pensées... dont il n'est pas entièrement maître. Ces porteurs singuliers ne sont pas des auteurs souverains. Ne serait-ce que parce que bien d'autres individus et groupes développent des problématiques semblables... Par leurs accords et leurs désaccords, individus et groupes se font les porte-parole subjectifs de courants d'opinion donnés, de tendances socio-historiques qui les dépassent en amont et en aval.

Il en va de même pour les professionnels et les institutions. Ce ne sont pas seulement des contraintes techniques qui leur font réaliser ou en revanche contrer le leitmotiv d'après lequel le bébé est une personne. Ces contraintes existent bel et bien, les

bonnes volontés et le dévouement à la tâche ne suffisent nullement à résoudre les problèmes. Il convient cependant de ne pas céder à une vision techniciste ou technocratique des contraintes et des logiques techniques. Celles-ci ne sont jamais neutres, purement instrumentales, prêtes à toutes sortes d'usages.

D'une part, parce que selon les techniques mobilisées, ce n'est pas le même réel qui est perçu, la même intervention qui a lieu, les mêmes effets qui sont produits. Exemple: pour le comportementalisme, les humains ne font pas de lapsus, mais juste des erreurs d'adresse; il n'y a donc pas lieu à interpréter, mais juste à corriger, à rééduquer... D'autre part, l'argumentation justifiant le recours à telle ou telle procédure met inextricablement en jeu des considérations techniques, des références scientifiques ou supposées telles, des renvois à la tradition et ses ancestrales vertus ou, au contraire, à l'innovation et ses évidentes qualités; il y a toujours prise en compte, idéalisation ou méfiance à l'égard de ce qui se fait dans des pays supposés plus avancés... En outre, les techniques sont apprises et pratiquées dans des institutions (éducatives, sociales, médico-sociales, sanitaires) animées par certaines orientations idéologiques et opposées à d'autres orientations, des institutions qui ventilent leurs ressources financières de la seule manière possible: en fonction de critères relevant de l'économie politique et non de l'économie tout court.

Résumons-nous. Le leitmotiv « le bébé est une personne » suscite des prises de position favorables et défavorables qui comportent, toutes, des enjeux sociaux à caractère général. Acceptation et rejet prennent appui sur des questions concernant les bébés et les adultes qui s'en occupent, sans pourtant s'y cantonner: ces questions constituent des supports, des états, surtout pas des causes ultimes. Condition nécessaire des convergences et des divergences, ces questions n'en représentent pas la condition suffisante.

Ce leitmotiv effectivement centré sur les liens intersubjectifs et la sphère familiale, et qui promeut une manière relativement inédite d'aborder le bébé, ne cesse en même temps de déborder ses thématiques explicites, de les insérer dans des champs bien plus larges et autrement complexes.

Des raisons de fait l'expliquent. Quelle que soit la conscience de ceux qui s'en font les hérauts ou les pourfendeurs, on ne saurait traiter des bébés sans traiter du monde où ils naissent, des conditions de leur naissance, de leur croissance, de leur décès éventuel; sans se prononcer sur le rôle significatif ou en revanche mineur des échanges mère-bébé ou père-bébé: surtout lors de la gestation et ensuite de la naissance de bébé, ces derniers échanges sont-ils aussi indispensables que ceux avec la mère, ou bien leur rôle reste-t-il plutôt complémentaire, second, par rapport aux échanges réputés princeps mère-bébé?

Comment traiter des bébés sans aborder, implicitement du moins, la thématique des parents homosexuels, des familles monoparentales, des parents hétérosexuels ou homosexuels présentant des troubles mentaux, les questions de pluriparentalité... Dans ces situations de moins en moins exceptionnelles le bébé est-il une personne, peut-il être une personne? Sera-t-il effectivement traité comme une personne? Oui? Non? Pourquoi? Comment?

Last but not least, chercher à modifier les liens et les modalités de traitement des bébés implique de se positionner à l'égard des liens et des modalités déjà en place, implique donc de s'attaquer à leur soubassement et à leurs visées économiques, politiques, culturelles, institutionnelles. C'est là un fait, têtue comme d'usage. Il est parfaitement indépendant de la conscience que le théoricien ou le praticien peuvent en avoir.

Bref, « le bébé est une personne » a le statut d'une construction socio-historique. C'est une prise de parti dans une conjoncture donnée. Sa puissance lui vient de son essaimage social.

Comme partout ailleurs, convergences et divergences, accords et désaccords s'avèrent parfaitement normaux. Il s'agit, non pas d'un inconvénient, mais bien d'une dimension constitutive. Si quelque chose peut étonner, c'est l'imaginaire d'après lequel la relation mère-bébé serait un huis clos isolé ou isolable de toute « contamination sociale », régi par des affects, ce qui est toujours le cas, eux-mêmes idéologiquement neutres et socialement incolores, ce qui n'arrive strictement jamais.

Telle est notre proposition: le leitmotiv « le bébé est une personne » comporte un adjectif tacite, un sous-entendu qu'il est sans doute temps, qu'il urge même de développer – le bébé est une personne *politique*.

Je parle bien de *développer*, comme l'on dit d'un film dont on révèle les images déjà enregistrées, les séquences qu'il contient de fait. Développer, dérouler, amplifier, déplier. Nullement un ajout extérieur, mais une mise à ciel ouvert. Pas question d'injecter du politique dans une matière qui lui serait intrinsèquement étrangère, mais de *dé-couvrir* une dimension sans laquelle les contenus et la portée du leitmotiv qui nous occupe, ainsi que les convergences et divergences qu'il suscite, paraîtraient simplement domestiques. Tout cela serait plutôt sympathique, novateur, bien intentionné, mais fondamentalement anodin.

C'est le moment d'évoquer ici un truisme, pourtant lourd de conséquences. En effet, « le bébé est une personne » définit un leitmotiv à portée générale, un principe fondateur, une prise de parti dans une conjoncture. Il ne s'agit nullement d'une observation référencée à tel ou tel bébé particulier, même pas à plusieurs d'entre eux. Ce leitmotiv vise l'ensemble des bébés, déjà en vie ou susceptibles de naître. Il énonce une position de principe. Quels que soient la situation familiale, le bébé, le quartier, les appartenances culturelles, la condition sociale, rien de moins qu'une orientation est posée, un mot d'ordre à l'intention de tous ceux qui à un titre ou à un autre ont affaire à des bébés: il est préconisé qu'en tout état de cause, on cherchera à mettre en œuvre le même leitmotiv, adapté aux circonstances et aux personnes, toujours singulières. Ce qui, comme indiqué ci-dessus, impose de se prononcer à propos du monde tel qu'il va, de ce qui serait normal ou pas, etc. Et c'est là-dessus que convergences et divergences se font jour, elles se constituent autour de ce pivot.

Loin de relever d'un simple contexte ou d'un environnement extérieur, le politique œuvre au cœur, et de ce leitmotiv et des adhésions et des désaccords qu'il suscite. Il ne vient pas en plus, il est dedans.

Le politique comprend des prises de position, des orientations forcément partisans quoique pas nécessairement dogmatiques, des stratégies de pouvoir et de maîtrise de dispositifs de commandement. Tous ces ingrédients sont réunis ici. Tout d'abord, sous la modalité la plus représentative du politique: idéologique. Pas au sens de credo de tel ou tel parti politique, mais de points de vue mis en œuvre, de perspectives qu'on défend et de perspectives qu'on cherche à invalider, de conception de l'histoire et de ses enjeux, de pratiques mobilisées. Autant dire que le terme d'idéologie n'est en rien négatif ni péjoratif, ce n'est pas un défaut dont seulement certains discours et certaines pratiques souffriraient. La question n'est pas de savoir s'il y a ou s'il n'y a pas d'idéologie, mais quelle idéologie se trouve chaque fois concrètement mise en branle...

Pour le montrer, revenons encore sur le leitmotiv qui nous intéresse, le statut de cette « personne » qu'est le bébé: qu'on y adhère ou qu'on le rejette, pourquoi ce statut n'est-il pas, ne saurait-il pas être neutre?

Parce qu'il ne va pas de soi! L'histoire plusieurs fois millénaire de l'humanité regorge d'exemples, les uns plus terribles que les autres, d'individus, de groupes, de peuples entiers qui ont très chèrement payé leur non-reconnaissance comme des personnes. Des esclaves aux femmes, en passant par les Indiens, les Noirs et bien d'autres, le statut de personne n'a jamais été une donnée naturelle. Nous sommes en présence de ce qu'il faut appeler par son nom: une conquête sociale, à la fois théorique, scientifique et idéologique, construite au fil de luttes acharnées et jamais définitivement closes. En tant que telle, cette conquête sociale est politiquement chargée.

D'autant plus que ce statut de personne débouche, à son tour, sur des questions difficiles, mais incontournables. Quelle est, en effet, la portée de cette catégorie? La personne dont il est question est-elle une personne morale parce que dotée d'une âme, telle qu'affirmée dans la problématique religieuse (chrétienne, notamment)? Est-ce alors grâce à leur âme que les esclaves, les femmes, les Indiens, les Noirs et maintenant les bébés sont méta-

morphosés en personnes? Faut-il y voir, plutôt, une personne humaine nantie de droits et de devoirs humains, comme énoncent les différentes variantes d'humanisme sans trop spécifier ni ces droits ni ces devoirs, moins encore ce qu'humain et par conséquent inhumain voudraient précisément dire? Serait-ce en réalité un sujet tel que l'entend la psychanalyse, un être de désir sans cesse renouvelé, nullement un support de besoins à saturer? Un être pulsionnel à socialiser en réduisant ses penchants narcissiques et omnipotents, comme le prône une certaine pédagogie sécuritaire? Ladite personne serait-elle, en fait, l'héritière des misères et des grandeurs familiales, au sens de la sociologie critique?

Énumération nécessairement incomplète, bien sûr. Elle souligne que tant par leurs implications que par leurs conséquences, les déclinaisons de la catégorie de personne sont aussi multiples que disparates; des corporations professionnelles assez typées soutiennent les unes ou les autres, des intérêts idéologiques et pratiques dissymétriques sont mobilisés. Bref, repérer toutes ces déclinaisons afin de les ramasser dans un corpus unique relève de la gageure.

S'agit-il d'un inconvénient, susceptible d'invalider un leitmotiv qui se révèle plutôt instable, balayé par trop de vents contraires? Qu'à cela ne tienne! Cette mosaïque détermine le fonctionnement de la catégorie de personne et du leitmotiv qui fait du bébé une personne. C'est là, justement, une condition *sine qua non* des alliances évoquées ci-dessus. Des consensus et des fronts communs se nouent autour de la catégorie de personne parce que celle-ci accuse une double caractéristique: unanimement revendiquée, très généralement exaltée et mise en valeur, en même temps elle ne cesse d'être constamment réinterprétée, et donc infléchie, par ses différents utilisateurs, chacun à sa manière... Autrement dit, des lectures et des pratiques assez hétérogènes cohabitent sous le même leitmotiv. Ce n'est pas malgré ses ambivalences que celui-ci est accepté, mais grâce à elles.

Cette cohabitation de conceptions, orientations et représentations hétérogènes n'a pas un caractère purement mental.

Elle ne relève pas du seul ordre du discours. Des manières de faire, des procédures, des pratiques spécifiques sont chaque fois déployées: identifier la personne à la personne morale suppose d'autres considérations et d'autres actes que ceux déclenchés par la personne prise pour un sujet au sens de la psychanalyse, ou encore du droit. Comme Louis Althusser nous l'enseignait jadis, les idéologies sont des discours incarnés dans des actes, des propos matérialisés dans des conduites, des pensées agies dans des institutions¹. Nullement immatérielles, éthérées, « symboliques », mais bel et bien concrètes, audibles, palpables, les idéologies sont pratiques et pratiquées dans des procédures, des styles, des gestes. Tel est, *in fine*, le noyau dur des alliances, des convergences et des divergences.

C'est pourquoi il semble plus que nécessaire, indispensable, d'explicitier le qualificatif *politique* sous-entendu dans le leitmotiv « le bébé est une personne ». L'explicitier revient à en signaler l'importance, les clarifications inédites qu'il est susceptible d'apporter, les ouvertures qu'il permet d'esquisser. Il s'agit d'en tenir compte dans le labeur quotidien de tous ceux et celles qui à un titre ou à un autre s'occupent des bébés. Pas du tout, j'ai assez insisté ci-dessus, parce que ce qualificatif épuiserait la question des bébés, des adultes, des familles et des institutions, mais parce qu'il contribue à rendre à cette question toute sa complexité, c'est-à-dire sa réalité. La dimension politique relève autant du contexte extérieur d'application du leitmotiv cité que de la portée et du sens de ce dernier: il est au-dehors de la personne qu'est le bébé et il est dedans.

Voilà une tâche que j'appellerais hygiénique, sinon prophylactique. Surtout aujourd'hui. En ces temps de régression néolibérale, il convient de ne pas se tromper d'enjeux, en se livrant le moins possible à des combats d'arrière-garde. C'est le cas quand on soutient que le système en place fait fi des personnes, ne s'intéresse pas aux familles, délaisse les soins et le travail éducatif: un amour immodéré du chiffre et du rendement exercerait une emprise sans partage à notre époque. *Rien n'est moins certain!*

1. L. Althusser, *Sur la reproduction*, Paris, PUF, 1995.

Si la productivité et le productivisme étaient au poste de commande, les décideurs auraient déjà compris, parmi d'autres choses, que les coupes sombres dans le budget et le fonctionnement des services publics entraînent des effets éminemment antiproduitifs. S'il y a bien des contraintes et des restrictions économiques, elles ne s'appliquent pourtant pas à tout un chacun : pas aux banques, moins encore à leurs dirigeants. Bien d'autres exemples illustrent cette situation qu'on peut considérer normale ou particulièrement choquante : quoi qu'il en soit, le fait est que les enjeux politiques occupent désormais une place prépondérante. Y compris dans la vie personnelle des mères de famille².

Aujourd'hui, le leitmotiv selon lequel le bébé est une personne n'a rien d'irrecevable, moins encore de spécialement subversif ; il est devenu un lieu commun, ce qui témoigne de sa diffusion autant que de son tranchant quelque peu émoussé. Les Maisons vertes et autres expériences comparables ne sont pas systématiquement abandonnées, ni leur accès limité – mais les décideurs ont tendance à demander aux usagers de ne pas trop s'y incruster, de faire des demandes raisonnables et de contribuer au budget institutionnel. Quant aux difficultés des familles, elles sont parfaitement compréhensibles – à la condition, ajoutez-on, d'y voir des anomalies individuelles à réparer au plus vite, qu'on suppose indépendantes de toute causalité sociale. Le mot d'ordre est de *responsabiliser* les parents, ce qui rime avec *culpabiliser*... Ce n'est pas la « personne » qui inquiète les pouvoirs en place. Ce n'est pas la personne (bébé ou adulte), la personne

en général, qu'il faudrait aujourd'hui protéger, mais la charge idéologique de cette catégorie, soit la dimension politique de ces personnes singulières que sont les bébés des différentes conditions sociales et culturelles. Il en va de même pour les adultes, parents et professionnels qui interrogent le bien-fondé d'un certain nombre d'évidences tenues de nos jours pour des vérités révélées.

Cela dit, expliciter la dimension idéologique et politique des discours et des pratiques faisant du bébé une personne peut ne pas faire l'unanimité. Des groupes, des individus, des services préféreront s'épargner ce qu'ils se représentent comme une complication inutile. Ils craignent de mélanger, voire de confondre, les logiques individuelles et les logiques collectives, la sphère privée et la sphère publique, le domaine des affects et celui des idéologies – qu'ils imaginent étanches les uns des autres. Au lieu d'interroger le postulat de l'étanchéité supposée, on s'offusque de leur mélange... Que le bébé soit une personne veut dire ici qu'il s'agit d'une personne morale, l'accent étant mis sur sa fragilité de prématuré, sur le fait qu'il serait entièrement dépendant d'autrui – en contrepoint à l'autonomie, le savoir sans failles, l'ouverture d'esprit, censés être l'apanage des parents et des professionnels...

C'est là une position assez courante, chargée de faire lien entre les différentes déclinaisons du leitmotiv qui nous occupe ici, tel leur commun dénominateur. Signalons cependant que la dénégation de la dimension idéologique et politique, sa relégation comme simple contexte ou bordure extérieurs, n'empêche que cette dimension soit bel et bien agissante. Après tout, ne pas s'intéresser au politique n'interdit nullement au politique de s'intéresser à vous. De très près, d'ailleurs ! C'est ce qui arrive de nos jours : là où certains sont tentés de voir un rejet de l'humain, le combat, autrement concret, oppose des représentations de la famille, des orientations quant à ce qu'il convient de dire et de faire, des conduites considérées comme légitimes et normales. Tout le monde privilégie l'humain, mais ce n'est pas du même humain qu'il est effectivement question chaque fois.

2. « En reprenant le travail cinq jours après son accouchement, la ministre de la Justice ne montre pas l'exemple », selon le professeur Alain Lazard, pédiatre au CHU de Brest (LCI, 10 janvier 2009). Diagnostic plausible. Mais, quels que soient ses attendus scientifiques, on peut le confronter à un autre diagnostic, tout aussi non neutre : en reprenant le travail après un court délai, la ministre montre bien l'exemple – pas le même, pas avec les mêmes visées ! À ne pas faire jouer *explicitement* la dimension idéologique et politique, le risque est grand de se cantonner dans quelque chose comme une *exaltation morale*. Celle-ci peut cependant produire des effets, réveiller de l'intérêt, indiquer une direction à suivre... précisément parce qu'elle n'est pas idéologiquement neutre, à l'insu de son auteur !

Au fond, rien de plus raisonnable que la mise à ciel ouvert du leitmotiv d'après lequel le bébé est une personne politique. Ainsi développé, ce leitmotiv n'empêche nullement de travailler avec des bébés, des mères et des pères, des professionnels de toute obédience, des institutions diverses et variées. Il n'empêche nullement d'y travailler aux temps présents, quand l'œuvre néolibérale ne laisse aucun secteur en marge de sa politique. Il est cependant vrai que cette proposition raisonnable désorganise la bonne conscience, laquelle est aux adultes ce que la divine innocence est aux enfants : un fantasma, voire un fantôme.

Michel Maestracci

Afflux des nouveau-nés aux urgences : un constat d'échec de la maternité ?

Une étude réalisée sur cinq mois entre début novembre 2006 et fin mars 2007 aux urgences pédiatriques de l'hôpital Lapeyronie de Montpellier a permis d'analyser la fréquentation des urgences par les nouveau-nés. Il apparaissait en effet qu'un flux croissant de tout-petits fréquentaient le service et il devenait indispensable d'en comprendre les causes.

Le passage d'un nouveau-né aux urgences lui fait courir un risque infectieux majeur, notamment en période épidémique. Par ailleurs le lieu n'est pas adapté à l'accueil de parents souvent jeunes, le climat de cette « rencontre » étant loin d'offrir la sérénité attendue pour une prise en charge optimale.

L'enquête reposait sur l'étude d'un échantillon jugé représentatif de 97 nouveau-nés, un questionnaire étant renseigné pour chacun, complété par un rappel téléphonique de la famille à distance pour juger de l'évolution de l'enfant et du vécu par les parents.

Les résultats de l'étude ont montré que la médiane d'âge des enfants était de 17 jours. 72 % des nouveau-nés avaient consulté pendant les jours ouvrables et 57 % pendant les heures d'ouverture des cabinets

Michel Maestracci, praticien hospitalier, service des urgences, Unité d'urgences pédiatriques, CHU Montpellier.

médicaux en ville. 73 % des parents s'étaient présentés aux urgences en primo-consultation. 21 % d'entre eux n'avaient pas encore choisi de médecin référent. Le temps d'attente aux urgences était court: seuls 20 % avaient attendu plus d'une demi-heure. La médiane d'âge des mères était de 29 ans et il ne s'agissait de mères isolées que dans 16 % des cas. On ne notait pas de différence significative en ce qui concerne le milieu socio-économique. La grossesse s'était déroulée normalement dans plus de 80 % des cas, plus de 50 % avaient suivi une préparation à l'accouchement (suivi obstétrico-pédiatrique a priori optimal et absence de facteurs de risques). 23 % des nouveau-nés ont été hospitalisés, dont 3 % pour angoisse parentale majeure. 8 % des passages ont donné lieu à une liaison PMI.

L'analyse des résultats a conduit à un certain nombre de constatations et ouvert une réflexion sur l'optimisation de la prise en charge de cette population d'enfants (et parfois de parents) fragiles.

Les groupes sociaux dits défavorisés ne représentent pas la majorité des passages aux urgences dans cette tranche d'âge. Plus que les causes organiques, l'inquiétude des mères primipares prédomine. Paradoxalement, les nouveau-nés ayant présenté une pathologie périnatale ou ayant bénéficié d'une sortie précoce de maternité consultent peu aux urgences, étant pris en charge par un réseau efficace. Un effort particulier d'information des nouveaux parents et d'anticipation du choix du médecin référent s'impose afin d'éviter d'aggraver l'inflation des passages dans un site non adapté et de limiter le nomadisme médical. Certains lieux de naissance en France ont déjà proposé des solutions, notamment sous la forme de consultations sans rendez-vous à la maternité pendant le mois suivant la naissance.

Si on n'accepte pas l'échec que représente le recours aux urgences pour des parents de nouveau-nés désemparés, il nous faut réinventer l'évidence. Il faut donner du temps aux gens dans une société où l'on confond rapidité et efficacité, sans prendre en compte le fait que la parentalité est de moins en moins soutenue par un tissu familial dispersé. L'évidence n'est peut-être pas la construction de réseaux peu lisibles pour cette population qui a perdu la grand-mère et le médecin de famille disponibles en qui elle avait toute confiance...

Serge Vilalta

L'hôpital entre approche médico-économique et éthique des soins

Entreprendre une réflexion sur la notion de fragilité, c'est aussi s'interroger sur le cadre juridique, économique et organisationnel qui « supporte » la dynamique médicale, psychologique, sociale de la parentalité, et plus particulièrement sur l'organisation du système hospitalier confronté aux données économiques.

Peut-on concilier deux principes apparemment totalement contradictoires ?

– un principe éthique qui anime les acteurs de santé (médecins, psychiatres, travailleurs sociaux, sages-femmes...), dont le fondement défini par le serment d'Hippocrate, le code de déontologie professionnelle, ou le Code de la santé publique crée une exigence absolue dans l'exercice des pratiques professionnelles ?

– un principe d'éthique citoyenne qui exige une attention dans l'utilisation des ressources d'un État.

Pendant longtemps, le principe « la santé n'a pas de prix » a prévalu justifiant une dynamique de soins qui précédait l'affec-

Serge Vilalta, directeur d'hôpital.

tation des ressources. C'était l'époque des Trente Glorieuses de l'après-guerre, de 1946 à 1976 (période du premier choc pétrolier). Les cycles économiques suivants, tributaires du plein phénomène de la mondialisation commerciale, ont amené les hommes politiques (toutes tendances confondues) à un réalisme donnant un fondement plus volontariste dans la maîtrise des ressources.

Progressivement a prévalu la notion de « qualité des soins, ou d'intervention sociale » au moindre coût, ou – pour ne pas utiliser une terminologie spécifique au monde des entreprises dominé par les règles de « management » – de soins de haut niveau en utilisant au mieux des ressources plus rares.

Les grandes étapes de la vie politique (les élections notamment) ont été marquées par l'affrontement d'idées à ce sujet, sujet d'autant plus sensible que l'OMS souligne le haut niveau de notre système de santé. Le débat est encore largement ouvert aujourd'hui, car deux mouvements s'amplifient :

- l'un a trait à la qualité des soins et à la maîtrise des risques, avec un seuil d'exigence toujours plus élevé ;
- l'autre concerne la place du système de santé et son financement dans un contexte de crise économique.

Le système de santé français est un des plus performants au monde par son niveau de qualité et son organisation.

La qualité des soins et la maîtrise des risques

La qualité des soins se mesure à l'aune des performances réalisées dans de nombreux secteurs de l'activité sanitaire :

- le haut niveau de formation professionnelle ;
- la formation du corps médical (réforme hospitalo-universitaire) ;
- la formation des soins (école des sages-femmes, IFSI, IRTS) ;
- le développement des sciences médicales, biologiques, pharmaceutiques ;
- la biotechnologie, les appareils de radiographie (IRM, Petscan) ;

- une recherche en évolution constante, mondialement reconnue et consacrée par le prix Nobel, régulièrement soulignée par l'OMS ;
- une politique de prévention énergique (médecins du travail, médecins scolaires).

À ce dynamisme constaté, s'ajoutent depuis quelques années « l'évaluation des pratiques professionnelles » et la maîtrise des risques par une surveillance accrue (autoévaluation, audits, signalement des événements indésirables) des modes opératoires tant des pratiques que de l'utilisation des outils.

La lutte contre les infections nosocomiales, la lutte contre la douleur, la politique des soins palliatifs... témoignent de la volonté politique et des acteurs de santé d'assurer une maîtrise de haut niveau de la qualité des soins. Avec pour corollaire, un facteur sécuritaire qui n'est pas étranger à l'action judiciaire menée par les bénéficiaires ; la judiciarisation des dysfonctionnements hospitaliers, notamment, produit à cet égard un double effet :

- accroissement de la vigilance, facteur d'amélioration de la qualité ;
- modification des comportements humains liée à la crainte et partant, une certaine fébrilité professionnelle plutôt ankylosante.

Ainsi, l'application de « normes », de « référentiels », déclenche naturellement une amélioration qualitative (en relation avec l'aspect normatif de certaines pratiques) mais suscite également de nouvelles charges, de nouvelles dépenses dans l'ensemble des secteurs d'activité sanitaire. La question est alors posée de savoir si cette dynamique louable, qui rejoint en cela certaines valeurs éthiques, est compatible avec l'environnement économique de notre système de santé.

La place du système de santé et son financement

La particularité de notre système de santé tient à ce qu'il est soutenu par un financement dont les fondations sont constituées

par notre système de Sécurité sociale, envié par la plupart des autres pays :

- l'organisation de la Sécurité sociale, créée par une ordonnance de 1945, s'appuie sur les principes de solidarité et de mutualité ;
- la branche assurance-maladie garantit la personne contre les risques (accident, maladie...) essentiels de la vie, et assure une prise en charge maximale tempérée par le ticket modérateur, ou encore le forfait journalier en milieu hospitalier.

Cette protection sociale est une des plus élevées au monde puisque s'ajoute au financement de la branche assurance-maladie l'intervention des mutuelles, et pour ceux qui n'y ont pas accès, l'État intervient sous forme d'assistance sociale (Couverture médicale universelle par exemple).

Mais ce système de financement a ses limites: l'évolution des dépenses de protection sociale est supérieure à celle du PIB, les prélèvements obligatoires (impôts, cotisations) pèsent sur le revenu des ménages et sur les entreprises. La question du « trou de la Sécurité sociale » est régulièrement posée et chaque gouvernement prépare son plan de sauvetage, souvent dans la continuité.

Cinq grandes réformes sont intervenues, avec des effets d'ampleur variable, au cours des dix dernières années. *Les grands axes des réformes accomplies* concernent plusieurs éléments tant du système de santé que de son financement :

- le système de santé est appréhendé de façon plus globale par la législation. La notion de prévision des besoins de santé, avec les Conférences régionales de santé, permet de mieux définir les axes prioritaires de la politique régionale de santé: périnatalité, adolescence, cancer, etc.;
- la prévision intègre la problématique du vieillissement de la population et ses conséquences sur le secteur sanitaire et médico-social ;
- la dernière loi relative aux patients, au territoire et à la santé souligne la mise en œuvre d'une coordination plus efficace entre le sanitaire et le médico-social, entre les personnes morales

(cliniques et hôpital) et les praticiens libéraux (création des territoires de santé, groupement de coopération sanitaire, agences régionales de santé chargées de mettre en œuvre une nouvelle politique) ;

- les ARS (Agences régionales de santé) doivent, notamment, assurer le regroupement des ARH (Agences régionales d'hospitalisation) et des URCAM (Unions régionales des caisses d'assurance maladie) ;

- le régime des autorisations d'activité sanitaire (urgences, médecine, chirurgie), lié à des seuils normatifs, doit assurer une meilleure répartition de l'offre de soins publics/privés et partant, améliorer l'accessibilité aux soins par une meilleure répartition des disciplines médico-chirurgicales.

Plusieurs questions sont encore en débat: la permanence des soins par territoire avec l'articulation entre la médecine de ville et les établissements de santé (création des Maisons médicales de garde), et les contraintes structurelles résultant de l'insuffisance numérique et de la répartition des médecins généralistes sur le territoire national.

Pierre angulaire du système de santé, le système hospitalier public et privé est directement visé par les réformes en cours, avec la volonté du législateur de rechercher la meilleure efficacité possible. Ces réformes touchent l'aspect organisationnel de l'hôpital et son financement.

L'organisation de l'hôpital

Son mode de management est directement concerné par la volonté d'instaurer *un management* médical, médico-social et logistique *interne plus participatif*, sous l'autorité du directeur dont les pouvoirs et la responsabilité sont renforcés. À ses côtés, apparaissent de nouvelles instances: le conseil exécutif, évoluant vers la notion de conseil de surveillance. Mais le volet le plus novateur est celui qui concerne l'organisation interne des structures hospitalières désormais réparties en « pôles d'activité ».

L'élément fondamental du regroupement en « pôle » des anciens services est la nature des activités médicales complémentaires (pôle neuro-cardio-vasculaire, pôle femme-mère-enfant, pôle cancérologique...). Il s'agit d'appréhender de façon cohérente, par organe, la globalité des pathologies du patient susceptibles de mettre en œuvre des compétences professionnelles complémentaires et l'utilisation d'un plateau technique commun.

Le pôle est animé par un médecin coordonnateur assisté d'un conseil de pôle, composé de l'ensemble des personnels médicaux et non médicaux désignés après élection. Le chef de pôle est chargé d'animer le pôle, de préparer le projet de pôle et d'établir les prévisions d'activité et de ressources compatibles avec les objectifs et les ressources de l'établissement. Le *projet médical de pôle* doit être compatible avec le *projet médical d'établissement* et avec le *contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens* signé par le directeur et l'Agence régionale de l'hospitalisation.

Le chef de pôle passe un contrat avec le directeur de l'établissement, définissant la nature et le niveau d'activité des services ainsi que le niveau et les modalités d'attribution des ressources. L'intéressement du pôle aux résultats d'activité est également prévu par les textes mais limité par le nécessaire équilibre global financier de l'institution (certains pôles peuvent être excédentaires, d'autres déficitaires). C'est naturellement à ce niveau que se situe la réflexion sur l'éventuelle compatibilité entre approche médico-économique et éthique.

À cet égard, plusieurs constats peuvent être effectués. Pour la première fois dans l'histoire de l'organisation interne de l'hospitalisation, une part de responsabilité est confiée au corps médical et indirectement aux membres du conseil de pôle dans la définition de la stratégie à caractère médico-économique. La notion d'efficience, de relation coût-efficacité, fait partie de la dynamique interne des pôles. Une formation (ou information) nouvelle (empirique ou programmée) est organisée à l'intention des responsables médicaux, dont le cursus universitaire ne compte pas d'enseignement de cette nature en profondeur. Les choix à caractère médical, soignant et/ou organisationnel, sont

tracés dans un contrat interne qui constitue un cadre juridique nouveau. De fait, la question de la « rationalisation » éventuelle des ressources est posée ainsi que de ses conséquences sur la qualité des soins et la maîtrise des risques.

Des garanties

- L'EPRD (État prévisionnel des recettes et des dépenses) de l'institution est arrêté avec un taux de progression national fixé par la loi de financement de la Sécurité sociale et il est susceptible d'intégrer une progression raisonnable des dépenses de santé;
- les tarifs hospitaliers applicables par GHM (Groupe homogène de malades) résultent d'une analyse historique des coûts/pathologie à partir de moyennes nationales;
- les crédits DAC (dotation annuelle complémentaire) et MIGAC (mission d'intérêt général et aide à la contractualisation) atténuent l'incidence des mesures de service public [SSM (soins de santé médicalisés), psychiatrie, urgences, Unités de consultations et de soins ambulatoires UCSA (unité de consultation spécialisée pour malades en détention)].

Des constats

- Une prise de conscience collective de la relation activité-ressources a suscité de nombreuses initiatives (notamment dans le cadre de la certification des services hospitaliers) tendant à une meilleure organisation interne (relation entre services hospitaliers et services médico-techniques, fonction brancardage... délais d'attente aux urgences, transmission d'informations et de données);
- une meilleure écoute des acteurs;

– une participation structurée et plus coordonnée des interventions du service social dans une optique de prise en charge globale.

Des défis

- La nécessaire liaison activité (volume et nature des pathologies)/ressources entraîne une vigilance constante des responsables hospitaliers sur l'activité (nature, durée de séjour par pathologie) et les dépenses, avec une attention soutenue sur les dépenses de personnel, variable d'ajustement, alors qu'il est inconcevable de limiter les consommations pharmaceutiques;
- la recherche de parts de marché par l'adaptation des *compétences médicales* et des *structures* (immeuble, biotechnique) aux besoins de santé de la population;
- la compétition touche les structures publiques et les structures privées. La recherche de la productivité peut entraîner une orientation de l'activité vers les hospitalisations les plus rentables au détriment des hospitalisations à caractère médico-social;
- une contradiction à gérer entre une volonté de maîtriser les risques en respectant normes et référentiels nationaux et limitation budgétaire.

Des limites

Les limites sont celles fixées par les règles professionnelles déontologiques, l'éthique, la notion de responsabilité et, naturellement, les missions du service public. À cet égard, l'avis n° 101 pris par le Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé apporte un éclairage significatif. Mme Van Lerberghe, alors directrice générale de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, a souhaité que le CCNE se prononce sur les problèmes éthiques posés par la contrainte budgétaire en milieu hospitalier, notamment en matière d'arbitrage des traitements

particulièrement coûteux ou des interventions très lourdes. Au terme d'une longue analyse de la problématique, les membres du groupe de travail ont déposé leurs conclusions. Parmi les éléments de réflexion, le CCNE a mis en évidence :

- les principes commandant l'évaluation du coût de la prise en charge hospitalière, en posant clairement les missions sociales de l'hôpital à l'égard des plus démunis et des personnes âgées, la notion de rentabilité au confluent de deux réponses possibles (réponse égalitariste ou déontologie faisant la part de la justice et réponse utilitariste, dite justice distributive, assurant une répartition équitable des ressources entre tous) ;
- la nécessaire prise en compte de la notion de coût/bénéfice, c'est-à-dire la prise en compte des coûts que représenterait l'abandon partiel d'une stratégie de soins efficace pour tous : le « manque à gagner » entraîné par la non-réalisation d'un investissement construction (production de matériel) créateur d'emploi. De même, l'innovation scientifique peut avoir des incidences financières ambiguës (réduction DMS, amélioration de la qualité de la vie qui entraîne des économies). En revanche, la course au meilleur diagnostic possible peut pousser les médecins vers des examens additionnels inutiles;
- la promotion d'une médecine plus humaine et respectueuse de ses moyens doit s'interroger sur les dernières technologies du « toujours plus » ;
- le danger d'un instrument de mesure unique pour évaluer le rapport coût/bénéfice.

Aucune méthode d'évaluation n'est entièrement objective, ni ne présente de valeur universelle. Il est souhaitable d'utiliser des instruments d'évaluation adaptés à chaque catégorie d'objectifs. Au-delà des critères permettant d'éclairer la pertinence des choix budgétaires, il faut retenir des critères permettant de situer le *bénéfice médical* et soignant apporté aux malades (espérance et qualité de vie par exemple), *l'innovation*, *la maîtrise économique* (problème des coûts des médicaments et traitements onéreux), *la répartition géographique* des besoins de santé régionaux, les

critères de *vulnérabilité* des patients. L'utilisation de plusieurs indicateurs est étroitement liée à une évaluation permanente de chacun d'eux pour renforcer l'efficacité et la cohérence des activités hospitalières.

Cette approche « plus globale », non seulement de nature quantitative, mais aussi plus qualitative, devrait contenir les effets de la T2A qui pourraient conduire à considérer comme « non rentables » de nombreux patients accueillis en médecine générale, en psychiatrie, en gérontologie ou en pédiatrie. Compte tenu de la situation antérieure, la démarche T2A peut être considérée comme un progrès, mais ce n'est pas un instrument d'évaluation.

Le défi auquel sont confrontés les autorités de tutelle et les professionnels de santé consiste à préserver à la fois la composante humaine de l'« art médical » et la qualité des structures sanitaires de plus en plus complexes.

Le CCNE formule plusieurs recommandations sur lesquelles les acteurs du monde sanitaire sont appelés à réfléchir :

- réintégrer la dimension éthique et humaine dans les dépenses de santé, afin de permettre à l'hôpital de remplir de manière équilibrée l'ensemble de ses missions, et pas uniquement les plus techniques ou les plus spectaculaires. Sur le plan médical, il convient d'avancer ici l'idée d'une médecine sobre, par opposition à une médecine de la redondance. Cette redondance qui veut se donner des allures de précaution n'est bien souvent que le masque d'une paresse intellectuelle et d'une peur à assumer des choix courageux ;

- adapter les échelles d'évaluation des activités en vue de traiter de manière appropriée les différentes missions de l'hôpital, et, dans ce but, développer des modèles spécifiques pour chaque grand objectif : soins relevant d'actes techniques, soins relevant d'actions non instrumentales telles que prévention, éducation pour la santé, accueil de tous les malades avec préservation de la solidarité et du lien social, enfin recherche et innovation, diagnostic et thérapeutique ;

- se réinterroger sur la mission primaire essentielle de l'hôpital. Celle-ci a en effet dérivé de la mission originelle d'accueil de la

précarité et de la maladie, puis de la mission de recherche et d'enseignement, vers la situation actuelle qui fait de plus en plus de l'hôpital un service public, industriel et commercial ; ce qui a pour conséquence de déboucher sur un primat absolu donné à la rentabilité économique, au lieu de continuer à lui conférer une dimension sociale ;

- ouvrir l'hôpital à une dimension réunissant le « sanitaire » et le « social » (dépendance, adolescence, précarité etc.), en promouvant autour de la personne une meilleure coopération de l'hôpital hors les murs avec des structures extérieures, comme les maisons de soins de longue durée, l'hospitalisation à domicile ou les unités de santé carcérale, au sein du Groupement de coopération sanitaire (GES) sensible aux situations spécifiques de certaines personnes (accouchement, grande précarité) ;

- s'assurer du maintien du lien social pour éviter que la personne ne sombre dans l'exclusion une fois le diagnostic fait et le traitement entrepris. Quelle logique est à l'œuvre si le succès médical est suivi d'une mort sociale ?

- accorder la plus grande attention à la pathologie mentale, qui devrait être un axe prioritaire compte tenu de son caractère paradigmatique de pathologie entre le médical et le social, le biologique et l'environnement, l'individu et la société.

- éviter d'affecter des systèmes de cotation à des usages pour lesquels ils ne sont pas les plus pertinents ; s'agissant de la T2A, ces usages regroupent les actes dispensés notamment en psychiatrie, en gérontologie et en pédiatrie, où l'écoute et l'examen clinique approfondis sont nécessaires au respect des bonnes pratiques. Devraient aussi être jugées selon des critères différents les autres missions de service public de l'hôpital que la T2A n'est pas en mesure d'évaluer et donc de coter correctement. Des éléments supplémentaires (ou complémentaires), d'essence qualitative, devront être intégrés dans le système d'évaluation pour ne pas succomber à ce qui pourrait être vécu comme une sorte de tyrannie du « tout quantitatif ». La cotation T2A devrait donc être limitée aux actes techniques spécialisés pour le diagnostic et les soins ;

– ne pas négliger le *care* (prendre soin, prêter attention) anglo-saxon au profit exclusif du *cure* (soigner). L'exemple des soins palliatifs est emblématique. La loi encourage leur présence sans leur donner des moyens réels de fonctionnement. L'hôpital répare mais les malades peuvent aussi avoir besoin d'autres prestations, comme le suivi, qui est un des points forts de la Caisse nationale de solidarité;

– rendre aux arbitrages leur dimension politique, sans les déléguer aux seuls responsables hospitaliers, en approfondissant la concertation entre les responsables décisionnels et l'ensemble des acteurs de santé, par un partenariat permanent effectif entre tous et en impliquant dans cette démarche des instances telles que la Haute Autorité de santé ou les Groupements régionaux de santé publique (l'hôpital devant être un observatoire de l'état de santé de la région) ;

– prendre en compte enfin le tissu social au sein duquel évolue l'hôpital. Un environnement défavorisé devrait justifier un regroupement de moyens spécifiques, adapté à la situation réelle du lieu.

En conclusion, la garantie d'un accès juste aux soins de qualité n'est pas en contradiction avec une rigueur économique. L'adaptation permanente de l'offre de soins aux besoins démographiques, aux modifications épidémiologiques, aux progrès technologiques justifie plus que dans n'importe quelle activité humaine des choix clairs, courageux, explicites aux yeux des citoyens, et en même temps susceptibles d'être sans cesse remis en question en gardant comme objectif central le service rendu aux plus vulnérables.

La question éthique posée par l'examen de la dimension économique du soin explore la tension entre l'autonomie et la solidarité, entre la liberté individuelle et le bien public. Cette tension ne peut recevoir de réponse que dans la recherche d'équité, c'est-à-dire dans la justice.

Sophie Marinopoulos

De l'impensé à l'impensable en maternité: la grossesse psychique et ses troubles de la représentation

Notre imaginaire originaire¹ collectif veut la mère belle, enveloppée d'images harmonieuses, dans une atmosphère de calme et d'apaisement, telle une femme comblée, absorbée par l'enfant qui vient de naître. Nous aimons ces représentations rassurantes où les idéaux sont rois. Il nous est si difficile d'y renoncer que nous luttons au moyen de défenses multiples pour ne pas reconnaître que la grossesse peut être parfois, dès son annonce, pendant son déroulement ou à l'accouchement, un temps de grande vulnérabilité, une période de déstabilisation avec des turbulences émotionnelles, des réminiscences affectives qui vont jouer un rôle dans la vie familiale.

Et notre difficulté est telle que même nos programmes de santé publique en témoignent dans ce déséquilibre grandissant entre la prise en compte de la santé physique et celle de la santé

Sophie Marinopoulos, psychologue, psychanalyste au CHU de Nantes, dirige une structure de prévention de la santé psychique.

1. Expression empruntée à P.-C. Racamier.