

**Université de Marnes La Vallée**  
**en partenariat avec le CFCPH DE l'AP-HP**

**Master de philosophie pratique 1<sup>ère</sup> année**

**Mémoire**

**Des lieux pour naître.....**

**Aspects éthiques et épistémologiques des espaces médicaux de la naissance**

**Laurent Vercoustre**

Praticien hospitalier, gynécologue obstétricien

Groupe hospitalier du Havre

Adresse personnelle : 28 rue Jacques Louer

76 600 Le Havre

*email : [virginie.vercoustre@wanadoo.fr](mailto:virginie.vercoustre@wanadoo.fr)*

*tel : 06 16 19 95 99*

**Responsable pédagogique : Elsa Godart**

**Déposé le 21 juin 2008**

**Université de Marnes La Vallée**  
**en partenariat avec le CFCPH DE l'AP-HP**

**Master de philosophie pratique 1<sup>ère</sup> année**

**Mémoire**

**Des lieux pour naître.....**

**Aspects éthiques et épistémologiques des espaces médicaux de la naissance**

**Laurent Vercoustre**

Praticien hospitalier, gynécologue obstétricien

Groupe hospitalier du Havre

Adresse personnelle : 28 rue Jacques Louer

76 600 Le Havre

*email : [virginie.vercoustre@wanadoo.fr](mailto:virginie.vercoustre@wanadoo.fr)*

*tel : 06 16 19 95 99*

**Responsable pédagogique : Elsa Godart**

**Déposé le 21 juin 2008**

## Table des matières

Introduction : .....	4
Chapitre premier : LES ENJEUX DE LA QUESTION .....	6
_Toc201578246	
Une évolution irréversible.....	6
Une dissidence très minoritaire.....	8
La quête d'un ethos .....	9
_Toc201578250	
Chapitre II : LA MEDECINE EN QUESTION .....	14
La médecine et le Bien.....	15
Pour ou contre l'accouchement à domicile : le discours médical.....	16
Chapitre III : GÉNÉALOGIE ET ANALYTIQUE DES ESPACES HOSPITALIERS.....	17
_Toc201578255	
Chapitre IV : HUMANISME ET HÔPITAL.....	26
_Toc201578257	
Utopie, technique et discipline.....	26
Le silence hospitalier de la Grèce antique.....	32
L'hôpital en quête d'humanisme.....	35
Naissance, norme et hôpital .....	38
Chapitre V : RÉVOLTES ET UTOPIES .....	45
_Toc201578263	
Conclusion .....	51

## Introduction

Mettons nous un instant à la place du candide, du voyageur, de l'étranger, tel celui des lettres persanes, et considérons avec la pureté d'un regard non prévenu les conditions de la naissance dans notre société. Ce qui est, à nos yeux habitués, une nécessité incontestable deviendrait peut-être alors une question : pourquoi les hommes naissent-ils dans des lieux parfaitement semblables à ceux où ils sont conduits lorsqu'ils sont malades?

Nous voulons montrer dans ce mémoire que cette étrange question interpelle aussi le philosophe. La capacité d'étonnement, de briser l'évidence, n'est elle pas le premier temps d'une démarche philosophique? Dans un second temps le regard du philosophe, plus perspicace que celui du candide, observera que le fait n'est pas universel et qu'il n'en a pas toujours été ainsi dans l'histoire des hommes.

Il existe bien en France et dans la plupart des pays dits développés une uniformité de comportement qui amène les femmes à accoucher dans des espaces médicalisés. Dans les pays pauvres, dit en voie de développement, la réalité est tout autre. Les hommes naissent, dans ces pays, le plus souvent chez eux et selon des coutumes parfois fort différentes. C'est très récemment, depuis quelques décennies que l'homme a choisi, dans notre société de confondre les lieux de la naissance et ceux de la maladie.

Les hommes, depuis toujours, se sont intéressés aux circonstances de leur naissance. L'instant et le lieu de notre naissance sont les premiers éléments d'une individualisation sociale qui nous suivra toute notre vie. Plus ou moins secrètement chacun de nous cherche à retrouver dans les conditions de sa naissance quelques vérités originelles. Vérités données comme une anecdote rapportée par l'entourage ou décryptées dans des systèmes de croyance telle

l'astrologie. La symbolique de la naissance atteint son expression la plus élaborée dans la nativité. La naissance de Dieu fait homme dans le dénuement de la crèche, entouré du bœuf et de l'âne annonce et glorifie la vertu d'humilité. Marie et Joseph dans leur errance n'ont trouvé qu'une étable, l'âne n'a pas la majesté du cheval, le bœuf la force du taureau. Comme si, dès sa venue au monde, ce Dieu nouveau voulait prévenir qu'il sera du côté du misérable, du faible, de l'exclu.

L'assignation du lieu de la naissance au lieu de la maladie n'est pas seulement un intrigant constat. Elle nous invite à nous interroger sur cette étonnante parenté que l'homme a nouée avec la médecine dans nos sociétés. Etes-t-il tout à fait neutre, qu'ainsi, tous, nous naissions dans le sein de la médecine, faut-il y voir une prédestination, la prophétie d'un destin particulier pour toute une société; quelque chose risque-t-elle de se perdre, en ces lieux, quelque chose de plus humain?

## Chapitre premier

### LES ENJEUX DE LA QUESTION

#### *Une évolution irréversible*

Dès la naissance de l'hôpital médical, au cours du XVIII<sup>e</sup> siècle, la maternité a pris place dans l'institution: la première maternité de Londres a été ouverte en 1749. Puis peu à peu, mais de façon irréversible, le lieu de la naissance s'est déplacé de la maison vers l'hôpital. Mais c'est au début du XX<sup>e</sup> que le mouvement s'accélère: on dénombre 16294 accouchements dans les établissements de l'Assistance Publique de Paris en 1900, contre 5180 en 1880. Cette progression se poursuit tout au long du XX<sup>e</sup> siècle: en 1920, un tiers des accouchements parisiens ont lieu dans un établissement de l'Assistance Publique. Entre les deux guerres, a commencé l'hospitalisation systématique de toute parturiente dans le but d'une plus grande sécurité pour la mère et son enfant. L'après-guerre voit naître la sécurité sociale et l'assurance maternité avec la gratuité des soins relatifs au suivi de la grossesse, à l'accouchement et aux suites de couches<sup>1</sup>. Tout était gratuit pour celle qui consentait à se rendre à l'hôpital. En effet lorsque l'accouchement avait lieu dans un établissement hospitalier public, la jeune mère n'avait rien à déboursier, tandis que sa voisine qui persistait à vouloir accoucher chez elle devait, non seulement verser des honoraires à la sage-femme ou au médecin qui l'assisterait au moment de la naissance et assurerait les soins les jours suivants, mais encore se procurer l'ensemble du matériel que réclamait le praticien. Tout cela lui serait remboursé mais plus tard. Une telle mesure a contribué à faire entrer massivement dans les moeurs l'accouchement à la maternité. L'accouchement à

---

<sup>1</sup> M. Viviez, *Mémoires d'une sage-femme de l'Ardèche, au nez et à la barbe des gens pressés*, Paris, 1983, Ed Peuple libre.

domicile tend donc à disparaître au profit de l'accouchement dans des structures médicalisées.

La gratuité des soins hospitaliers n'est en réalité qu'un aspect d'un vaste dispositif de contrôle de la grossesse qui a été mis en place au lendemain de la deuxième guerre mondiale. Ce fut d'abord le principe de l'organisation de la protection médico-sociale des futures mères et des jeunes enfants avec une ordonnance du 2 novembre 1945. Des centres de protection maternelle et infantile (PMI) ont été créés pour assurer une surveillance de la grossesse et de l'enfant jusqu'à l'âge de 6 ans. Ainsi, par son caractère gratuit, cette organisation permettait à tous l'accès à la surveillance de la grossesse. Ce fut à la fin des années 1960 le décret du 21 février 1972 ou «Dienesch» en réaction avec les taux de mortalité périnatale qui restaient dans notre pays un des taux les plus élevés d'Europe. Ce décret imposait entre autre des normes très précises pour les locaux et le plateau technique. Un grand nombre d'établissements ne pouvant pour des raisons financières ou techniques se soumettre aux normes ont dû fermer. Les médecins généralistes abandonnèrent la pratique de l'obstétrique et l'accouchement à domicile disparut encore un peu plus.

Les sages-femmes perdirent progressivement leur indépendance, faute de travail, pour prendre place à l'hôpital sous la responsabilité d'un médecin. Le salariat a gagné dans la profession à partir des années 1960 au détriment du secteur libéral et aujourd'hui la grande majorité des sages-femmes travaille dans des structures hospitalières ou dans des cliniques.

Nous pensons qu'il faut distinguer cette médicalisation de la grossesse et l'appropriation de l'accouchement par le système hospitalier. Nous montrerons que la pensée clinique est née à l'hôpital, à un moment précis de l'histoire de la médecine, du fait d'une configuration épistémologique particulière et sans doute transitoire. C'est parce qu'il a été perçu et continue à être perçu comme le principe même de la rationalité médicale que l'hôpital a annexé tous les aspects de la médecine y compris celui de la naissance. Nous développerons plus loin ce point de vue qui représente l'un des principaux thèmes de notre réflexion.

### *Une dissidence très minoritaire*

Aujourd'hui, pour l'immense majorité des couples qui attendent un enfant, l'accouchement à l'hôpital est l'évidence. Confiant par habitude dans l'ordre établi ils n'imaginent pas d'alternative. Il est vrai que notre société n'offre pas d'autre choix. Il existe pourtant de façon très minoritaire des mouvements de résistance, de contre conduite qui plaident pour l'accouchement à domicile ou bien soutiennent les maisons de naissance.

Une maison de naissance est un lieu d'accueil de la femme enceinte et de sa famille pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum. C'est un établissement dans lequel on met tout en œuvre pour accoucher «comme à la maison». La médicalisation est alors réduite à son strict minimum et l'environnement est rendu aussi chaleureux que possible (baignoire, ballon de travail, lumière douce, musique...). L'intérieur des maisons de naissance est aménagé de manière à lui conférer un aspect intime, familial. Pas de tables d'accouchement mais des lits, des canapés. Une pièce est réservée à la réanimation néonatale et le matériel médical est dissimulé autant que possible. On dénombre 135 maisons de naissance aux Etats Unis, 8 au Québec, 40 en Allemagne, 11 en Suisse. Aucune en France, la seule qui existait, à Sarlat, a fermé ses portes. En 2004, l'hôpital de Strasbourg a ouvert sa maison de naissance, mais il ne s'agit pas d'une maison de naissance à proprement parler, du fait de sa situation, au coeur même du service de gynécologie obstétrique.

La promotion de ces maisons de naissance n'émane pas seulement de groupe de résistance, elle est soutenue par les pouvoirs publics qui ont fait de l'expérimentation du fonctionnement de maisons de naissance une des quatre priorités du Plan Périnatalité 2005-2007. Déjà en 1998 Bernard Kouchner exprimait son soutien:«... Je souhaite mettre en place un groupe de travail sur les maisons de naissance c'est-à-dire des lieux totalement gérés par des sages-femmes situés dans la proximité immédiate dans la contiguïté même d'une maternité classique plutôt de niveau II ou III<sup>2</sup> et où des femmes volontaires, après évaluation de leurs risques, accoucheraient sans aucune technicité autre que celle de la sage-femme.» Plus récemment en 2003, Le rapport Bréart énonçait: «... Il est proposé la

---

<sup>2</sup> Depuis les décrets périnataux de 1998, les maternités sont classées en niveau de I à III en fonction de leur compétence à accueillir des pathologies plus ou moins lourdes, le niveau III correspond à la prise en charge des pathologies les plus lourdes.



possibilité d'ouvrir des maisons de naissance sous la responsabilité pleine et entière de sages-femmes. Il est donc nécessaire de passer par une phase d'évaluation. Ceci impose de laisser la possibilité à plusieurs projets d'aboutir, à condition que ces maisons de naissance soient attenantes à des plateaux techniques publics ou privés, et que soient signées des conventions.» Pourtant ces discours prometteurs sont restés lettres mortes.

Quant à l'accouchement à domicile, il est dans notre pays confidentiel (selon l'INSEE 1% des accouchements), et naturellement la plupart sont inopinés. Curieusement, il existe dans le Bas-Rhin, comme un îlot perdu dans l'océan de l'hospitalisme, un petit groupe de sages-femmes et de médecins, une trentaine, qui réalisent environ 60 à 80 accouchements par an. leur nombre se réduisant dramatiquement par manque de soutien de la profession mais aussi depuis une augmentation des coûts d'assurances telle qu'il n'est plus possible de rentabiliser leur activité en restant assuré. Les rares professionnels, continuant à pratiquer l'accouchement à domicile en France, ne sont donc pas assurés.

Le débat présente donc, dans son actualité même, une curieuse configuration. Car d'une part le nombre de celles qui proposent des lieux de naissance non médicalisés est extrêmement minoritaire et leur discours très peu diffusé. A l'évidence la question n'a pas aujourd'hui un réel statut de débat d'opinion public. Et d'autre part, en dépit d'une si discrète revendication, les autorités sanitaires, font de cette démedicalisation du lieu de naissance un véritable objectif de santé publique même si cette volonté affichée contraste avec l'inexistence des réalisations. Ce n'est pas du côté des pouvoirs publics mais plutôt du côté du pouvoir médical qu'il faut chercher une ligne de partage, un front d'opposition.

### ***La quête d'un éthos***

Écoutons maintenant le discours des femmes, de cette minorité d'opposantes qui souhaitent accoucher à distance des espaces médicaux. Leur discours exprime un certains nombre d'aspirations: besoin d'intimité familiale, d'indépendance – sentiment de puissance – respect de la physiologie – inclure les enfants dans l'expérience de la naissance – donner la vie est un acte privé, sexuel, et doit rester dans l'intimité du foyer. Pour certaines femmes mettre au monde leur

enfant par elle-même, sans assistance est un chemin initiatique personnel, « aller au bout d'elles-mêmes », se découvrir femme et mère par delà leurs sensations, leur gestion, leur acceptation et apprécier la fierté, la jouissance, le sentiment de puissance procuré par la réussite de ce défi.

Dans le foisonnement de leur discours, il est donc question d'un événement perçu comme une épreuve. Mais cette épreuve a un caractère particulier, elle ne doit pas être vécue passivement, mais elle met au contraire en jeu un certain type de rapport, de rapport à elles-mêmes, de rapport à l'enfant à naître et à l'entourage familial. Et la réussite de l'épreuve conditionne l'accomplissement de la mère, son enrichissement, pour elle-même, pour son enfant et son entourage.

La problématisation de l'accouchement tel que l'expriment ces femmes confère au débat sa substance éthique. Car c'est dans leur dimension de sujet que les femmes se confrontent au fait de donner naissance, d'accoucher. L'accouchement n'est plus seulement un fait biologique, il a valeur d'une épreuve de subjectivation.

Et pour que l'épreuve s'accomplisse selon cette exigence, les femmes revendiquent un lieu, un lieu préservant leur indépendance, un lieu protégeant leur intimité. Voilà donc un lieu impliqué dans un débat éthique. Cette intrication d'un lieu et d'un problème éthique s'éclaire d'un jour nouveau lorsque on se penche sur les différents sens du mot éthique dans la pensée grecque. L'éthique, *l'éthos* a en grec toute une variation, une harmonique de sens. Nous l'acceptons aujourd'hui dans le sens de morale ou de philosophie des mœurs. *Éthos* (avec E bref, epsilon) signifie aussi l'habitude, la coutume de la cité. En réalité, dans la langue grecque le mot *éthos* (avec un êta) parle depuis Homère, à partir donc d'une longue tradition, et il ne se rapportait pas en premier lieu à l'être humain. Chez Homère *éthos* désigne les lieux et les endroits où les animaux ont l'habitude d'être, l'écurie, l'étable, le repaire. Chez Hésiode et Hérodote, *éthos* caractérise aussi les lieux d'habitation des être humains. C'est dans ce sens très concret que prend racine le mot *éthos*, avant tout emploi philosophique. Dans le sens philosophique, il signifie: tout lieu où quelque chose est proprement à sa place et chez soi. Et le fait d'habiter chez soi, en ce lieu, crée l'habitude, la manière d'être. On peut donc d'une certaine manière considérer l'éthique comme «une doctrine de *l'éthos*», c'est-à-dire comme l'effort pour penser l'être humain comme tel dans sa manière d'habiter, d'être chez soi dans le monde et ceci de la façon la plus heureuse. On

voit que la sémantique du mot éthique confère au débat sur le lieu de naissance sa légitimité, la dimension de ce qu'il donne à penser.

Ces femmes ont quelque chose à dire qui dépasse largement le besoin d'afficher une singularité circonstancielle. Si nous l'entendons avec l'oreille du philosophe, leur revendication nous interpelle, elle se tinte d'une vibration humaine, d'une quête de sens. Reconnaissons qu'elles sont pourtant très minoritaires et que la plupart des femmes ne se posent pas la question ou bien, si le choix leur était donné, préféreraient accoucher à l'hôpital ou en clinique. Et lorsqu'on les interroge sur les raisons de leur choix, elles expriment constamment le même argument, la sécurité. Il est vrai que les femmes qui éprouvent, au moment de leur accouchement le besoin de se mettre à distance de la médecine sont bien rares et que la plupart y trouvent un refuge sécurisant. Ainsi deux perspectives s'opposent, l'accomplissement de soi d'une part, la préservation de la santé, d'autre part. Cette question sur la quête d'un bien supérieur résonne déjà comme un très ancien débat. C'est celle que pose d'Aristote, dès le premier chapitre de l'Éthique à Nicomaque, et qui constitue l'amorce et le fil conducteur de toute la réflexion éthique du philosophe.

Nous avons retracé brièvement l'histoire de l'appropriation de l'accouchement par l'hôpital, nous avons entendu la parole de ceux qui s'y opposaient. Pour cerner tout à fait notre problème, examinons d'abord le fait biologique lui-même et ensuite la forme que revêt la revendication de l'accouchement à domicile, l'argument de naturalité. Analysons d'abord le fait biologique de l'accouchement dans sa particularité vis-à-vis de la volonté. La plupart de nos actes, manger, dormir, faire l'amour sont volontaires, au moins dans leur initiation. L'accouchement, est un processus qui échappe complètement à la volonté de la mère tant dans sa mise en route, que dans la répétition rythmique des contractions utérines. Il se rapproche ainsi de nos fonctions vitales (respiration, activité cardiaque) qui sont entretenues de façon automatique. Ainsi, d'une certaine façon le phénomène n'appartient pas à la mère, il lui échappe. Elle apparaît soumise à un processus qui, de surcroît, lui inflige des douleurs extrêmement intenses. La nature telle qu'elle se manifeste ainsi en sa vérité prive la femme au moins jusqu'à la phase d'expulsion de tout contrôle dans la mise au monde de son enfant. Cette vérité de nature semble, en première analyse, disqualifier le discours de maîtrise, de domination revendiqué par quelques

femmes. Cependant si ces femmes ne peuvent contrôler le phénomène, elles n'admettent pas pour autant de se remettre entièrement aux mains de la médecine. Elles font alors appel à un argument sur lequel il est important de s'arrêter : le respect de la nature. Or l'argument du respect de la nature est souvent évoqué lorsqu'on cherche à définir une éthique de l'accouchement. Le retour à domicile ou la maison de naissance représente la forme la plus inconditionnelle de cette exigence. En réalité il est constamment évoqué pour s'opposer à toutes les formes de médicalisation de la grossesse et de l'accouchement: multiplications des consultations prénatales, échographies systématiques, surveillance électronique du cœur fœtal pendant toute la durée du travail, déclenchement de principe de l'accouchement au voisinage du terme. L'argument de naturalité de la parturition vient toujours à l'appui pour dénoncer les excès de la technique, épisiotomie (incision chirurgicale du périnée au moment de l'expulsion) systématique, inflation du taux des césariennes, gestes intempestifs de réanimation du nouveau né. Si la plupart des femmes ne souhaitent pas congédier la médecine de façon aussi radicale que celles qui revendiquent l'accouchement à domicile, elles expriment une ambivalence entre une intervention médicale perçue parfois comme une agression ou à d'autres moments comme une sécurité. Naturalité de la naissance, respect de la physiologie, c'est l'argument le plus sollicité dans les réquisitoires contre une médicalisation trop envahissante.

Il n'est pas concevable aujourd'hui dans notre pays de donner naissance en dehors d'un espace médicalisé. Est-ce un fait de société ou une nécessité imposée par une nature imprévoyante? L'accouchement dans l'espèce humaine, en l'absence d'une intervention médicale, mettrait-il en péril la santé, la vie de la mère et de son enfant? Un discours pourtant a pris forme, discours radical chez quelques femmes, plus ambiguë, plus nuancé chez la plupart. Ces femmes nous disent que leur accouchement n'appartient pas de plein droit à la médecine – même si le phénomène échappe à leur propre volonté – et elles font le projet d'un lieu, d'un *éthos*, où elles seraient plus aptes à accueillir l'enfant à naître, plus proches de leur entourage, et simplement mieux avec elles-mêmes. La question que nous posons sur une déshospitalisation de la naissance ne s'ouvre pas seulement sur une spéculation d'ordre éthique, mais elle renvoie aussi sur une actualité très brûlante, celle du mal être du système hospitalier tout entier. Au delà d'un questionnement sur les maternités, se pose le problème du fardeau

économique que l'hôpital fait peser sur notre société et celui de son adéquation à notre système de soin. Penser la contingence des maternités, c'est proposer un horizon de pensée où l'hôpital ne serait plus le pilier de notre système de soins. Les économies de santé engendrées par les maisons de naissance ont été calculées à partir des expériences canadiennes et allemandes. Les modélisations économiques réalisées montrent que c'est une économie de plus de 750 euros par grossesse qui peut en résulter pour une moyenne de 40 grossesses annuellement suivies par une sage femme dans une maison de naissance. A terme et sur une base minimum annuelle de 25% des naissances, soit 200 000 femmes susceptibles de rentrer dans cette filière, on aboutit à plus de 150 millions d'euros par an d'économie. Même si ces gains exigent un coût d'investissement au départ, globalement sur dix ans cela ne devrait pas excéder 50% des économies générées en une seule année.<sup>3</sup>

Il nous faut maintenant dénouer les fils de cet écheveau où se mêlent la rationalité et le pouvoir de la médecine, des implications économiques majeures, une forme de perception de la nature, la mise en jeu d'un rapport à soi à travers l'expérience de l'accouchement.

---

<sup>3</sup> Manifeste du CIANE (Collectif Interassociatif Autour de la Naissance), *Enjeux de la création de Maisons de Naissance dans le contexte français*, Revue Spirale mai 2006, n°41, p. 59-72.

## Chapitre II

### LA MEDECINE EN QUESTION

Au cours des dernières décennies, l'emprise de la médecine sur la grossesse et la naissance n'a cessé de croître. Nous avons montré combien cette pression était considérablement renforcée par notre système de protection social maternel et infantile qui offre la gratuité des soins et de nombreux soutiens financiers aux femmes enceintes. Les progrès techniques ont renforcé la crédibilité de la médecine. Parmi ces techniques, l'échographie qui dévoile le fœtus – pour reprendre la terminologie de Heidegger – a donné de nouveaux pouvoirs à la médecine, pouvoir de sélection, de normalisation. Plus encore, la médecine investit des domaines inédits, le domaine relationnel, psychoaffectif. L'entretien du quatrième mois prévu par le dernier plan de natalité se donne pour objectif d'évaluer le projet parental! Devant cette omniprésence de la médecine, des points de résistance se manifestent ici ou là. Mais ils apparaissent dérisoires dans notre contexte culturel qui a fait de la santé un bien suprême. La santé remplace le salut, disait Guardia<sup>4</sup>. Dans ce climat, le retour à un accouchement à domicile fait figure d'un point de fuite utopique. Pourtant, les quelques voix qui le soutiennent ont alerté notre conscience. Précisément parce que, par de là la santé, elles revendiquent d'autres valeurs, une éthique, un *éthos* à la dimension de l'être humain.

La médecine oppose à ces résistances qu'elles prennent cette forme intransigeante ou des formes plus discrètes, un discours à peu près constant dans sa substance: l'évident triomphe de sa rationalité, de sa scientificité. Ce qu'elle dit est vérité scientifique et les pouvoirs qu'elle tient de sa rationalité sont nécessairement bienfaisants. Voilà pourquoi, il nous faut maintenant porter un regard critique sur cette rationalité. Nous poserons d'abord la question du rapport entre la rationalité

---

<sup>4</sup> M. Foucault, *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, Paris, PUF, 1963, p.201.

médicale et le Bien et ensuite celle de l'appropriation de la naissance par l'hôpital: cette appropriation est-elle légitime au regard de la configuration épistémologique de la rationalité médicale telle qu'elle apparaît aujourd'hui?

### ***La médecine et le Bien***

Il est question naturellement du Bien du philosophe avec une majuscule, du bien suprême, celui qu'Aristote décrit comme la finalité ultime que tout homme recherche. Tout activité humaine tend vers une fin (*telos*), «tout art et toute méthode, ainsi que tout choix délibéré, semble viser un bien.»<sup>5</sup> Ce Bien ultime c'est le bonheur. Si aujourd'hui l'idée du bonheur se confond avec les effets de la médecine, c'est qu'elle offre à l'homme moderne le visage rassurant de ses pouvoirs, elle lui parle de ce monde technique qui est capable de conjurer ses souffrances et ses malheurs. Nous admettons volontiers que il existe un lien non contestable entre la scientificité de la médecine et la positivité de ses effets. En effet, jusqu'à une époque récente, les effets négatifs de la médecine restaient inscrits dans le registre de l'ignorance médicale. La médecine tuait du fait de l'ignorance du médecin ou parce que la médecine était elle-même ignorante. La nocivité de la médecine se mesurait proportionnellement à sa non scientificité. Aujourd'hui la médecine peut être dangereuse, non pas par son ignorance, mais, au contraire, par les pouvoirs qu'elle tient de sa scientificité. Ainsi dans le domaine de l'accouchement, l'augmentation considérable des césariennes, du fait des progrès des techniques anesthésiques et chirurgicales, césariennes parfaitement justifiées dans un certain champ de rationalité, nous conduit dans un autre champ de risque dont l'amplitude ne peut être mesurée avec précision. L'objectivité scientifique de la médecine ne s'apprécie que dans les limites d'un champ d'expérience qu'elle s'est elle-même donnée. Mais ce champ a toujours un extérieur que la médecine ne maîtrise pas. La médecine conduit l'homme à un rapport tout à fait particulier dans lequel il est à la fois sujet et objet de son expérience. L'homme ne peut se reconnaître et se définir entièrement à travers la médecine, il lui est transcendant.

Ce rapport confère à la médecine son ambiguïté, son objectivité n'est jamais totale, elle ne peut prétendre au statut de science exacte. Voilà pourquoi il nous

---

<sup>5</sup>Aristote, *Ethique à Nicomaque* 1094a1.

faut analyser la question de la naissance à domicile à deux niveaux différents ; d'abord à l'intérieur du discours médical proprement dit puis dans un second temps chercher à repérer les jeux de pouvoirs, les forces de la tradition, de l'histoire, qui oeuvrent à l'arrière plan de l'objectivité scientifique.

### ***Pour ou contre l'accouchement à domicile : le discours médical***

Le travail de Cathy-Anne Pireyn-Piette<sup>6</sup>, sage femme, regroupe toutes les études comparant les conséquences de l'accouchement à domicile et à l'hôpital. L'analyse des études totalisant 12368 accouchements à domicile montre d'abord une sorte d'auto-sélection des femmes à risque minimal, lors du choix de l'accouchement à domicile. Les résultats en terme de mortalité et de morbidité néonatale sont équivalents. L'accouchement à domicile a un effet favorable sur la morbidité maternelle avec une nette réduction des lésions périnéales et une probable réduction des hémorragies chez les patientes qui ont déjà accouché. Enfin le fait le plus marquant est une réduction du nombre d'interventions médicales et une diminution au moins par deux du risque d'extraction instrumentale et de césarienne par rapport à l'accouchement à l'hôpital. Il n'existe donc aucune preuve pour dire que l'accouchement est plus risqué pour les femmes motivées sélectionnées selon des critères médicaux, assistées par un professionnel expérimenté et pouvant être transférées dans un hôpital moderne.

Cependant comme le fait remarquer Wiegiers<sup>7</sup> l'élimination du choix (nécessaire dans une étude randomisée) pourrait avoir un impact majeur sur le résultat périnatal dans la mesure où elle induirait un sentiment d'anxiété et d'insécurité chez les femmes qui devraient donner naissance d'une autre manière que celle qu'elles préfèrent. Dans des domaines où le choix du patient a un effet important sur le résultat, les comparaisons au hasard donneraient des estimations non fiables d'éventuelles différences. Ici la rationalité scientifique se fait piéger par ses propres exigences.

---

<sup>6</sup> C.-A. Pireyn-Piette, *Accouchement à domicile, risque ou modèle ?* Mémoire pour le Diplôme d'état de sage-femme, présenté et soutenu le 2 mai 2005, Université Louis Pasteur Strasbourg.

<sup>7</sup> T.A. Wiegiers., M.J. Keirse, 1996, « Outcome of planned home and planned hospital birth in low risk pregnancies: prospective study in midwifery practices in the Netherlands », *Br Med J*, 313, pp.1309-1311.



## Chapitre III

# GÉNÉALOGIE ET ANALYTIQUE DES ESPACES HOSPITALIERS

Malgré ces résultats optimistes, les instances médicales n'encouragent pas la naissance à domicile. La plupart expriment au contraire une véhémence réprobation. Le système hospitalo-universitaire qui est le nôtre a réuni en même lieu, l'hôpital, le pouvoir médical et la production du savoir. On ne peut s'attendre que nos universitaires contestent une institution à laquelle sont attachés leur pouvoir. D'autant que l'enracinement de la pensée médicale dans l'espace hospitalier est une vieille histoire dont nous allons retracer méticuleusement les péripéties. Nous pensons en effet que la médecine ne dénouera pas ses liens avec l'hôpital tant qu'elle n'aura pas compris le sens profond de son attachement. Le matériel de notre réflexion provient de la collaboration de chercheurs qui ont réuni dans un même ouvrage leurs travaux sur la réforme de l'hôpital au XVIII<sup>e</sup> siècle<sup>8</sup>. La pensée clinique et avec elle l'objectivité médicale est née à l'hôpital dans le dernier tiers du XVIII<sup>e</sup> siècle. L'intrication de la pensée clinique est des espaces hospitaliers à ce moment de l'histoire de la médecine n'a pas fini d'influencer jusqu'à nos jours les conceptions médicales.

Souvenons nous que l'hôpital a été fondé par Louis XIV au milieu du XVII<sup>e</sup> siècle. A l'origine, l'hôpital, n'a pas de fonction médicale, le soin n'est qu'une préoccupation accessoire. Il est le lieu où la figure encore indifférenciée du pauvre et du moribond reçoit une ultime assistance avant de mourir. Le geste fondateur de Louis XIV répond à un geste d'enfermement. On y trouve des vagabonds, mendiants, vieillards, imbéciles, libertins, fils ingrats, débauchés, pères dissipateurs, prostitués, insensés, vénériens, homosexuels, blasphémateurs. Dans le dernier tiers du XVIII<sup>e</sup> siècle, l'hôpital, lieu de confusion et de désordre, se transforme en «machines à guérir».

---

<sup>8</sup> M. Foucault, B. Barret Kriegel, A. Thalamy, F. Beguin, B. Forestier, *Les machines à guérir. Aux origines de l'hôpital moderne*, Bruxelles, Ed. Pierre Mardaga, 1979.

Les hommes du XVIII<sup>e</sup> se trouvent devant le même problème que celui que nous rencontrons aujourd'hui, celui d'un hôpital qui fait tache dans la société parce qu'il représente un fardeau économique considérable et qu'il s'adapte mal aux exigences de la santé. Cette réforme de l'hôpital a illustré, avec une particulière intensité, le scintillement du siècle des lumières, on imagine mal le climat d'effervescence, l'imagination, la ténacité des responsables politiques, mobilisés autour de l'hôpital. Dans un mouvement qui est venu du dehors, de l'espace urbain qu'on cherchait à assainir, les techniques disciplinaires, vont pénétrer à l'intérieur de l'hôpital. Ainsi la généalogie de l'hôpital procède de la confluence de deux gestes : un geste d'exclusion d'abord, ensuite un geste de quadrillage de cet espace d'exclusion.

La médecine des espèces, théorie médicale dominante au XVII<sup>e</sup> et au XVIII<sup>e</sup> siècle a inspiré certaines règles d'organisation spatiale de l'hôpital. La médecine des espèces conçoit les maladies selon le modèle d'intelligibilité de la botanique. Ainsi les maladies sont perçues comme un phénomène naturel et on peut les classer comme les plantes dans un tableau, c'est la classification de Linné. Considérons d'abord le premier aspect de la théorie, la maladie comme nature. La maladie est un phénomène qui existe à la limite de la nature. Elle provient du milieu environnant, l'air, l'eau, l'alimentation et lorsqu'un individu est soumis à certaines modifications du milieu, il sert d'appui à la maladie qui peut se développer selon un type particulier. Il faut bien comprendre que, à partir de cette conception, l'hôpital est conçu comme un moyen thérapeutique en soi, de par sa propre structure: on demande à l'architecture hospitalière d'être l'instrument de la cure médicale. Et l'on retrouve alors la préoccupation de la circulation de l'air, véritable obsession de ce XVIII<sup>e</sup> siècle. La première idée a été de transposer les propriétés naturelles d'un territoire, ainsi l'île comme moyen d'isolement, en principe de composition architecturale. Ainsi l'image idéale était celle de faire de chaque salle une «île dans l'air». Mais ce principe ne suffit pas, il s'agit pas seulement d'établir des îlots intouchables, il faut aussi disperser pour annuler l'effet du mélange et de la confusion et permettre ainsi une circulation autour de chaque malade. Cette dispersion a donc le sens d'un quadrillage. Tout ceci nous apparaît comme des spéculations quelque peu dérisoires, mais il faut, pour bien saisir leur caractère novateur, se reporter aux textes de l'époque et imaginer le désordre indescriptible de l'hôpital:« Qu'on se représente donc une salle où l'on

rassemble des malades de toute espèce et où le nombre force à mettre trois, quatre, cinq ou six malades dans le même lit, les convalescents accumulés dans le même lieu, les vivants à côté des morts..., comment éviter les méprises lorsqu'il faut soigner les malades entassés ainsi les uns à côté des autres.»<sup>9</sup>

Il faut donc supprimer le désordre et si l'on est convaincu qu'une action exercée par le milieu guérissait les malades, il faut aussi créer autour de lui un petit espace individuel, spécifique, modifiable, selon le patient, la maladie et son évolution. Donc isolement du malade et circulation de l'air autour de lui. Chaque lit doit être occupé par un seul patient. C'est ainsi que fut supprimé le lit dortoir dans lequel on entassait jusqu'à six personnes. La circulation de l'air doit s'établir de façon différentielle pour une même salle, chaud à certains endroits, frais à d'autres. Pour capter cet air, le faire circuler et le rejeter il s'agit d'utiliser les seules ressources de l'architecture. On comprend mieux la formulation de Tenon qui voulait faire des hôpitaux «des machines à guérir»; d'autant qu'on se rapporte à la définition donnée par l'Encyclopédie. «Machine: dans un sens général, signifie ce qui sert à augmenter les forces mouvantes, ou quelque instrument destiné à produire du mouvement de façon à épargner ou du temps dans l'exécution de cet effet, ou de la force dans la cause.»

On voit donc, que la trame physique du quadrillage qui aboutit à l'individualisation du malade est induite par ces étranges conceptions du milieu et de la circulation de l'air. Sur ce nouvel ordre, sur cette systématisation de l'espace hospitalier, va pouvoir se projeter le second principe de la théorie de la médecine des espèces: la classification. La pensée classificatrice représente au XVIII<sup>e</sup> siècle la principale rationalité qui permette d'appréhender les phénomènes de la nature. Elle se donne pour tâche essentielle de classer les être naturels strictement selon leur forme, c'est la taxinomie, science de la classification. La nature ne se donne qu'à travers la grille des dénominations. Jusqu'à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle, le concept de vie n'existe pas. Il faut attendre Cuvier, c'est Cuvier qui à partir de l'étude des structures internes et des fonctions fonde la véritable biologie. Ainsi le tableau est la matrice de la pensée clinique, sur lui se projette la maladie: espace sans profondeur, sans déroulement, espace du perpétuel simultané: rougeur, chaleur,

---

<sup>9</sup> Chamousset, in « *Exposition d'un plan proposé pour les malades de l'Hôtel Dieu* », 1756.

douleur. Or cette représentation de la maladie constitue la pierre de fondation de la clinique, le point de départ de la médecine scientifique. Certes le chemin est encore long avant que l'être de la maladie soit entièrement représenté par ses symptômes. N'oublions pas qu'elle est encore, dans la conception de la médecine des espèces, une entité préexistante au malade même si elle ne se donne à voir qu'à travers le malade. Ainsi l'hôpital, au sein duquel le malade est enfin individualisé, apparaît d'abord comme un lieu d'observation privilégié. Pinel<sup>10</sup> se réjouit de la concentration de malades qu'il observe: «Quelle source d'instruction que deux infirmeries de 100 à 150 malades chacune!... Quel spectacle varié de fièvres ou de phlegmasies malignes ou bénignes, tantôt très développées dans les constitutions fortes, tantôt faiblement prononcées et comme latentes, avec toute les formes et les modifications que peuvent offrir l'âge, la manière de vivre, les saisons et les affections morales plus ou moins énergiques.» L'hôpital permet de collectionner, de classer, de comparer. Certes ce qu'on cherche à identifier, à classer, ce sont encore les essences des maladies conçues comme des entités extérieures au malade. Mais lorsque Bichat décidera de disséquer les cadavres et pourra rattacher dans la profondeur de celui-ci les éléments fluctuants de la clinique à une lésion bien spécifique, le retournement conceptuel devient possible: la notion de siège se substitue à celle de classe, les signes se regroupent selon une causalité et forment le syndrome, la maladie n'a plus alors d'existence à l'extérieur du corps.

Ce retournement conceptuel en entraîne d'autres: l'hôpital devient le lieu privilégié d'observation de la maladie. Alors que naguère on considérait qu'à l'hôpital aucune maladie n'était pure et que seule la famille formait le lieu naturel où sa vérité se livrait sans altération, on considère maintenant que, dans la famille, elle est prise dans une singularité de conditions physiques qui la rend incomparable aux autres.

Mais ce qui va jouer plus fondamentalement en faveur de l'hôpital, c'est l'avènement de la pensée probabiliste. Elle va permettre de surmonter cette difficulté à déchiffrer le monde vivant à laquelle se heurtait la connaissance jusque dans les dernières années du XVIII<sup>e</sup> siècle: «la science de l'homme s'occupe d'un objet beaucoup trop compliqué, elle embrasse une

---

<sup>10</sup> P. Pinel, *Médecine clinique*, Paris, 1815, Introd., p.11.

multitude de faits trop variés, elle opère sur des éléments trop subtiles et trop nombreux pour donner toujours aux immenses combinaisons dont il est susceptible, l'uniformité, l'évidence, la certitude qui caractérisent les sciences physiques et mathématiques.»<sup>11</sup> L'introduction de la pensée probabiliste donnait au champ clinique une structure nouvelle, encore un retournement conceptuel d'une portée considérable.

Ainsi le domaine hospitalier se trouve validé comme espace d'expérience par une pensée probabiliste. Du moment que la connaissance médicale se définit en terme de fréquence, ce n'est plus du lieu naturel dont a besoin mais d'un domaine neutre et homogène. Quant à la vieille objection que l'hôpital provoque des modifications qui interfèrent sur les pathologies, elle est admise, mais en toute rigueur annulée puisque ces modifications valent pour tous les événements. Et en définitive, la certitude médicale se constitue non pas à partir de l'individualité observée dans sa totalité mais d'une multitude de faits enregistrés.

Mais un autre aspect de la médecine des espèces, qui n'aura pas la même fécondité sur le plan scientifique, renforce cette solidarité. Dans la médecine des espèces, la maladie est conçue, nous l'avons dit, comme une entité extérieure au malade, elle le traverse en quelque sorte. Il en résulte que pour identifier cette maladie au mieux, il faut la laisser évoluer: «l'auteur de la nature, disait Zimmermann, a fixé le cours de la plupart des maladies par des lois immuables qu'on découvre bientôt si le cours de la maladie n'est pas interrompue ou troublée par le malade.»<sup>12</sup> En réalité cet aspect de la médecine des espèces s'apparente à une théorie encore plus ancienne, la médecine de la crise. Selon cette conception, le médecin devait observer le malade et la maladie dès l'apparition des premiers symptômes pour prévoir le moment où se produirait la crise. La crise représentait l'instant pendant lequel s'affrontait le malade dans sa nature saine et le mal qui le frappait. Dans cette lutte le médecin devait favoriser, dans la mesure du possible, le triomphe de la santé sur la maladie, il remplissait le rôle d'arbitre et d'allié de la nature contre la maladie. Dans cette optique l'hôpital en ce XVIII<sup>e</sup> siècle prend une dimension supplémentaire: il était censé créer les conditions pour qu'éclate la vérité du mal. Il devait à la fois faire apparaître et produire la maladie: lieu

---

<sup>11</sup> C.-L. DUMAS, *Discours sur les progrès futurs de la science de l'homme* (Montpellier, an XII), pp. 27-28.

<sup>12</sup> Zimmermann, *Traité de l'Expérience*, Paris, 1800, t.I, p.122.

botanique pour la contemplation des espèces, mais aussi lieu d'alchimie pour produire les pathologies.

Pendant un siècle (1760-1860) la pratique et la théorie de l'hospitalisation et, d'une façon générale la conception de la maladie ont été dominées par cette interrogation: l'hôpital structure d'accueil de la maladie, doit-il être seulement un espace de connaissance ou également un lieu d'épreuve? Ainsi toute une série de questions ont traversé la pensée et la pratique, questions qui nous paraissent aujourd'hui bien curieuses et saugrenues :

- la thérapeutique consiste à supprimer le mal, mais pour que cette thérapeutique soit rationnelle, ne faut-il pas laisser la maladie se développer? Quand faut-il intervenir et dans quel sens? Faut-il agir pour que la maladie se développe ou pour qu'elle s'arrête? Pour l'atténuer ou pour la guider vers son terme?

- il y a des maladies pures et impures, simples ou complexes. N'y a-t-il pas finalement une seule maladie dont toutes les autres seraient dérivées, ou faut-il admettre des catégories irréductibles? C'était la discussion entre Broussais et ses adversaires à propos de la notion d'irritation.

- qu'est-ce qu'une maladie normale? Une maladie suit-elle son évolution normale quand elle conduit à la mort ou quand elle guérit spontanément?

Les découvertes de Pasteur vont prodigieusement simplifier tous ces problèmes. En identifiant les microbes comme un organisme singulier et comme l'agent causale des maladies, l'hôpital peut redevenir un lieu d'observation et de thérapeutique. Quant à la fonction d'épreuve, elle peut disparaître, le lieu où va se dérouler cette épreuve ce n'est plus l'hôpital lui-même, c'est le laboratoire, l'éprouvette. Or il faut savoir que pendant des millénaires, le médecin, à travers toutes sortes de rituels, de mise en scène devait d'une certaine façon révéler la maladie. Pasteur a infligé une terrible blessure narcissique au personnage médical car avec ses découvertes, celui-ci n'a plus à être le révélateur de la maladie. Il perd ce rôle d'arbitre entre la maladie et le malade qu'il avait dans la médecine de la crise. Plus terrible encore, par ignorance, le médecin d'hôpital allant de lit en lit était l'un des agents majeurs de la contagion. L'espace hospitalier et le médecin avaient jusqu' à Pasteur le rôle de montrer la maladie en sa vérité et voilà que les mains du médecin, ces mains qui devaient découvrir la maladie, voilà que l'entassement hospitalier apparaissent au contraire comme producteur de la

maladie. Cependant, avant l'ère pasteurienne, la fonction d'épreuve renforce la conception de l'hôpital comme un espace analytique: lieu de classement, mais aussi lieu d'épreuve de la maladie. La médecine, dans sa pratique, dans son élaboration théorique, se trouve presque entièrement subordonnée à des conceptions architecturales, telle était la configuration épistémologique de la pensée médicale à la fin XVIII<sup>e</sup> siècle. A partir d'une distribution spatiale des malades, l'hôpital a pu devenir un appareil à examiner et la grande archive de l'écriture médicale se mettre en place. L'écriture médicale s'est déployée dans le prolongement des écrits administratifs qui notaient les allés et venus des malades, leurs comportements à l'égard de la discipline, leur régimes.

On voit combien la naissance de la médecine scientifique est intriquée à la structure hospitalière. Espace analytique, lieu de production du savoir médical, tel s'est constitué l'hôpital au XVIII<sup>e</sup> siècle.

On ne pouvait faire l'économie de cette analytique, de cette généalogie des espaces hospitaliers si l'on veut comprendre l'attachement assez stupéfiant de la pensée médicale actuelle à des modèles explicatifs de certaines pathologies totalement périmés au regard des données les plus récentes. Dans le domaine précisément de la grossesse, le modèle conceptuel de l'accouchement prématuré en est l'exemple le plus frappant. Il n'est pas question d'entrer ici dans le détail discussion proprement médical. Disons simplement que cette représentation conceptuelle erronée de la menace d'accouchement prématurée accorde à l'hospitalisation un rôle thérapeutique majeur. Ce qui est totalement en opposition avec les opinions des meilleurs spécialistes mondiaux sur la question. Opinions inaudibles dans notre contexte conceptuel où l'hôpital représente encore la structure physique organisatrice de la pensée clinique. La prévision d'un accouchement prématuré est à vrai dire très difficile et on a créé sous la terminologie menace d'accouchement prématuré une catégorie commode. On pourrait dire, pour faire encore plus simple, qu'elle permet au Knock qui sommeille dans tout obstétricien de considérer toute grossesse normale comme une menace d'accouchement prématuré qui s'ignore. Knock rêvait de voir toute une population alitée, l'obstétricien ne rêve pas mais exprime son pouvoir en conduisant inutilement nombre de patientes vers ces espaces hospitaliers qui représentent pour lui l'objectivité et l'efficacité médicale. Il est vrai que notre pouvoir ne rencontre pas d'opposition tant l'hôpital pèse considérablement dans la

représentation de la médecine par les patients. Dans le sens commun, l'hôpital incarne la médecine dans sa toute puissance, il est le haut lieu de sa gloire. L'hôpital n'est pas l'instrument de la médecine, il est la médecine elle-même, dans ce qu'elle représente de plus élaborée: le lieu de production de ses savoirs, le lieu d'efficience maximum de ses techniques.

Pourtant la configuration de la médecine a changé. Le principe d'unité de l'hôpital aujourd'hui, ce sont les plates formes à haut niveau technologique des soins intensifs qui permettent par de maintenir les grandes fonctions vitales. Des techniques électroniques permettent de surveiller les grossesses à domicile. Nous sommes le seul pays d'Europe à garder les patientes plus de 24 heures en suites de couches. Il est curieux que le retour précoce à domicile après l'accouchement soit toujours discuté avec l'a priori que l'hospitalisation est plus sécuritaire. On n'accorde le retour au domicile avec une prudence extrême. C'est oublier que, dans un passé qui n'est pas si lointain, les jeunes accouchées étaient décimées dans les maternités par les épidémies de fièvre puerpérale.

L'hôpital a de moins en moins la fonction d'espace analytique: l'investigation du malade ne repose plus sur le seul regard mais sur toute une technologie d'imagerie et de laboratoire. Les progrès scientifiques sont fondés sur des études à la mesure d'une population et non plus d'un service, de l'observation au lit du patient. Aujourd'hui les impératifs sont ceux de la filière de soins et du chaînage des différents temps de l'exploration et de la thérapeutique, de l'acheminement des patients vers les soins intensifs; mais on ne peut concevoir une contiguïté spatiale de chaque maternité avec des soins intensifs. Il est vrai que l'on perçoit dans les réformes encore trop timides qui se mettent en place, celle des pôles hospitaliers, celle des réseaux, cette reconfiguration vers une organisation centrée non plus sur le service hospitalier mais sur la filière de soin. Nous avons sans doute aujourd'hui à concevoir une transformation de l'hôpital aussi radicale que celle entreprise par les citoyens de la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle.

Le retournement des universitaires en faveur d'une déshospitalisation de la naissance est dans notre pays bien improbable du fait de nos traditions de pensée. Nous avons pourtant donné les preuves de l'absence de risque de l'accouchement à domicile sous réserve d'une organisation rigoureuse. Dans d'autre pays d'Europe, comme les Pays Bas, 30% des patientes accouchent à domicile et leurs



résultats sur la santé des mères et des nouveaux nés sont équivalents sinon meilleurs que les nôtres.

## **Chapitre IV**

### **HUMANISME ET HÔPITAL**

Nous avons pour le moment examiné le problème de l'accouchement à domicile à l'intérieur de la rationalité médicale. Nous avons montré qu'il était possible de prendre en compte le désir des femmes, le retour à l'intimité de la maison selon une raison prescriptive. La prise de recul de l'histoire nous a permis de comprendre les structures de pensée qui continuaient à prescrire nos habitudes. Nous avons pris conscience que l'hôpital, aujourd'hui, n'a plus les mêmes fonctions que celui du XVIII<sup>e</sup> siècle. La généalogie des espaces médicaux a ouvert notre regard sur leur contingence; il n'était pas si évident que la médecine contracte une alliance aussi solide avec l'hôpital, leur rencontre n'était nullement préconçue. Notre attachement à des formes de fonctionnement désuet relève de la tradition. Mais aussi du pouvoir médical que notre système de santé a confiné à l'hôpital. Le désir de ces femmes n'est pas en contradiction avec la rationalité médicale. Or l'éthos c'est aussi chez Aristote la relation entre le désir et la pensée. L'éthos est la qualité de notre désir en tant qu'il suit ou ne suit pas la raison. La question est maintenant de savoir si cette patiente, ou plutôt cette femme qui vient donner naissance à son enfant peut rencontrer à l'hôpital aujourd'hui un éthos, une forme d'humanisme qui lui permette de vivre dans sa plénitude «l'évènement naissance»?

#### ***Utopie, technique et discipline***

On ne peut penser raisonnablement l'humanisme à l'hôpital sans partir de son actuelle contradiction. Face à une demande aujourd'hui infinie, il est par nature défaillant. Dans notre société qui a fait de la santé le bien suprême, l'hôpital est le lieu utopique investi du pouvoir de sauver et de supprimer la souffrance et la mort. L'hôpital est perçu comme une institution mère qui tient en son pouvoir l'idéal de bonheur représenté par l'image du corps parfait. On ne saurait apprécier

la qualité humaine à l'hôpital dans cette perspective utopique, étrangère à la nature de l'homme. Et le premier temps d'une réflexion éthique est désinvestir l'hôpital de ses pouvoirs quasi magiques afin qu'il devienne un *étos* où l'homme puisse se reconnaître dans sa dimension d'être humain. Selon la vision utopique d'un hôpital tout puissant, l'ambivalence à l'égard de l'hypertechnicité affichée par celui-ci n'est pas surprenante. Ainsi l'hypertechnicité de l'hôpital est tantôt investie de pouvoirs quasi magiques tantôt responsable de sa déshumanisation. On reproche à la technique de s'interposer entre le médecin et son malade, et ainsi de l'éloigner d'un rapport humain, de l'idéal hippocratique- si humain- du colloque singulier. Les progrès des techniques de l'imagerie renvoient le patient à une représentation fragmentée de lui-même au travers d'images numérisées. La pluralité des techniques conduit à une pratique médicale de plus en plus spécialisée, elle multiplie les intervenants et participe aussi à une sorte de morcellement du sujet. La critique de la technique s'organise principalement autour du thème de la perte du rapport privilégié avec le médecin. Il est curieux de constater que les progrès technologiques du monde moderne sont envisagés sous un angle maléfique dès qu'ils pénètrent à l'intérieur de l'hôpital. En dehors de l'hôpital les progrès de l'imagerie, les multimédias ne sont pas problématisés sous une forme systématiquement négative mais d'une interrogation sur les nouvelles conditions qu'ils instaurent dans les rapports entre les hommes. Nous avons décrits des systèmes de surveillance qui permettent, au contraire, de surveiller les patientes à la maison.

La critique de la technique à l'hôpital ne peut être un horizon de pensée. Simplement parce que, à l'évidence, l'efficacité de la médecine, son confort repose avant tout sur les progrès techniques. D'autre part la technicité n'est pas une spécificité de l'hôpital mais de la pratique médicale toute entière. Le problème de la transgression de l'ordre naturel que posent certaines spécialités médicales comme la procréation médicalement assistée n'est pas spécifiquement celui de l'hôpital.

En réalité ce qui est reproché au delà de la formulation trop vague de déshumanisation, c'est la perte d'identité du patient. Ce qui est au cœur du débat, c'est son existence en tant que sujet. Nous soutenons que ce n'est pas l'intrusion de la technologie moderne à l'hôpital qui est la cause de cette perte d'identité mais au contraire la persistance anachronique d'un ordre disciplinaire, vestige de

l'hôpital ancien. Il est que stupéfiant de constater que le patient n'est réellement devenu un sujet de droit et non plus un simple objet depuis seulement la loi du 4 mars 2002. La loi Kouchner représente, il est vrai l'aboutissement d'une série de textes et de circulaires qui promouvaient les droits des patients. La charte du patient avait été publiée le 6 mai 1996 (circulaire n°95-22) Parmi les dix principes énoncés dans la charte, le principe numéro 3 prévoit que «L'information donnée au patient soit accessible et loyale» et que «le patient participe au choix thérapeutique.» Ce qui bascule fondamentalement dans ce principe c'est le rapport de pouvoir au sein de la relation médecin patient. Le vieil ordre du paternalisme médical calqué sur le schéma de la souveraineté familiale est en théorie aboli. Le patient parle à son médecin d'égal à égal.

Il a fallu attendre l'aube du XXI<sup>e</sup> siècle pour que notre société prenne conscience de l'état d'infériorité statutaire du patient hospitalisé. C'est donc seulement depuis une poignée d'années que l'on a mis fin à l'étrange et silencieux contrat qui s'était noué à la fin de la révolution entre l'hôpital où l'on soigne les pauvres et les médecins qui découvrent la clinique. En effet le problème moral que l'idée clinique avait suscité était celui-ci: de quel droit pouvait-on transformer en objet d'observation clinique un malade que la pauvreté avait contraint de venir demander assistance à l'hôpital? Par ailleurs la clinique s'ouvrait sur la recherche et dès cette époque on prenait conscience du risque pour le patient. Un médecin dans le privé doit ménager sa réputation, remarque Aikin: «son chemin sera toujours celui, sinon de la certitude, de la sécurité; à l'hôpital, il est à l'abri d'une pareille entrave et son génie peut s'exercer d'une manière nouvelle»<sup>13</sup>. Et Aikin conclue: «les malades d'hôpitaux sont, sous plusieurs rapports, les plus propres pour un cours expérimental.» Le domaine hospitalier est ambigu: théoriquement l'expérimentation est possible du fait du lien non contractuel qui unit le médecin et son malade. Mais, selon le discours de l'époque, on ne tombera pas dans l'excès car l'expérience morale de l'hôpital conduit le médecin à la vertu qui limitera sa pratique dans le sens du devoir: «C'est en pénétrant dans les asiles où languissent la misère et la maladie réunies qu'il sentira ces émotions douloureuses, cette commisération active, ce désir ardent de porter le soulagement et la consolation, ce plaisir intime qui naît du succès et que le spectacle du bonheur répandu

---

<sup>13</sup> J. Aikin, *Observations sur les hôpitaux* (trad. Fr., Paris, 1777), p.104.

augmente. C'est là qu'il apprend à être religieux, humain, compatissant.»<sup>14</sup> Le contrat tacite est le suivant: la maladie n'a de chance de trouver sa guérison si les médecins n'intervient pas avec son savoir, avec sa pitié. Il est juste que la société transforme le mal des uns en expérience pour les autres: «L'homme souffrant ne cesse d'être un citoyen... L'histoire des souffrances auxquelles il est réduit est nécessaire à ses semblables parce qu'elle leur apprend quels sont les maux dont ils sont menacés. En refusant de s'offrir comme objet d'instruction, le malade deviendrait ingrat, parce qu'il aurait joui des avantages qui résultent de la sociabilité sans payer le tribut de la reconnaissance.»<sup>15</sup> Reste à établir le contrat sur le plan financier: le riche doit payer pour le pauvre afin qu'en retour on connaisse mieux les maladies dont lui-même peut être atteint: «Les dons bienfaisants vont adoucir les maux du pauvre d'où résultent des lumières pour la conservation du riche. Oui, riches bienfaisants, hommes généreux, ce malade que l'on couche dans le lit que vous lui avez fondé éprouve à présent la maladie dont vous ne tarderez pas à être attaqués vous-même; il guérira ou périra; mais dans l'un ou l'autre événement, son sort peut éclairer votre médecin et vous donner la vie.»<sup>16</sup> Plus frappant encore, et représentatif de l'esprit pendant la Révolution, la façon dont est justifié l'absence de pudeur et de discrétion à la clinique d'accouchement de Copenhague. On peut observer et examiner ces femmes sans particulière précaution car on y reçoit que «les femmes non mariées, ou qui s'annoncent comme telles. Il semble que rien ne puissent être mieux imaginé car c'est la classe des femmes dont les sentiments de pudeur sont censés être le moins délicats.»<sup>17</sup> On veut faire de l'hôpital le temple de la techno science et en dénoncer les aspects monstrueux. L'hôpital demeure cet espace clinique, moral, spatial et disciplinaire conçu par les hommes du XVIII<sup>e</sup> siècle.

### ***Moral***

Celui qui n'a pas eu d'expérience de l'hôpital soit comme patient soit comme soignant pourrait imaginer que la charte du patient hospitalisé vient officialiser un état d'esprit depuis longtemps consensuel et très éloigné de celui de

<sup>14</sup> Menuret, *Essai sur les moyens de former de bons médecins*, Paris, 1971, pp.56-57.

<sup>15</sup> Chambon de Mentaux, *Moyen de rendre les hôpitaux plus utiles à la nation* Paris, 1787), pp. 171-172.

<sup>16</sup> Du Laurens, *Moyens de rendre les hôpitaux utiles et de perfectionner la médecine* Paris, 1787, p.12.

<sup>17</sup> J.-B. Demangeon, *tableau historique d'un triple établissement réuni en un seul hospice à Copenhague*, Paris, an VII, pp. 34-35.

la révolution. La réalité est, à vrai dire, encore très proche du contrat originel. L'exemple presque usé à force d'être répété de la visite du grand patron qui fait irruption dans la chambre d'une patiente escortée d'un aréopage de chefs de clinique, internes surveillantes, infirmières, nous l'avons vécu. La patiente soumise à cette dizaine de regards subit le vieux geste clinique du voir et du faire voir. De même le témoignage de cette jeune fille tenue de pénétrer presque nue pour une consultation de gynécologie dans la salle d'examen sous le regard du patron entouré de ses internes. Ce qui a changé aujourd'hui, c'est qu'on ne peut plus justifier ces comportements avec la même candeur et l'absence de culpabilité de Demangeon qui se réjouissait de l'excellent fonctionnement de la maternité de Copenhague. A moins de recourir au registre comique; ce que les humoristes comme les Inconnus fustigent dans leur sketch sur l'hôpital ce n'est pas l'excès de technique mais le discours paternaliste des médecins et la désinvolture des aides soignantes.

### ***Spatial***

L'hôpital assigne un espace à la maladie. Ce qui implique toujours pour le patient une forme d'exclusion et d'enfermement. Une hospitalisation correspond toujours à une certaine perte de contact avec l'extérieur. L'individu perd encore à l'hôpital ses droits les plus élémentaires, sa liberté de circuler. L'article 6 de la charte du patient hospitalisé précise «que le patient peut, à tout moment quitter l'établissement, sauf exception prévue par la loi, après avoir été prévenu des risques éventuels encourus». Cette formalisation atteste que la possibilité de quitter l'hôpital ne va pas de soi. Dans l'esprit du patient l'autorisation de sortie reste un attribut incontesté du pouvoir médical. Nous avons fait plusieurs fois l'expérience de laisser les patientes décider de leur date de sortie, proposition qui s'avère chaque fois totalement déconcertante pour la patiente tant la procédure est ritualisée. Le langage courant traduit bien tout l'enjeu de la sortie dans les expressions «s'en sortir» ou «y rester». Dans le concept d'hôpital, le lit reste la structure unitaire, atomique. La dissociation entre le soin et le lit n'est pas concevable même si elle est possible. Parmi les critères qui définissent un hôpital le nombre de lits est essentiel. Le discours qui recommande de ne plus parler de la préclampsie de la chambre 32 ou de la césarienne de la chambre 25 représente le contrepoint vertueux d'une réalité qu'il n'abolit pas. Cette fixité dans l'espace confère au temps vécu à l'hôpital un caractère particulier. Tout le temps vécu à

l'hôpital est temps à attendre, à attendre les soins, les visites, les repas, enfin la sortie. S'il est un univers où la temporalité exerce un pouvoir absolu, où rien n'échappe au *chronos* qui étend indéfiniment son empire, c'est bien celui de l'hospitalisation. Le temps occupe toute la pensée du malade, le temps passé avec la nostalgie de la santé, le temps à venir avec la crainte du risque, voir le temps qui reste avec le spectre de la mort. L'individu soigné n'est une personne que s'il est inscrit dans un temps et son corps n'est lieu d'humanité qu'en tant que siège d'une existence exprimable dans un récit.<sup>18</sup>

### ***Disciplinaire***

L'hôpital, que nous connaissons ne s'est pas affranchi de ces techniques disciplinaires. Tout au long de son séjour en maternité, les femmes enceintes se trouvent prises dans un système disciplinaire, on parlera aujourd'hui de protocoles pour atténuer le sens coercitif: séquence d'examens, application systématique des techniques médicales (perfusion, enregistrement cardiaque fœtale). Les rythmes qui scandent le temps hospitalier, visite du médecin, horaires de la distributions des repas, rituel du thermomètre à 6 heures du matin, horaires de visites rigides, reconduisent en plus estompée la vie disciplinaire de l'hôpital du XVIII<sup>e</sup> siècle. Nous avons constaté des pratiques de contrôle assez étonnantes. Les patientes, venues pour leur visite prénatale, se voient imposer, en même temps que l'examen d'urine habituel, de souffler dans un appareil destiné à mesurer leur imprégnation tabagique. L'analogie avec le contrôle routier et l'alcootest nous est venue spontanément mais la question d'atteinte à la liberté individuelle n'avait pas interpellé la conscience médicale. Cette inclinaison naturelle vers le contrôle contraste avec le formalisme qui préside à la mise en place d'un protocole de recherche clinique à l'hôpital et qui s'entoure d'un luxe de précaution concernant le consentement des patients. Nous pensons que l'hôpital, parce qu'il est indissolublement lié à la pensée clinique, a pour finalité l'individualisation du corps, par des mécanismes disciplinaires. L'individu n'existe à l'hôpital que dans le champ d'une structure collective: caractère de collection du champ hospitalier, mais aussi structure collective de l'expérience médicale. La relation intersubjective qui naturellement peut s'établir entre le soignant et son patient est nécessairement toujours en retrait, subsidiaire par rapport à l'institution. Illustrons

---

<sup>18</sup> Ph. Svanda, « Le corps et le temps, dans la relation de soin », *Perspective soignante*, Seli Arselan, avril 2006, n° 25, p.6-13.

simplement cette assertion, on dit qu'une patiente a été accouchée par le gynécologue X en clinique et inversement qu'il a accouché à l'hôpital avec le gynécologue Y. Dans cette différence de formulation, il y a plus qu'un partage entre privé et public, le gynécologue de la clinique apparaît au premier plan, détaché de l'entité clinique. Ceci pose de difficiles problèmes dans le domaine juridique. En effet toutes les tentatives de qualification juridique des différentes situations dans lequel un patient reçoit des soins et utilise le système de santé souligne l'inopérabilité du modèle contractuel lorsque la relation de soins est nouée en milieu public. C'est le droit administratif qui fonctionne et qui met l'institution en position de responsable.

### ***Le silence hospitalier de la Grèce antique***

La fusion de la médecine et d'une structure collective n'est pas une constante dans l'histoire, elle s'est produite au décours de l'histoire à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle. Cette fusion qui a engendré l'hôpital a été la condition d'une rationalité médicale, elle n'est pas nécessairement celle d'un humanisme. L'absence de toute structure collective de soin dans la Grèce ancienne a été remarquablement argumentée par Jean Lombard et Bernard Vandewalle<sup>19</sup>. Ces auteurs soulignent d'abord l'absence de correspondance au substantif hôpital dans la terminologie grecque ancienne, et ce depuis les temps archaïques les plus reculés jusqu'à la période hellénique. Le *valetudinarium* qui désigne une infirmerie militaire n'a qu'une parenté lointaine avec l'hôpital. Le terme de *nosocomium* apparaît seulement à l'époque romaine, dans le code Justinien au 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> siècle de l'époque romaine. Dans le grec ancien, *nosos* signifie maladie et aucun mot des trois mots qui dérivent de cette racine n'évoque le lieu de la maladie: *nosokomos* se rapporte à celui qui soigne le malade, *nosokomia* aux soins que l'on donne au malade et le verbe *nosokomen* à l'acte de soigner. L'adjectif *nosocomial* qu'on associe couramment aujourd'hui au mot infection pour désigner les infections spécifiquement hospitalières est une invention moderne qui curieusement caractérise un aspect maléfique de l'hôpital. Lorsqu'au début de l'air chrétienne apparaît une structure charitable d'accueil et parfois de soins, le latin construit, à

---

<sup>19</sup> J. Lombard, B. Vandewalle, *Philosophie de l'hôpital*, Paris, L'harmattan 2007 p 34.



partir du mot *hospes*, celui qui reçoit ou celui qui est reçu, d'où dérive *hospitum* et *hospitalis* et finalement hôpital.

L'absence d'une modalité institutionnelle apparentée à l'hôpital ne peut s'expliquer par l'aspect rudimentaire de la médecine grecque ancienne. L'ouvrage de Natacha Massar<sup>20</sup> témoigne au contraire de l'importance de la place de la médecine dans la société grecque à l'époque hellénistique. Il ne faut oublier que les remarquables traités médicaux antiques, dont le corpus hippocratique et les œuvres de Gallien et de Pergame ont servi de référence dans l'enseignement de la médecine jusque dans la seconde moitié du XIX<sup>e</sup> siècle. Par ailleurs on ne peut souscrire à l'argument de l'inexistence d'une médecine publique; la fonction de «médecin public» est attestée depuis Hérodote. Platon et Xénophon les évoquent à plusieurs reprises. Pour le roi et la cité, les services médicaux ont une valeur essentielle, en raison de leur valeur sur le champ de bataille mais aussi pour la bonne marche de la cité. Plus encore le médecin est un artisan de la *paideia* qui signifie éducation. En réalité le philologue allemand Werner Jaeger lui a donné un sens plus précis et plus évocateur. La *paideia* est pour lui une formation donnée à la fois par la cité et par un enseignement formel qui est lui-même en harmonie avec ce qu'enseigne la cité de façon informelle: on imagine un philosophe grec expliquant l'idée d'harmonie à ses disciples devant une musique ou un temple qui sont eux-mêmes des incarnations de cette idée. La médecine fait partie de la culture, c'est ainsi des médecins célèbres de l'époque hellénistique furent perçus comme des figures marquante de la *paideia*, au même titre que les poètes, les historiens ou les philosophes.

Il existe cependant des équipements collectifs qui sont destinés à l'entretien du corps, à l'hygiène, ainsi les bains publics ouverts aux pauvres, aux esclaves. Dans les gymnases, le pédotribe est avant tout un maître de gymnastique mais il s'occupe aussi de l'hygiène du corps et peut devenir diététicien, masseur, rebouteux. Les médecins reçoivent leur patient dans des *iatreia* où ils les hébergent éventuellement pour surveiller le traitement. Le médecin public dispose d'un local, sorte de dispensaire où la gratuité est assurée aux malades impécunieux grâce à un système d'impôt. En ville on rencontre des cabinets de soins oculaires et dentaires ainsi que des officines où se pratiquent les accouchements. La Grèce

---

<sup>20</sup> N. Massar, *soigner et servir, histoire sociale et culturelle de la médecine grecque à l'époque hellénistique*, Paris, De Boccard, 2005.

hellénistique, malgré l'éminente place qu'elle a réservé à la médecine tant privée que publique n'a créé aucune institution spécifiquement dédiée aux malades, aucun regroupement d'une certaine ampleur de malades et de pauvres comme ceux qui apparaissent à l'époque médiévale. De ces regroupements, la médecine grecque de l'époque classique dénonce même les dangers. Ainsi lorsque les gymnases deviennent des polycliniques, certains textes du corpus hippocratique, en particulier les Epidémies mettent en garde des risques que ces pratiques font courir aux malades. Gallien a entrevu dans les regroupements de malades une possible cause «de ces affections de l'âme» qui «gâtent le corps et l'altèrent par rapport à sa constitution naturelle.»<sup>21</sup>

Si l'antiquité grecque n'a pas organisé de système collectif de soins c'est premièrement que la relation du médecin et de son malade était conçue d'une façon éminemment individuelle. Les textes du Corpus sont très significatifs de l'importance de cette relation et de ses vertus proprement thérapeutiques. L'amitié entre le médecin et son patient participe autant que la technique à la réussite du traitement. La valeur de l'écoute et de la persuasion est reconnue. Le Serment d'Hippocrate contribue à promouvoir la visite du praticien à domicile: « dans quelque maison que j'entre, j'y entrerai pour l'utilité des malades.»

La seconde raison est que la pensée grecque fondée sur la distinction de l'âme et du corps a inspiré une certaine distanciation à l'égard de la douleur, de la souffrance. Dans cette structure de pensée, la santé, même si elle est importante n'est pas considérée comme le bien suprême: «même le citoyen riche ne peut se soigner de manière excessive: ce serait faire preuve de préoccupation démesurée du corps.»<sup>22</sup> La prolongation de la vie au-delà de certaines limites ne peut être un objectif. Cette pratique que nous qualifions aujourd'hui *d'acharnement thérapeutique*, Platon l'a magnifiquement stigmatisée en la qualifiant de «méthode d'élevage de la maladie.» Ainsi il était impossible à la médecine grecque de concevoir quelque institution dévolue à la fonction de prolongement, de refuge ultime de la maladie.

<sup>21</sup> Gallien, *Art médical*, Paris, 2000, Les Belles Lettres, p.317.

<sup>22</sup> Platon, *République*, 406 d-407 b.

### ***L'hôpital en quête d'humanisme***

La Grèce antique a superbement ignoré l'hôpital au nom d'un humanisme qui a illuminé toute l'histoire de l'occident. C'est dans le courant de la pensée judéo-chrétienne que s'inscrit l'hôpital et l'idéal d'un modèle d'humanisme médical que notre société exige de lui. Entre idéal et réalité, le discours s'efforce d'effacer la criante discordance. Parce qu'il est l'espace où l'humain a le plus de risque de se perdre, dans la mort, la souffrance, la dégradation, l'hôpital est requis pour être le haut lieu de l'humanisme. Deux types de discours tentent d'effacer l'image d'une institution rigide et inhumaine et de donner à voir ou à croire à ce haut lieu d'humanisme: le discours performatif et le discours psy.

#### ***Le discours performatif***

Le discours performatif, on le sait, est un discours qui ne dit rien ou qui ne dit rien de plus que ce qui est. C'est aussi un discours qui entretient l'illusion que parler c'est déjà faire, comme si d'une façon magique, l'existence d'un discours pouvait dédouaner, légitimer, faire coïncider immédiatement le devoir être et l'être. Cette dialectique représente ce que Hegel nomme «un mauvais infini», c'est à dire un processus qui ne peut que s'auto reproduire à vide. L'accréditation lorsqu'elle investit le domaine de l'humain fait tourner à plein régime un discours désespérant de vacuité et d'inanité, qu'on en juge: «des dispositions sont prises pour connaître les besoins et la satisfaction des patients et des correspondants médicaux externes»... «Les informations recueillies sont exploitées et utilisées pour définir ou adapter le programme de gestion de la qualité dans l'objectif d'une amélioration du service rendu»...«Des mécanismes de coordination entre professionnels médicaux et paramédicaux permettent d'assurer la prise en charge globale du patient.» Prolifération d'une discursivité creuse qui enfonce des portes ouvertes avec une autosatisfaction à la mesure de son inconsistance. Et pour donner corps à ce discours vide, on affecte toute une corporation qui, de réunions en réunions le soutient et le reconduit à l'infini, dans une prodigieuse perte de temps. Ce n'est pas seulement le bavardage indifférent et sympathique des aides soignantes antillaises des Inconnus à côté du concert et du clignotement du tableau d'alarme des malades, qu'il faut imaginer aujourd'hui, c'est non loin de ce même tableau, une austère et très sérieuse réunion où l'on débat de la disponibilité aux patients.

### *Le discours psy*

Dans l'espace virtuel créé entre le parler et le faire se glisse une autre discoursivité plus efficace, plus consistante, le discours psy. Or ce discours aujourd'hui à l'hôpital deux rôles : elle permet d'une part de reconduire l'ordre disciplinaire et d'autre, d'évacuer vers le psychologue la dimension relationnelle dès qu'elle s'avère un peu encombrante, de se défausser d'une demande, dès qu'elle n'est plus strictement médicale, parfois de la simple écoute du patient. A l'hôpital, la psychologie ne fait que reconduire le pouvoir médical et le paternalisme médical. La vérité à laquelle elle renvoie, c'est toujours la famille. La famille est l'instance de vérité à partir de laquelle on peut décrire, définir tous les processus négatifs ou positifs, qui se déroulent à l'hôpital.

La psychologie est au service du paternalisme médical: le psychologue n'intervient, dans nos hôpitaux, que sur l'injonction du médecin. Cette vassalité met d'entrée de jeu le psychologue dans une situation où il ne peut jamais apparaître comme l'autre du médecin. L'association des deux fonctions dans le terme médico-psychologique brouille encore la donne en formant l'illusion que ces domaines relèvent de la même positivité. Scellée à la médecine par le langage, la psychologie en reçoit l'onction scientifique. Ainsi, le patient se trouve statutairement pris dans un discours infantilisant, et il est systématiquement le «petit monsieur», «la petite dame», «la petite grand-mère». Le discours du soignant vers le patient tire sa référence de celui qu'on adresse à un enfant «vous devriez penser à votre bébé, ce n'est pas bien d'aller fumer dehors...» Par ailleurs l'accès par le médecin au contre rendu du psychologue, comme nous le constatons quotidiennement, annihile le sens même de la relation qui repose sur son caractère strictement confidentiel et reconduit le patient dans le champ du pouvoir médical. La psychologie n'apparaît dans son rapport à la médecine ni distincte, ni transcendante. Sa structure de pensée se calque sur la structure de pensée médicale elle est formalisée comme un protocole de soins. Ainsi nous constatons que se multiplient toutes sortes de formations qui nourrissent le discours psy. Une de ces formations intitulée «Vivre son deuil» est censée préparer le personnel soignant aux situations de mort du fœtus, à l'accueil du fœtus mort au moment de l'accouchement. On apprend, par exemple, aux aides soignantes, aux sages femmes qu'une patiente ne parviendra à faire le deuil d'un enfant mort né que si

celui-ci lui a été montré. C'est ainsi que nous avons assisté à des scènes étranges; des sages femmes exposer autoritairement à des femmes qui ne le souhaitaient pas vraiment le corps de leur enfant sans vie. On apprend qu'il faut habiller les fœtus avant de les monter aux parents et nous avons vu des fœtus informes de quelques mois habillés comme des poupées de chiffon. De tels comportements primaires représentent la constance rançon des psychologies simplistes et didactiques. Chercher à fabriquer de l'humanisme médical, revient toujours à supprimer l'humanisme!

En réalité il est bien difficile à l'hôpital de s'ouvrir sur une forme d'humanisme. D'abord parce que l'hôpital est au service de la pensée clinique; la pensée clinique c'est la recherche de ce pur regard posé sur le malade; nous avons montré que, loin de représenter le retour à une spontanéité perdue ou oublié, ce regard était le fruit d'un long travail conceptuel; l'objectivité ne s'est pas donnée spontanément. Pour parvenir à ce pur regard dont la seule tâche est de décrire dans le langage approprié les symptômes de la maladie, il fallait proscrire tout débordement. On a dû envelopper le malade dans un espace collectif et homogène. Il s'agissait de faire de l'homme un objet de savoir positif, de détacher la maladie de la métaphysique du mal à laquelle elle était, depuis des siècles, apparentée. Il fallait enfin considérer l'homme dans la stricte individualité de son corps en excluant tout autre perspective, toute interrogation sur sa dimension de sujet. L'hôpital est enfermé dans son originel et insurmontable contradiction et ne peut répondre à ce qu'il a exclu dans son principe même. Et lorsqu'il tente de répondre à la sollicitation de l'humanisme, l'hôpital, soit produit un discours incantatoire et vide, tel celui des procédures d'accréditation lorsqu'elles investissent le champ de l'humain, soit redouble le pouvoir médical en s'accaparant le domaine psychologique.

Ensuite parce que il ne suffit pas de décréter l'humanisme, il faut aller plus loin que le simple élan compassionnel. Trop souvent l'éthique hospitalière ne s'exprime que dans la dimension restrictive de la compassion et ne s'interroge que superficiellement sur le rapport du malade à la maladie. Or la maladie met le sujet à l'épreuve, elle impose une modification du rapport à soi, à l'autre et au monde. La maladie provoque le sujet à se transformer. Au cours de ce processus transformant, les uns se dépassent, les autres vont se perdre. Souvenons nous de la vieille théorie de la crise, dans cette conception, le médecin remplissait le rôle

d'arbitre et d'allié de la nature contre la maladie. Cette bataille dont la cure prenait la forme ne pouvait que se dérouler dans une relation individuelle. Aussi naïve soit-elle au regard de notre médecine scientifique, cette représentation de la maladie traduisait toute une problématisation de la relation entre le malade et le médecin dans le sens d'un accompagnement. De même dans la médecine Hippocratique, l'art médical est un art d'accompagnement avant d'être un art de la guérison. Aider le malade à demeurer lui-même, à travers l'épreuve de la maladie ou à se recomposer un statut d'homme, à faire la synthèse de la maladie et de son humanité, c'est, nous pensons, l'attitude d'Hippocrate qui doit inspirer le principe de notre éthique. La question qui sert de tremplin à l'éthique Aristotélicienne est celle de savoir que faire de préférence pour donner un sens à la vie humaine. Parfois des hommes exemplaires parviennent à préserver le sens de leur vie d'homme malgré la maladie. Que l'on songe à Maupassant dont la presque totalité de l'œuvre prolifique a été écrite dans les tourments de la maladie; à Nietzsche dont l'œuvre est pratiquement consubstantielle à la maladie. C'est un accompagnement que demandent les patientes qui souhaitent retourner accoucher à la maison.

### ***Naissance, norme et hôpital***

Si l'hôpital ne parvient pas à faire éclore quelques valeurs du côté de l'humanisme, il se montre très performant dans sa fonction de normalisation. L'hôpital est non seulement le lieu où le pouvoir médical s'exprime à son plus haut degré, il est aussi le lieu où se dit la norme. Il est fondamental de retracer la généalogie du concept de norme. La pensée médicale aujourd'hui s'organise autour du partage entre le normal et le pathologique. Il n'en a pas toujours été ainsi. Jusqu'à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle, la médecine s'est référée à la santé plutôt qu'à la normalité; on ne cherchait pas de référence à un fonctionnement «régulier» pour comprendre les «dérèglements» de l'organisme; on interprétait le symptôme en fonction des qualités de vigueur, de souplesse, de fluidité que la maladie faisait perdre et qu'il s'agissait de restaurer. Le partage entre le normal et le pathologique se précise avec Auguste Comte et Claude Bernard. Ce dernier élabore le concept de milieu intérieur dont il démontre la constance. On ne peut, à propos de la question du normal et du pathologique, évoquer l'apport considérable de Georges

Canguilhem. Toute sa réflexion consistera à dépasser cette dichotomie et surtout à introduire dans la pensée contemporaine une philosophie de l'erreur; l'erreur comme condition du vivant. Car au niveau le plus fondamentale de la vie, les jeux du code et du décodage laissent place à un aléa qui avant d'être maladie, déficit ou monstruosité est, quelque chose comme une perturbation dans le système informatif, quelque chose comme une méprise. A la limite, la vie, c'est ce qui est capable d'erreur. Il reste que l'opposition entre normal et pathologique demeure la référence de la pensée médicale actuelle dans la pratique et dans l'enseignement.

L'histoire de la norme, dans le domaine politique et social, Michel Foucault a tenté de la faire tout au long de son oeuvre. Elle procède d'une réorganisation du pouvoir qui, à partir de l'époque classique, se donne pour objectif d'améliorer la production des populations, qui est donc celle de l'économie politique. Les techniques disciplinaires, au service des progrès techniques, s'approprient le corps des individus, leurs gestes, leur vie même. Savoir et pouvoir sont liés et c'est leur trame qui définit un type de gouvernementalité. Pour obtenir des hommes des prestations productives, il faut les individualiser, les classer, les assujettir. Le concept de norme dérive donc de la capacité de l'individu à s'adapter, à se mettre au service de la production que la société exige de lui. Par rapport aux règles de la loi issue de la volonté souveraine, la norme apparaît naturelle. Le concept de biopolitique correspond à l'extension de la norme. Il s'agit non seulement de contrôler les individus mais l'ensemble des vivants constitués en populations. Il est dorénavant question d'administrer la vie, ce qui permet en retour de maximaliser la production. La biopolitique a pour fin de gérer la santé, l'hygiène, la sexualité, la natalité dans la mesure où ils sont devenus des enjeux politiques. C'est donc tout naturellement que la norme médicale se met au service de la norme sociale. Le partage entre le normal et le pathologique est transposé au domaine social et devient sa structure de pensée; le domaine de l'existence, des comportements, du travail, des affects s'organise autour de la notion du normal et de l'anormal. D'où un glissement qui veut que les disciplines, à partir de la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle et du début du XIX<sup>e</sup> siècle, se réfèrent à un horizon théorique qui est moins celui du droit que celui des sciences humaines et de la médecine. Il en résulte un phénomène d'échange entre le pouvoir médical et le pouvoir juridique. Le droit prend appui sur la médecine et réciproquement la science médicale a force de loi. Ce que Foucault énonce par: «Nous devenons une société

essentiellement articulée sur la norme.»<sup>23</sup> Ces propos sont sans doute simplificateurs, d'autres forces animent, structurent nos sociétés. Mais ils donnent jusqu'à un certain point une grille d'intelligibilité à la prise de possession de la naissance par les pouvoirs publics et à la toute puissance de la notion de norme dans l'esprit de la médecine hospitalière.

Dès la naissance, nouveau né est instantanément rapporté à un système de normes: mesure du poids, de la taille, du score de vitalité. Toute déviation par rapport à la normalité, de paramètre physique tel que le poids est considérée comme pathologique. Curieusement, il est très difficile de faire comprendre aux étudiants, aux sages femmes, que la définition même de la normalité du poids selon la méthode des percentiles fabrique implicitement des petits poids et que ces petits poids ne sont pas nécessairement malades. L'écart à la norme est a priori interprété comme pathologique.

La stratégie biopolitique du XVIII<sup>e</sup> siècle s'était appuyée principalement sur l'enfant en resserrant la structure familiale autour de lui, aujourd'hui la médecine s'est appropriée le domaine de la naissance. Elle exerce non seulement un contrôle quantitatif à travers les méthodes de contraception mais également qualitatif. Le débat sur les éventuelles dérives eugéniques de ce contrôle n'est pas ici notre propos. Ce que nous avons à examiner, c'est la place et le rôle de l'hôpital public dans l'encadrement de la naissance. Or force est de constater que l'hôpital public s'est donné une place prépondérante dans ce dispositif. En effet les techniques de procréation médicalement assistée sont sollicitées dès que la fécondité des couples est compromise, le diagnostic prénatal a pour objet la recherche des malformations et des maladies du fœtus. La procréation médicalement assistée supplée à une impossibilité de concevoir le diagnostic prénatal évalue la qualité de l'embryon. Il est significatif de constater que médecine publique et privée se partagent la première activité tandis que seuls les hôpitaux ou établissements à but non lucratif sont habilités à s'occuper de diagnostic prénatal. Les textes sont clairs. Pour le diagnostic prénatal: «La création de centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal dans des organismes et établissements de santé publics et privés à but non lucratif est autorisée par l'Agence de la biomédecine.» Pour la procréation médicalement assistée: «Sont seuls habilités à procéder aux activités cliniques et

---

<sup>23</sup> M. Foucault, *Dits et Ecrits*, Paris, Gallimard, 2001, t.II, p. 75.



biologiques d'assistance médicale à la procréation les praticiens ayant été agréés à cet effet par l'Agence de la biomédecine mentionnée à l'article L. 1418-1 dans des conditions fixées par voie réglementaire instituée à l'article L. 1418-1.»

Assignment du diagnostic prénatal à l'hôpital, attribution à des personnes agréées de la pratique de la procréation médicalement assistée. La différence n'a pas peu d'importance. Car d'une part le pouvoir d'interruption médicale de grossesse est entièrement entre les mains des hôpitaux et d'autre part elle établit un mode relationnel radicalement différent; la patiente dont le fœtus est suspect d'une malformation doit soumettre son cas à l'avis d'une équipe, d'une collégialité. Ce qui peut conduire à de surprenantes dérives, ainsi ce règlement interne d'un centre de diagnostic prénatal qui prévoyait un vote à main levée pour décider d'une interruption médicale de grossesse. La structure collective de l'hôpital s'est prêtée à recevoir la structure pluridisciplinaire des centres diagnostic prénatal, adjectif qui trébuche alors lourdement dans son sens originel. La stratégie biopolitique annoncée par Michel Foucault a entièrement bouclé sa boucle en contrôlant l'espèce humaine avant même qu'elle ne vienne au monde. Les centres de diagnostic prénatale s'autonomisent de plus en plus à l'intérieur des hôpitaux, la discipline a ses congrès, ses revues. Ainsi s'élabore toute une normativité contrôlée par l'Agence Nationale de bioéthique. Les patientes se trouvent confrontées directement à une médecine qui n'est plus une médecine individuelle mais une médecine de population. Le dépistage de la trisomie 21 nous met dans des situations irréelles et quasi schizo-phréniques quand il faut expliquer à une patiente que son risque d'attendre un fœtus trisomique est de 1 sur 258 ce qui ne lui permet pas de bénéficier d'une amniocentèse car la loi prévoit de ne la prendre en charge qu'au seuil de 1 sur 250. La pertinence scientifique d'une telle explication n'est pas contestable, mais elle n'a de sens que proposée à une population et non à une personne humaine. L'approche anglaise telle que la défend le Professeur Kipros Nikolaïdes, expert de renommé mondial du dépistage de la trisomie 21, repose sur un choix individuel. Ainsi les patientes décident de recourir à l'amniocentèse, qui est le prix de la certitude du diagnostic, selon leur propre perception du risque, leur propre sensibilité. Et il s'avère, ainsi que le démontre Nikolaïdes statistiques à l'appui, que la performance du dépistage ne s'en trouve pas modifié. Et surtout ce libre choix ne se paye pas d'une augmentation des amniocentèses (prélèvement de liquide amniotique par

ponction). Tout le problème de ce dépistage est en effet d'identifier le plus de trisomie 21 au prix du minimum d'amniocentèses. Car l'amniocentèse est attaché à trois facteurs limitants, le risque incompressible de fausse couche qu'elle induit une fois sur cent, son coût, qu'il soit assumé individuellement ou partagé par la société, enfin la capacité des laboratoires spécialisés à traiter les prélèvements. Ce qui nous paraît tout à fait remarquable dans la stratégie anglaise c'est que les patientes, prises dans leur ensemble, vont spontanément avoir un comportement raisonnable; le taux d'amniocentèse ne s'en trouve pas modifié par rapport aux stratégies contraignantes. On se trouve devant un modèle exemplaire d'une stratégie biopolitique libérale dans laquelle par la population elle-même démontre sa capacité d'autorégulation.

La réanimation ou les soins intensifs des prématurés relève comme le diagnostic anténatal d'une pratique presque exclusivement hospitalière. Or la réanimation des prématurés, particulièrement dans le cas de la prématurité extrême, renvoie à la question de l'avenir de l'enfant, au prix de quel handicap va se payer sa survie. Cette question de l'avenir des prématurés souffre de nombreuses incertitudes: d'une part elle ne peut compter que sur une rationalité médicale de type probabiliste, encore très imprécise, et d'autre part la limite de la survie des prématurés étant constamment repoussé par les progrès médicaux, la médecine ne peut offrir aucune rationalité probabiliste à ces cas limites. Il ne s'agit plus d'une incertitude liée à une donnée probabiliste, il s'agit d'une incertitude avant toute donnée observée. Car les probabilités ne peuvent être obtenues que rétrospectivement et tardivement après une observation de l'évolution des enfants sur de nombreuses années. Enfin la logique probabiliste en cas de résultat observé n'est elle-même souvent, dans les cas de prématurité extrême, d'aucun secours car elle conclue à des taux de survie sans séquelle, donc d'enfants parfaitement normaux à des taux non négligeables mais aussi à des taux de mortalité ou d'enfants atteints de séquelles lourdes à des taux tout aussi non négligeables. La réanimation des nouveaux-nés s'ouvre sur des choix difficiles, à partir de quel terme doit-on réanimer, quand doit-on cesser les soins intensifs? Qui décide, le médecin, les parents? Le discours éthiquement correct est celui d'une information claire, compréhensible et adaptée et d'une décision prise conjointement avec les parents. Notre propos n'est pas ici de débattre de la substance éthique de ces questions mais de réfléchir dans quelle configuration,

dans quelle structure de relation, elles se trouvent posées à l'hôpital. Nous pensons que ces questions méritent de rencontrer un extérieur et une conscience. De rencontrer un extérieur. Ces questions méritent de rencontrer et de se déployer dans un extérieur par rapport à la stricte rationalité médicale. Celle-ci est, dans le domaine de l'avenir des prématurés, nous l'avons montré, très pauvre. Serait-elle plus solide, la stricte rationalité médicale ne peut pas être la référence ultime. Le débat doit se jouer à partir de l'avis de l'expert et au delà de l'expert et non se refermer sur lui. Or autant dans le domaine du diagnostic prénatal que dans celui de la réanimation du prématuré, c'est à l'intérieur de l'hôpital, exclusivement à l'expert que revient la décision. L'information qui circule entre le spécialiste et les parents est nécessairement orientée. Naturellement le psychologue est convoqué, mais il ne peut conduire la patiente à l'extérieur du système dont il dépend. Rencontrer une conscience. La patiente doit rencontrer une conscience qui dit et assume l'incertitude qui pèse sur l'avenir de son bébé. La collégialité de la décision est reconnue comme une bonne pratique, elle devient une religion des services hospitaliers. Elle doit l'être, certes, mais comme exigence préalable de la conscience d'un médecin qui la portera seul devant la patiente. C'est seulement au prix de l'intersubjectivité de la relation que la patiente pourra comprendre – dans son sens étymologique – et interioriser le douloureux débat auquel elle est confrontée. La collégialité de la décision est trop souvent l'argument pour esquiver un face à face trop contraignant. La succession des intervenants au lit des patientes est devenue le rituel de la bonne conscience médicale. La pluralité des discours, les rivalités de pouvoir qui percent souvent au fil de ces discours, vont au contraire dans le sens d'une déstructuration des patientes. Il ne s'agit plus ici d'un débat philosophique mais d'un constat quotidien.

Notre société manifeste une extrême vigilance à l'égard de la naissance et déploie pour la contrôler une stratégie biopolitique qui s'appuie presque exclusivement sur l'hôpital public. Celui-ci reconduit dans les domaines du diagnostic prénatal et de la réanimation néonatale la clinique qui, par sa structure originelle élude, la dimension du sujet. La stratégie biopolitique fondée sur l'hôpital inclus dans son système de contrôle les grossesses normales ce qui explique tout un glissement des techniques, toute une médicalisation probablement abusive de ces grossesses.

Le visage de la naissance dans notre société est un visage entièrement médicalisé. A l'autre bout de la vie, il y a la mort; la mort a eu la même destinée et l'hôpital est devenu notre dernière rencontre. La mort, l'hôpital la dissimule. Notre société répète ici le vieux geste, le geste fondateur d'exclusion. Elle met à distance les négatifs de ses valeurs. De même le XVII<sup>e</sup> siècle avait exclu la déraison. Aujourd'hui la mort n'est plus montrée et l'hôpital organise ce non événement qu'est devenue la mort. Cette caractéristique de notre modernité est à l'opposé de celle du XIX<sup>e</sup> siècle qui vivait avec la mort. Combien de fois dans les nouvelles ou les romans de Maupassant sont décrites des veillées funèbres, des enterrements. Quand Baudelaire disserte de la modernité de la peinture, il se moque de ces peintres qui trouvent trop laide la tenue des hommes du XIX<sup>e</sup> siècle et ne voulaient représenter que des toges antiques. Pour lui, le peintre moderne sera celui qui montre cette sombre redingote, «l'habit nécessaire de notre époque». C'est Baudelaire qui saura faire voir dans cette mode du jour, le rapport essentiel, permanent, obsédant que cette époque entretenait avec la mort. «L'habit noir et la redingote ont non seulement leur beauté poétique, qui est l'expression de l'égalité universelle, mais encore leur poétique qui est l'expression de l'âme publique ; un immense défilé de croque-morts, politiques, amoureux, bourgeois. Nous célébrons tous quelque enterrement.»<sup>24</sup>

Peut-on encore concevoir un hôpital où le mot éthique retrouve son sens le plus ancien celui d'un *éthos* où l'homme puisse se reconnaître dans sa dimension d'être humain? Par sa brillante parure technologique l'hôpital se montre plus attractif, par la présence du Psy il se veut plus rassurant, mais derrière cette apparente modernité l'hôpital du XVIII<sup>e</sup> siècle continue à fonctionner obstinément.

---

<sup>24</sup> C. Baudelaire, *Le Peintre de la vie moderne*, in *Oeuvres complètes*, Paris, Gallimard, Bibliothèque de la Pléiade, 1976, t. II, p. 695.]

## Chapitre V

# RÉVOLTES ET UTOPIES

La médecine s'est appropriée la femme enceinte la met en situation d'objet médical. L'univers disciplinaire de l'hôpital a annihilé la possibilité pour la femme de se former comme sujet à l'occasion de l'expérience de l'accouchement. Sans doute la médecine redouble-t-elle son pouvoir en suggérant les risques catastrophiques d'un accouchement démedicalisé. La femme est plus fragile pendant sa grossesse. Il est reconnu par les psychologues que la grossesse est l'occasion d'une interrogation des femmes sur leur identité, sur leurs capacités en général, et plus intensément encore, sur leur capacité d'être mère. Cette disposition psychologique donne une prise plus facile au discours médical. Quelques aventurières, pourtant, se révoltent contre l'ordre médical. Elles veulent vivre dans leur accouchement une forme d'aventure, comme un chemin initiatique. L'accouchement est comparé dans leur discours à l'ascension difficile d'une montagne avec la sensation de plénitude et d'accomplissement personnel que l'on ressent au sommet. Le bonheur comme accomplissement de soi-même à travers une épreuve, nous voilà, par ces mots, invités porter sur ces femmes un autre regard. Un regard qui ne les perçoit plus comme entièrement disponibles à notre expérience médicale.

Nous pensons que c'est cette transformation du regard du médecin qui est tout l'enjeu de notre réflexion. C'est précisément le travail philosophique, par son questionnement qui œuvre à la transformation de notre regard médical.

Notre attention s'est portée sur le contenu du discours des femmes qui avaient vécu leur accouchement à domicile parce qu'il représente malgré son caractère extrêmement minoritaire, au moins dans notre pays, un discours de vérité. Un discours de vérité dans la mesure où l'opposition à la médicalisation se traduit en acte et dans la mesure aussi où la dimension d'épreuve avec son risque n'est pas niée mais est assumée. Ce discours on pourrait le qualifier de *parrêsia* ce

qui revient à lui donner le sens antique d'une parole vive nouant adresse courageuse à l'égard du pouvoir et provocation éthique. Il s'oppose à toutes les pseudo révoltes, à toutes les discursivités qui dénoncent violemment «l'hypermédicalisation» de la grossesse à partir d'une problématisation idéalisée, théorique, virtuelle, de la naissance.

Ces discours se réfèrent schématiquement deux catégories de pensée: la psychologie et la psychanalyse d'une part et d'autre part une certaine forme de dualisme qui oppose une nature bonne en soi aux artifices nuisibles de la médecine.

La psychologie et la psychanalyse nous représentent un idéal de vécu de l'accouchement. On n'a jamais autant parlé de la naissance, de l'émerveillement qu'il devait produire pour la mère, du rôle que doit jouer le père. On diabolise la médecine en faisant parler le nouveau né du traumatisme de sa naissance. Par ce discours anthropomorphe, on prête à ce nouveau-né, une sensibilité, un vécu qu'il ne nous le dira jamais. Le psychanalyste Bernard This exprime en ces mots la médicalisation de l'accouchement « Et quand vous êtes passés de la douce chaleur du monde liquide, à la froideur du monde aérien, il s'emparent de vos pieds, et vous brandissent fièrement, à bout de bras, pour s'écrier, «c'est un garçon!» ou «c'est une fille», la déclaration du sexe devant être liée à l'horreur de la chute imminente. Vous fermez les yeux, mais vous conservez la certitude que vous allez vous fracasser au sol ». et plus loin This conclut «Et voilà comment le petit d'homme est crucifié par le sadisme médical».

Parmi les ersatz de la psychologie l'*Haptonomie* connaît dans l'univers de la naissance un franc succès. Elle est allée chercher sa dénomination dans la lexicologie grecque sans doute pour lui donner un gage de crédibilité. On nous explique donc que *Haptonomie* provient de la conjonction des termes grecs classiques «*hapsis*» qui désigne le tact, le sens, le sentiment, et «*nomos*» qui désigne la loi, la règle, la norme. «*Hapto*» signifie: j'établis tactilement une relation, un contact tactile pour rendre sain, pour guérir, rendre entier, la science des interactions et des relations affectives humaines, bref: «la Science de l'Affectivité ». L'association de ces deux mots produit un choc sémantique qui nous laisse perplexes. La technique est donc fondé sur le toucher, mais curieusement elle invite les mères à parler à leurs bébés lorsqu'il est in utero et à prendre contact avec eux par le toucher une fois qu'ils sont nés... L'enseignement

en est dispensé de façon un peu sectaire avec un grand prêtre et quelques disciples initiés. Nous n'en dirons pas plus...

L'autre référence de pensée est celui d'un ordre naturel. L'idée que l'accouchement est un phénomène naturel et que l'ordre de la nature, bon en soi, est perverti par la médecine est souvent invoqué par les femmes pour maintenir leur distance à l'égard de la médecine. Nous voulons montrer que il crée un malentendu, une confusion plutôt qu'il ne vient à l'appui de leur cause.

Il faut se garder de juger trop superficiellement ce mode de pensée qui a des fondements philosophiques. Il procède d'une vision du monde qui depuis l'antiquité jusqu'au siècle des lumières concevait l'univers comme un cosmos harmonieux. La révolution scientifique des XVI<sup>e</sup> et XVII<sup>e</sup> fait basculer cette vision de l'univers dans une vision toute autre. Le monde n'est plus un cosmos harmonieux, mais un champ de force et de choc. L'ordre que l'humanité doit désormais construire ne le précède pas, il n'a pas la transcendance de l'antériorité. L'idée d'un cosmos harmonieux et bon que la théorie aurait pour mission de connaître et la praxis morale pour finalité d'imiter ne peut plus constituer le point de départ d'un système de pensée.

A contre courant des philosophes du siècle des lumières, qui rompent avec l'idée d'un monde pris pour modèle, et pour qui la nature est avant tout le domaine de la physique, Rousseau réintroduit le dualisme entre nature et artifice. Pour Rousseau la nature, c'est ce qui est vrai, ce avec quoi nous avons un rapport immédiat, sans médiation, et qui nous rappelle à notre origine — c'est en ce sens que l'on peut parler, pour désigner la conscience morale, de la «voix de la nature»: «sois juste et tu seras heureux». «Je ne tire point ces principes de la haute philosophie, mais je les trouve au fond de mon cœur écrites par la nature en caractères ineffaçables»<sup>25</sup>. La nature est un principe d'ordre, de simplicité et d'authenticité. À l'opposé, le vice (désordre, mensonge, luxe, violence) procède de la société et de la culture, de l'inscription de l'individu dans des rapports artificiels: «Posons pour maxime que les premiers mouvements de la nature sont toujours droits: il n'y a point de perversité originelle dans le cœur humain. Il ne s'y trouve pas un seul vice dont on ne puisse dire comment et par où il est entré.»<sup>26</sup> Ce dualiste est fondée sur une anthropologie contestable. Rousseau ne définit pas

---

<sup>25</sup> J.-J. Rousseau, *Émile*, IV

<sup>26</sup> *Ibid.*, II.

vraiment le concept de nature, la nature chez lui, ne correspond pas strictement à la réalité biologique de l'homme. Rousseau accède spontanément, existentiellement à la nature et disqualifie la philosophie pour la définir. Les théories rousseauistes connaîtront une fortune considérable et prendront différents visages comme celui de l'écologie. Dans la métaphysique des mœurs, Kant soutient au contraire l'idée que les fondements de l'éthique ne doivent pas être cherchés dans l'anthropologie, dans les données de la nature, mais dans la raison, l'effort de la raison.

Revenons ici sur la pensée d'un philosophe plus proche de nous, Georges Canguilhem. Canguilhem considère que ce qui caractérise la nature biologique c'est précisément sa capacité d'erreur, cette conception discrédite encore plus radicalement l'idée d'une nature bonne en soi. Ailleurs le philosophe médecin remarque les réticences du malade à se soumettre complètement à l'objectivité de la médecine. Le malade souvent préfère se donner à la Nature pour guérir. Idée qui affecte «la forme de pensée mythique. Mythe d'origine, mythe d'antériorité de la vie sur la culture. On peut en faire la psychanalyse et retrouver le visage de la Mère dans la nature.»<sup>27</sup>

Le retour à la nature prend en médecine bien des visages; la médecine par les plantes contre la pharmacopée traditionnelle, médecine qui se dit douce et s'approprie ainsi l'ordre de la douceur renvoyant l'autre médecine à son agressivité. L'accouchement naturel ou accouchement sans violence, qui proscribit toutes les techniques de surveillance, rabat aussi par ce manichéisme la violence sur l'obstétrique traditionnelle. Le Boyer, véritable apôtre de ces théories, a médiatisé l'idée de l'accouchement sans violence. Dans le sillage de l'argument de naturalité, vient se ranger toutes sortes de théories ou de pratiques qui sont des interprétations de la nature, ou bien qui en privilégie un aspect de la nature, ainsi l'accouchement dans l'eau sous prétexte que le fœtus a pendant son séjour in utero une vie aquatique; certes, mais il faudra bien qu'il en sorte un jour, le destin biologique de l'homme est de vivre dans le milieu aérien.

La parturition humaine ne peut plus être perçue comme un phénomène a priori parfait, susceptible de se dérégler par accident, elle est entre les mains de l'homme. Et ceci est encore plus évident lorsqu'on considère les méthodes de

---

<sup>27</sup> G. Canguilhem » l'idée de la nature dans la pensée et la pratique médicale », 1972, *Médecine de l'homme*, 43, mars 1972, p.12.



procréation médicalement assistée. On ne peut considérer l'argument de la naturalité comme un horizon de pensée valable. Il est temps maintenant d'abandonner cette dialectique où la médecine est le mauvais sujet. Celui qui «arraisonne» la nature, qui asservit la mère, qui martyrise l'enfant.

Un tout petit saut en arrière dans le temps, pas plus d'un siècle, suffit à constater que le visage de la naissance s'est radicalement transformé: donner la vie aujourd'hui n'est plus risquer la sienne. Au début du siècle une femme sur trois mourait de fièvre puerpérale, la mortalité périnatale était cinq fois plus élevée qu'aujourd'hui. L'histoire de la médecine abonde de récits terrifiants sur les supplices vécus par les femmes pendant leur accouchement. Nous sommes horrifiés par les procédés chirurgicaux utilisés par nos confrères d'autrefois, nombre de femmes restaient mutilées à vie après un accouchement quand elles ne mouraient pas.

Aujourd'hui la conscience collective prévoit à toutes les grossesses un dénouement heureux, et en fait une règle de la nature, une complication est un accident de la nature, et la médecine est là pour faire face, à l'inhabituelle. En réalité, c'est la médecine qui pas à pas, à force de recherche et de progrès dans l'espace de sa rationalité, a donné à la naissance aujourd'hui, ce visage apaisé ouvert sur la joie de la mise au monde.

Toute une discursivité prolifère sur les excès d'une médicalisation qui viendrait s'opposer à des pratiques naturelles et masquerait tout un vécu radieux et idyllique. C'est oublier que ce sont les progrès médicaux qui ont rendu ces discours possibles. Ces discours ne sont pas une alternative à la médecine, ils en sont le produit. Ils sont le produit d'une nature transfigurée par la médecine. Ils n'offrent pas d'alternance, car en supprimant la médecine, ils s'abolissent eux-mêmes. Ils sont disqualifiés par le réquisit qui les fonde. Et dans un jeu où personne n'est tout à fait dupe, ils sont en définitive au service de la médecine. Ils sont l'espace de rêverie ouvert par la médecine.

On ne saurait fonder une éthique sur un tel malentendu. Suivant l'exemple d'Aristote, nous devons fonder notre démarche éthique, sur ce que nous sommes dans la réalité dans le monde tel qu'il est aujourd'hui et non dans la virtualité. Ce que nous avons pour tâche de penser, ce n'est pas un monde contre la médecine, mais un monde où la médecine a sa place et devienne bonne pour l'homme, où elle ne soit ni une fin ni un amoindrissement de nous nous-même mais un bien un

*agathon* au sens aristotélicien, c'est-à-dire ce qui est capable de porter quelque chose à un séjour consistant de le laisser ainsi reposer en ce séjour.

## Conclusion

L'assignation du lieu de naissance à des espaces médicalisés pour toute une société est-elle légitime? Telle était la question qui formait le point de départ de notre réflexion. Question futile au premier regard. Question futile d'abord parce que cet état de fait n'est pas contesté par la presque totalité de nos concitoyens. Il s'agit là d'une question que la société dans son ensemble ne se pose pas. Question futile, d'autre part, parce qu'elle ne semble pas donner prétexte à une discussion d'ordre philosophique ou éthique. Elle pourrait simplement renvoyer à un simple problème d'organisation de la médecine ou bien mettre inutilement en évidence les revendications de quelques marginaux. En approfondissant la question nous avons découvert qu'elle s'ouvrait en réalité sur des enjeux majeurs: celui de l'inadéquation de l'hôpital à la structure de pensée de médecine moderne, celui de la formidable emprise de la médecine sur notre société. D'autre part nous avons pris conscience que dans cette question se nouait notre propre ambiguïté : celle d'une foi très profonde dans la rationalité médicale et du sentiment que cette rationalité dérobait quelque chose à nos patientes.

Nous avons voulu, dans ce travail, donner à cette ambiguïté ressentie au quotidien la consistance d'une réflexion philosophique. Nous avons cherché à comprendre, à prêter l'oreille à une revendication qui, depuis toujours, nous paraissait futile et irréaliste.

Il nous est alors apparu que la réponse se jouait à deux niveaux. D'abord au niveau de l'objectivité médicale. Celle-ci n'apporte pas d'argument décisif pour condamner catégoriquement l'accouchement à domicile. Nous avons montré l'incapacité de la rationalité médicale et en particulier de la théorie statistique à circonscrire le problème dans ses propres limites.

A l'arrière plan de nombreux débats médicaux, au delà du discours scientifique, jouent, souvent à l'insu des médecins eux mêmes, des forces très

diverses liées aux pouvoirs, aux structures sociales, aux conceptions morales et philosophiques, aux traditions, aux habitudes. Il était, en réalité, plus fécond d'examiner cet arrière plan pour comprendre la configuration actuelle du problème, les résistances à une déshospitalisation de l'accouchement. Nous avons alors tiré parti des recherches de Michel Foucault et de son équipe sur la naissance de la clinique et son intrication avec les transformations de l'hôpital au XVIII<sup>e</sup> siècle. Foucault lui-même nous y invitait: «Tous mes livres, disait-il, sont, si vous voulez, des petites boîtes à outil. Si les gens veulent bien les ouvrir, se servir de telle phrase, de telle idée, telle analyse comme d'un tournevis ou d'un desserre-boulon, pour court-circuiter, disqualifier les systèmes de pouvoir, y compris éventuellement ceux là même dont mes livres sont issus...eh bien c'est tant mieux.»<sup>28</sup> C'est en cherchant à enraciner ses analyses dans un va-et-vient permanent et parfaitement maîtrisé entre passé et avenir, que Foucault élabore une grande partie de sa critique de notre modernité. Ce mode de pensée aussi séduisant qu'il soit, mérite quelques réserves. Le matériel d'archive à partir duquel s'exerce tout une rationalisation est-il exhumé en toute objectivité? On a souvent reproché à Foucault de composer des récits un peu mythiques, rédigés en puisant de manière un peu hâtive dans un matériau historique parfois mal maîtrisé, et en articulant, autour, des concepts sollicités pour les besoins la cause. Cependant il nous a paru intéressant d'explorer cette piste et de la proposer comme un principe d'intelligibilité, d'inspiration pour comprendre et dénouer notre problème auquel est intriqué le problème plus vaste de l'hôpital public et de son marasme chronique. Par ailleurs l'interprétation que nous tirons de l'analyse généalogique de l'hôpital avec «les outils Foucault» n'engage que nous. Il n'est pas certain que Foucault lui-même soit parvenu aux mêmes conclusions et à disqualifier comme nous le faisons l'hôpital moderne. Si l'on veut libérer la naissance des espaces hospitaliers c'est, nous pensons, en démontrant ainsi la profondeur de son enracinement. C'est en tout cas à partir d'une réflexion sur la structure actuelle de la pensée médicale qu'on l'on pourra réformer efficacement l'hôpital.

Que penser des maisons de naissance? Cette perspective n'est certainement pas la bonne. Les maisons de naissance vont recréer des structures qui ne seront ni l'hôpital, ni la maison. Elles seront l'enjeu du déploiement d'autres formes de

---

<sup>28</sup> G. Dumézil, *Entretien avec Didier Eribon*, Paris, Galliamard, 1987.

pouvoir. Il faut ici souligner que le projet de maison de naissance est largement soutenu par les sages femmes et qu'il représente pour elle une possibilité d'affirmer leur autonomie par rapport aux médecins. Cette interposition du pouvoir des sages femmes entre les patientes et le médecin a toujours été bénéfique, car dans le jeu de rôle qui s'est instauré entre les sages femmes et les médecins, elles représentent la défense des femmes, la protection des femmes contre les excès de la médicalisation. Supprimer cette dialectique en isolant les sages femmes dans des maisons de naissance ne nous paraît pas judicieux voir très risqué. Et puis il y a la signification profonde du domicile, du fait d'être chez soi, dans ses repères, dans son intimité, au milieu des siens. Levinas décrit magnifiquement le rapport à soi si particulier que la maison permet d'établir; la maison c'est la possibilité de recueillement, «le moi s'ajourne et se donne un délai dans la maison», «à partir d'elle, la séparation se constitue comme demeure et habitation. Exister signifie alors demeurer», c'est le lieu où «la familiarité et l'intimité se produisent comme une douceur qui se répand sur la face des choses.»; Levinas considère que l'habitation c'est le féminin, «le féminin comme l'un des points cardinaux de l'horizon où se place la vie intérieure.»<sup>29</sup>

Nous avons montré que l'assignation du lieu de naissance à l'hôpital a une autre signification plus profonde, plus inquiétante et moins innocente qu'une inadéquation de notre système de soins à une structure de pensée. Cette assignation manifeste toute la volonté d'une main mise, d'un contrôle, de chaque individu par la médecine, et ce, à ce moment si crucial qu'est la grossesse et la parturition. Tout indique dans l'organisation actuelle, l'extrême vigilance de notre société à l'égard de son propre renouvellement. Ainsi dès sa naissance, l'individu est pris en main par la médecine. La naissance à l'hôpital devient, comme nous le craignons, le symbole de toute une destinée; celle d'un l'individu, qui se trouve dans nos sociétés, dès sa naissance, dans ce face à face devenu presque exclusif avec la médecine. D'un individu qui va demander de plus en plus à la médecine de lui dire sa «vérité». A partir de cette «vérité» que la médecine prétend avoir sur le lieu de naissance, l'individu, la mère va lui demander sa «vérité» sur la façon d'allaiter, de tenir son enfant. Elle demandera ou plutôt la médecine lui proposera ensuite de lui dire sa «vérité» sur sa sexualité pendant et après la grossesse. La

---

<sup>29</sup> E. Levinas, *Totalité et infini*, Paris, Livre de Poche, 2006, pp. 164-169.

médecine de plus en plus éclipsé les autres systèmes de valeurs qui autrefois donnaient un sens à ces questions.

Tout au long de notre réflexion, nous avons éprouvé une certaine difficulté à dire, à définir, ce qui précisément n'appartenait pas à la médecine, ce quelque chose, à la limite de l'exprimable, où il est question d'une certaine idée de l'homme. Il convient peut être justement de ne pas tenter de mettre des mots sur ce quelque chose, de le laisser en suspens, de ne pas remplir cet espace, de le rendre ainsi disponible aux patientes et à nous même, d'en chasser tous les pseudo humanismes médicaux bénissant. Notre *éthos* philosophique de médecin philosophe ou plutôt apprenti philosophe ne doit-il pas nous inviter à creuser cet espace et à reconduire sans cesse l'attitude socratique du questionnement.

## Des lieux pour naître....

L'idée de donner naissance ailleurs que dans une maternité publique ou privée ne vient plus à l'esprit des femmes. Aujourd'hui, en France, l'accouchement dans un milieu médicalisé semble un fait acquis que personne ne songe à contester. A la différence d'autres pays, comme les Pays Bas, où 30% des patientes accouchent chez elles, rien n'est prévu dans notre pays pour offrir aux femmes des lieux de naissance différents des classiques maternités.

Seules quelques associations militent pour un retour à l'accouchement à domicile ou pour la création de maisons de naissance, concept pourtant très répandu dans d'autres pays, aux Etats-Unis en particulier, qui sont des établissements où tout est fait pour préserver l'intimité familiale, pour accoucher «comme à la maison». Ce combat a-t-il un sens, ou n'est-il qu'un combat d'arrière garde, quel crédit peut on accorder à une revendication portée par une si fragile minorité?

Notre propos est de montrer dans ce mémoire que loin d'être l'expression d'un particularisme comme tant d'autres, cette opposition révèle de formidables enjeux; celui d'abord de l'organisation de notre système de santé ou l'hôpital n'est plus concordant ni avec la rationalité, ni avec le fonctionnement actuels de la médecine; celui ensuite de toute une société, de chacun de nous, des mères qui se remettant ainsi , remettant ainsi nos enfants au pouvoir de la médecine dès leur venue au monde abandonnent peut être du côté de la médecine, de sa normativité quelque chose qui ne lui appartient pas tout à fait.

