

SOUTENANCE A CRETEIL

**UNIVERSITE PARIS EST CRETEIL
FACULTE DE MEDECINE DE CRETEIL**

ANNEE 2014

N°

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE

DOCTEUR EN MEDECINE

Discipline : Médecine Générale

Présenté(e) et soutenu(e) publiquement le :

à : CRETEIL (PARIS EST CRETEIL)

Par

Pauline MAZABRARD

Née le 3 juillet 1982 à Villeurbanne

TITRE : La question de la normativité dans la relation médecin-malade en soins primaires à travers le cas de la grossesse chez l'adolescente.

DIRECTEURS DE THESE :

Mme Céline LEFEVE, maitre de conférences en philosophie de la médecine (Université Paris VII – Paris Diderot)

Monsieur le Professeur Claude ATTALI (Université Paris XII)

LE CONSERVATEUR DE LA BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE

Sommaire

Remerciements	3
Introduction :	4
Situation à l'origine de ce travail :	4
1 ^{ère} partie- La grossesse précoce : construction d'un concept.....	8
1/ Aspects socio historiques	9
a- Evolution de la norme procréative :	9
b- Le discours médical appuie l'évolution de la norme procréative :	15
c- Le droit face à la liberté sexuelle de l'adolescente :	17
2/Réalités épidémiologiques du phénomène de la grossesse précoce:	18
2 ^{ème} partie : Les hypothèses explicatives : une tentative de modélisation de la grossesse chez l'adolescente.	22
1/ Les hypothèses du corps médical :	22
2/ L'apport de la psychologie et de la psychanalyse :	24
3/ Les perspectives sociales :	25
a- La grossesse et l'insertion scolaire et professionnelle :	26
b- La grossesse comme insertion dans le couple, la famille et la société :	27
c- La construction sociale du concept de « grossesse adolescente » :	28
3 ^{ème} partie : Les enjeux éthiques du conflit des normes entre le médecin et la patiente.	29
1/ Les limites de l'autonomie comme principe éthique :	31
2/La morale centrée sur le patient :	36
a- L'autonomie relationnelle	36
b- L'éthique du <i>care</i> :	38
c- L'éthique narrative	41
3/ Les limites de l'éthique narrative :	46
Conclusion :	47
BIBLIOGRAPHIE :	50

Remerciements

A Romain, tout d'abord, pour avoir cru le premier que j'y arriverais. Pour n'avoir pas douté que je douterais mais m'avoir malgré tout encouragée dans cette direction. Pour ta présence et tes critiques, toujours constructives.

Je tiens à remercier tout particulièrement monsieur le Pr Claude Attali pour m'avoir patiemment guidée dans mon parcours en médecine générale. Je remercie également mes enseignants au département de médecine générale de Créteil qui m'ont transmis leur attachement à cette spécialité.

A Céline Lefève, pour m'avoir initiée à la philosophie du soin, pour ses précieux conseils et son enseignement amical.

Je remercie Anne-Laure Zohou, ma « prof de philo » pour m'avoir donné le goût du questionnement.

A Elsa, Emilie et Floriane avec qui j'ai débuté mon parcours médical. En souvenir de nos journées studieuses et de nos vacances sportives, avec toute mon amitié. A Marie Grand pour nos séances de révisions entre le Damier et le Collège Supérieur.

A Valentine Gérinière et Guillaume Buisson pour leur accueil bienveillant et leur écoute amicale de jour comme de nuit.

Je remercie mes incomparables voisins Richard Bouille et Anne Princen pour nos délicieuses soirées.

A Mme Karine L pour sa présence attentive et ses encouragements toujours renouvelés.

Je voudrais également remercier mes frères et sœurs pour leur présence affectueuse avec une pensée particulière pour Charlotte Vergnon, ma « relectrice ».

A mes grands parents qui auraient aimé être là.

Mes pensées vont enfin à mes parents dont le soutien affectif et logistique m'a accompagné tout au long de ces années. Merci de m'avoir permis d'arriver là.

Introduction :

A propos de la normativité en médecine le philosophe Georges Canguilhem écrivait : « Sans référence expresse, bien souvent, à la norme singulière de santé de tel ou tel malade, la médecine est entraînée, par les conditions sociales et légales de son intervention au sein des collectivités, à traiter le vivant humain comme une matière à laquelle des normes anonymes, jugées supérieures aux normes individuelles spontanées, peuvent être imposées ». Ce travail ambitionne d'explorer la question de la normativité dans la relation médecin-malade en soins primaires à partir d'une situation authentique vécue en cabinet de médecine générale, celle d'une adolescente enceinte. En effet, le problème des conflits de valeurs est omniprésent dans la relation médecin-malade en soins primaires où le praticien est très souvent confronté à des situations qui dépassent le strict cadre biomédical. La question des grossesses à un âge précoce et de leur interruption est à ce titre un défi pour le médecin généraliste et reste paradigmatique de l'affrontement des normes. Comment dépasser ce conflit dans la relation médecin-malade ? Cette étude s'appuiera sur les données historiques, sociologiques, éthiques, médicales, épistémologiques qui permettront de progresser, à partir de la situation vécue, sur cette question du conflit des normes. Dans une première partie, nous étudierons l'émergence et la construction du concept de grossesse précoce à travers des données socio-historiques et épidémiologiques. La seconde partie explorera les différentes théories explicatives de ces grossesses chez l'adolescente. Enfin, dans une troisième partie nous aborderons les enjeux éthiques du conflit des normes entre le médecin et le patient. Nous proposerons alors un modèle de relation de soin permettant de sortir de ce conflit. Ce travail ne suivra pas le format classique IMRAD qui est peu adapté à une recherche en sciences humaines et sociales. Il s'agira plutôt de développer, à partir de la littérature disponible, une réflexion en philosophie du soin sur la notion de subjectivité en médecine.

Situation à l'origine de ce travail :

Lors de mon stage en autonomie, je reçois au cabinet, un vendredi soir, Mme D et sa fille de seize ans. Je ne connais ni l'une ni l'autre, bien que j'ai déjà croisé dans le cabinet la mère de la jeune fille. Toutes les deux sont suivies régulièrement par mes deux maîtres de stage mais je n'ai pas eu le temps de parcourir leurs dossiers avant la consultation.

C'est la maman qui débute l'entrevue :

« Bon ben voilà, Alexandra est enceinte. Ce n'est pas possible, elle est mineure, qu'est-ce que je peux faire ? »

Cette maman semble désespérée. Je n'ai jamais été confrontée à cette situation et suis un peu désemparée. Je me tourne vers l'adolescente qui me paraît distante et ne dit pas un mot :

« Ah...Que s'est-il passé ? »

L'adolescente reste fermée. Je reformule ma question, pensant qu'elle n'a peut être pas bien compris :

« Qu'est ce qui s'est passé ? As-tu une contraception ? Avez-vous utilisé un préservatif ? »

« Il a craqué » me dit-elle d'un ton laconique.

Mme D intervient :

« De toutes façons, elle voulait un enfant, j'en étais sûre. Depuis qu'elle est petite elle dit qu'elle veut être enceinte, elle regarde pleins d'émissions sur les adolescentes enceintes. Elle ne veut pas avorter, elle est complètement inconsciente. » Mme D semble très en colère. Je commence à comprendre le problème à savoir qu'Alexandra refuse l'IVG et veut poursuivre sa grossesse. Je me tourne à nouveau vers l'adolescente :

« Donc il y a eu un accident de préservatif. Pourquoi n'as-tu pas utilisé la pilule du lendemain ? ». Mon ton est un peu accusateur. Je cherche à lui faire dire que cette grossesse n'est pas accidentelle. Mais Alexandra ne dit pas un mot et hausse les épaules. Sa maman renchérit :

« Elle l'a fait exprès »

Alexandra a d'ailleurs fait un test de grossesse dès le premier jour de retard de règles, si bien qu'il s'agit d'un tout début de grossesse : 4 SA + 5jours. J'essaie de me renseigner sur son mode de vie, sur sa relation amoureuse. Il me faut beaucoup insister pour obtenir quelques réponses, partielles, de la jeune fille. Je commence à m'agacer un peu de cette non-coopération d'Alexandra.

« Et le papa, depuis quand le connais-tu ? Quel âge es t-il ? »

« C'est Pablo, on sort ensemble depuis 2 mois. Il est avec moi au lycée. »

« Et tu lui en a parlé ? »

« Oui »

Sa maman intervient :

« Oui, et Pablo il n'était pas vraiment d'accord hein. Parce que lui il a connu les foyers, il sait ce que c'est ! »

« Ben maintenant il veut bien, il s'en occupera »

« Mais qu'est ce que tu crois, il partira quand le bébé sera là ! Il n'a même pas de travail, et toi non plus. Moi je ne peux pas m'occuper de cet enfant, je suis toute seule tu comprends ! »

J'apprends qu'Alexandra a perdu son papa à l'âge de 12 ans et que sa mère se retrouve seule avec ses deux filles : Alexandra et sa sœur aînée âgée de dix neuf ans. J'essaie de comprendre pourquoi Alexandra ne veut pas avorter :

« Et pourquoi tu ne veux pas d'IVG ? »

« Je suis contre » me dit-elle de façon très déterminée.

Je suis perplexe devant une telle conviction.

« Tu es contre mais pour quelles raisons ? »

« Ben j'suis contre. Je veux pas tuer mon bébé. »

Sa maman intervient :

« Cela fait deux jours que j'essaie de la raisonner. Mais y-a rien à faire, elle est tellement têtue. Dites-lui vous qu'il faut qu'elle avorte ! ».

Je sens bien la détresse de cette maman, qui semble prise au piège par la grossesse de sa fille. J'ai envie d'aider cette mère, qui me le demande.

« Alors tu penses que c'est un « bébé » ce que tu as dans ton ventre ? »

« Oui »

« Mais non tu sais ce n'est encore rien ! ».

Je m'énerve devant cette adolescente bornée qui n'avance pas d'argument vraiment consistant, selon moi, pour refuser cette IVG et continuer cette grossesse. Je me sens également interpellée en tant que femme par cette adolescente qui va selon moi s'enfermer dans une vie de sacrifice et de dépendance apparemment sans raison. Devant cette absence d'argument recevable pour justifier son choix, je me sens justifiée de signifier à Alexandra ma désapprobation.

« Ca te fait peur l'IVG ? »

« Non, je veux pas, c'est tout »

« Tu sais, Alexandra, ni ta mère ni moi ne pouvons t'obliger à quoi que ce soit. Mais selon moi il serait plus raisonnable que tu interrompes cette grossesse pour ton avenir. Si tu as ce

bébé, que vas-tu faire de tes études ? Comment est-ce que vous allez l'assumer financièrement ? »

« Pablo et moi on se débrouillera »

« Mais comment allez vous vous « débrouiller » ? Tu te rends compte qu'au final cela va être ta maman et la sienne qui vont devoir vous assumer ? »

« ... ». Pas de réponse.

« Tu sais que quand le bébé sera là, si vous ne pouvez pas le prendre en charge dans de bonnes conditions, on pourra vous retirer l'autorité parentale ? »

« On pourra s'en occuper. »

« Pourquoi veux-tu garder cette grossesse ? »

« J'ai pas le choix, c'est comme ça »

Je l'impression que nous nous retrouvons dans une impasse : je ne comprends pas les motivations d'Alexandra, sa mère non plus et Alexandra est de plus en plus méfiante à mon égard.

« Je te prescris un bilan sanguin et une échographie. Tu vas réfléchir à l'IVG et l'on se reverra avec les résultats. »

La consultation se termine là et j'ai l'impression de n'avoir aidé ni la mère ni la fille. Je reste seulement avec mon incompréhension de la situation et avec une certaine frustration. Un prochain rendez-vous est fixé pour la semaine suivante.

Alexandra ne viendra pas à son deuxième rendez-vous. J'aurais de ses nouvelles par sa mère qui me dira que sa fille a choisi de partir au Portugal pour les vacances et de poursuivre sa grossesse. A son retour (elle est alors à quatre mois de grossesse) je la rencontrerai avec son compagnon. A ce moment là, mon travail de thèse a avancé et j'adopterais une autre attitude avec Alexandra ce qui permettra un réel échange soignant. Malheureusement, Alexandra fera une fausse couche peu de temps après. Devant la détresse alors de cette adolescente, je prendrais la mesure de sa détermination à avoir un enfant.

1^{ère} partie- La grossesse précoce : construction d'un concept

Dans cette 1^{ère} partie, nous nous attacherons à décrire, le plus précisément possible, le phénomène de la grossesse chez l'adolescente.

Tout d'abord, nous éclairerons les aspects socio-historiques de la question des grossesses précoces. A quel moment ce concept apparaît-il ? Sous quelles conditions et quand ces grossesses commencent-elles à poser problème pour la société ? Quels sont ces problèmes et ont-ils évolué ? Ces questions nous conduisent tout d'abord à envisager l'émergence et l'évolution d'une norme procréative au sein de la société, norme plus ou moins contraignante pour les femmes.

Cette norme procréative est l'ensemble des « bonnes conditions » socialement définies pour avoir un enfant. Cette norme sociale tient d'abord à l'histoire de la maternité, avec le passage d'une maternité subie à une maternité voulue (ou au moins supposée l'être). Le point d'orgue de cette évolution est le développement massif du contrôle des naissances tout au long du XX^{ème} siècle. Cette norme procréative tient aussi à l'histoire de l'enfant dans la société, avec la découverte du sentiment de l'enfance comme le dit Philippe Ariès. Le discours social sur l'enfant ne cesse d'évoluer : d'un enfant insignifiant et souvent gêne pour ses parents jusqu'au XVII^{ème} siècle à un enfant considéré comme objet de l'accomplissement et du bonheur maternel, notamment par la philosophie des Lumières. Enfin, le développement au XX^{ème} siècle d'une conception psychologisante des besoins de l'enfant contribue à asseoir pour la mère une nécessaire disponibilité (1).

Jusqu'à la fin du XIX^{ème} siècle, la médecine n'a que peu d'emprise sur les parturientes : la grossesse, l'accouchement et l'élevage du nourrisson sont affaires de femmes (2). Il n'y a guère que le chirurgien accoucheur qui dès le XVII^{ème} s'immisce dans ce monde là. Il faudra attendre la fin du XIX^{ème}- début XX^{ème} pour que le discours médical, fort d'une efficacité nouvelle, fasse réellement son apparition. S'ouvre alors l'ère de l'obstétrique et de la pédiatrie qui s'imposeront alors aux futures mères. Parallèlement, et non sans faire écho à l'évolution de la norme sociale, le discours médical sur les grossesses précoces évolue : de la grossesse à risque obstétrical jusque dans les années 1970, on passe à une grossesse à risque psychosocial. Quoi qu'il en soit, ce discours promet toujours les pires issues à ces grossesses. Nous voulons montrer comment le discours médical contribue à conforter l'âge socialement requis à la première grossesse.

Dans un deuxième temps, nous nous appliquerons à dégager la réalité épidémiologique contemporaine de ce phénomène, réalité parfois obscurcie par un discours volontairement alarmiste. Nous exposerons à cette occasion les difficultés méthodologiques particulières que nous avons rencontrées pour traiter des statistiques de populations.

1/ Aspects socio historiques

a- Evolution de la norme procréative :

L'acceptation sociale des conditions dans lesquelles survient une grossesse, et plus encore une naissance, dépend de la place accordée selon les époques d'une part à la mère, d'autre part à l'enfant. Nous ne ferons pas ici une histoire détaillée de la maternité ni de la place de l'enfant¹, car c'est en tant que médecin et non historien que nous nous posons cette question de l'acceptation de la grossesse chez l'adolescente. Duby et Perrot dans leur « Histoire des femmes en Occident » nous rappellent néanmoins, l'importance de la contextualisation de cette question lorsqu'ils disent : « Ainsi, la grossesse et la maternité ne paraissent pas être des réalités biologiques immuables, ni naturelles, mais le résultat de processus sociaux, culturels, économiques et politiques » (3). Pour mieux comprendre la norme procréative actuelle, à partir de laquelle nous appréhendons les grossesses à l'adolescence, il nous faut nous intéresser d'une part à l'évolution de l'image sociale de la mère, d'autre part à celle de l'enfant.

Dans la France du Moyen-âge, il était courant que les femmes accèdent très jeunes au mariage et à la maternité (3). Cet accès précoce à la maternité ne suscitait pas vraiment de réprobation de la part de la société. Pour autant, il ne semble pas que le désir, ni même la volonté de ces femmes n'aient été vraiment pris en compte dans cet état de fait. Ainsi, la famille est dominée par l'autorité du père, les femmes et les mères y ont une place à peine plus enviable que les enfants. La maternité est une issue « naturelle » du mariage et, une fois l'union contractée, on attend d'elle qu'elle soit féconde² (4). Néanmoins, dès l'Ancien Régime, il n'y a plus que 4% des jeunes filles mariées avant dix-sept ans (4), ce qui peut s'expliquer par le poids croissant de la dot : les jeunes gens ne sont autorisés à se marier que

¹ Pour une histoire plus détaillée de la maternité voir : Badinter E. L'amour en plus. Paris: Flammarion; 1980. 378 p. et Knibielher Y. Histoire des mères. Paris: Hachette; 1977. 350 p.

² Au milieu du XVIIIe siècle, la moitié des premiers bébés arrivent dans la première année du mariage. Voir Houdaille J, Henry L. Célibat et âge au mariage aux XVIIIe et XIXe siècles en France. *Population*. 1979; 34(2): 403-442

s'ils sont en possession d'un capital à faire fructifier, d'où l'élévation constante de l'âge du mariage du XVI^{ème} au XIX^{ème} siècle. L'âge moyen au premier mariage se stabilise au XVIII^{ème} siècle autour de vingt-neuf ans pour les hommes et vingt-six ans pour les femmes avant de décroître à partir du milieu du XIX^{ème} siècle (4). A cette époque, le mariage constitue encore la première étape de la construction de la famille (l'âge moyen au premier enfant en est donc assez proche). Comme l'âge moyen au premier mariage, l'âge moyen au premier enfant connaîtra un déclin pendant toute la première partie du XX^{ème} siècle, pour remonter à partir de la fin des années 1970. De sorte que les chiffres que nous connaissons actuellement (en 2000, les femmes ont leur premier enfant à vingt-huit ans en moyenne), sont plus élevés que dans les années 1960 mais similaires à ceux du début du XX^{ème} siècle (5). On ne sait que peu de choses sur la maternité durant le Moyen Age si ce n'est par des écrits émanant majoritairement des hommes : la femme y est décrite entre fille d'Eve et image de Marie. Au siècle classique, il n'y pas réellement de nouvelle définition du destin maternel, la puissance maritale et paternelle l'emportait sur la tendresse et l'amour (6). C'est à partir de la fin du XVIII^{ème} siècle et tout au long du XIX^{ème} siècle que s'imposera l'amour maternel, présenté alors comme inconditionnel, intemporel, universel et instinctuel (7). Il sera le véritable pilier de ce que l'historien Philippe Ariès nomme la « famille moderne » (8). Il y a sans doute eu avant le XVIII^{ème} siècle, et dans toutes les classes sociales, des mères qui aimaient et prenaient soin de leurs enfants, et d'autres qui ne les aimaient pas et ne s'en occupaient pas. Ces comportements n'appelaient guère de réactions d'approbation ou de désapprobation. Ce qui est nouveau en cette fin du XVIII^{ème} siècle est que l'investissement de la maternité devient une valeur sociale forte (9). Il faudra néanmoins plusieurs discours émanant de diverses autorités (politiques, philosophiques, médicales) et plus d'un siècle pour que s'impose cette nécessaire sollicitude maternelle¹.

S'inscrivant dans cette évolution de l'image sociale de la mère, l'histoire de la contraception est partie prenante de la création d'une nouvelle norme procréative. En effet, la maternité ne s'évoquera pas en termes de choix avant la fin du XIX^{ème} siècle, même si dès la fin du XVIII^{ème} siècle un contrôle croissant des naissances se fait jour (10). Yvonne Knibielher décrit bien ce passage d'une maternité subie à une maternité choisie (plus ou moins librement)

¹ Elisabeth Badinter décrit trois discours dans ce plaidoyer pour l'enfant: celui économique (l'enfant a une valeur marchande), celui philosophique (avec Rousseau notamment) et celui de responsabilisation et de valorisation des femmes. Voir Badinter E. L'amour en plus, histoire de l'amour maternel (XVII^e-XX^e siècle) (1981). Paris: Flammarion; 1980. p. 153-216.

grâce notamment à la diffusion d'une contraception efficace (11). Pourtant, le contrôle sur la procréation s'exerce en France bien avant les années 1970 et la diffusion des pilules contraceptives. Tout au long du XIX^{ème} siècle déjà, la prévention des naissances, surtout grâce au coït interrompu, s'installe dans les foyers et permet de contrôler la taille des familles, d'autant que la mortalité infantile reste élevée jusqu'au début du XX^{ème} siècle¹ (12). La prévention des naissances s'installe lentement, et se répand de façon irrégulière et indécise durant le XIX^{ème} siècle et jusqu'au milieu du XX^{ème} siècle. Dans le discours médical, le recours à la contraception fût tantôt dénoncé tantôt défendu. Ainsi en 1885 le Dr Montalban pouvait menacer de fraude conjugale les couples qui recouraient au coït interrompu alors qu'en 1856 le Dr Bertillon en appelait à un rationalisme anticlérical : « On pourrait ne pas comprendre pourquoi l'homme, (...) qui répudie en toute chose l'abandon irréflecti aux mouvements instinctifs de la passion, doit abandonner une règle qu'il tient pour sensée quand il s'agit de l'acte le plus grave qu'il soit appelé à faire : la procréation d'un être humain »². Durant le XIX^{ème} siècle, pas moins de trois discours contre le contrôle des naissances vont se succéder : le recours aux arguments moraux (l'onanisme est immoral selon le clergé), puis l'argument prophylactique (l'onanisme est source de diverses maladies) et enfin la menace de la guerre et le risque d'invasion (14). La pratique contraceptive reste aléatoire et difficilement acceptée, de sorte que la courbe de natalité décline durant le XIX^{ème} siècle mais de façon irrégulière. La loi Neuwirth, qui légalise en 1967 l'usage de la pilule contraceptive en France, accélère ce mouvement de contrôle des naissances déjà initié un siècle plus tôt et opère une véritable révolution dans le rapport des femmes à la maternité.

De même que la contraception, l'interruption volontaire de grossesse (IVG), légalisée en France en 1975 par la loi Veil, permet un contrôle des naissances plus sûr et participe à la transformation du modèle de la maternité. Il est intéressant de noter que le taux d'IVG est stable en France depuis 1975 (aux environs de 15% femmes de 15-49 ans en 2010 selon l'INED). Pourtant cette stabilité cache une double évolution : la diminution des grossesses non prévues (notamment grâce à une meilleure contraception) et l'augmentation du recours

¹La fécondité peut être limitée par divers moyens comme un âge tardif au mariage, l'abstinence, le retrait, le rôle contraceptif de l'allaitement prolongé connu depuis longtemps : voir McLaren A. Histoire de la contraception de l'Antiquité à nos jours. Paris: Ed. Noësis; 1996. 413 p.

² Bertillon L A. Mariage. In : Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales (1856) cité par Knibielher Y. Histoires des mères. Paris : Hachette; 1977. p. 258.

à l'IVG en cas de grossesse non prévue (notamment chez les femmes de moins de vingt-cinq ans) (15). La légalisation de la contraception et la possibilité de l'interruption volontaire de grossesse permettent donc la dissociation - si ce n'est massive - au moins sûre, de la sexualité et de la conception. La planification familiale devient peu à peu le modèle familial dominant même si elle reste souvent à la charge des femmes.

Pour autant, comme le disent Nathalie Bajos et Michèle Ferrand, « la possibilité d'avoir un enfant au moment désiré, ne fournit pas nécessairement un cadre moins contraignant à l'exercice de la maternité ». La perspective planificatrice est en fait assez rigide sur le bon moment de la maternité : ni trop tôt, ni trop tard, ni trop rapprochée, ni trop espacée, ni trop nombreuse, ni unique. Dans cette nouvelle norme procréative, la valorisation de la spécificité maternelle apparaît comme un regain du concept d'instinct maternel : aujourd'hui comme hier la maternité reste en France un attribut essentiel de la femme¹ (17). Pour certaines, cette supposée spécificité maternelle compense probablement symboliquement le retrait de la sphère professionnelle, mais pas matériellement (la mère au foyer ne touche pas de salaire). Les mineures enceintes vont à contre courant de cette nouvelle norme qui encadre la reproduction, et par là même suscitent une certaine réprobation. La problématique qui nous occupe est donc liée à celle de la valeur de la maternité, mais aussi à celle de la place de l'enfant.

L'évolution du rapport à l'enfant est également un facteur d'importance dans la façon dont on peut juger les grossesses chez l'adolescente. L'historien Philippe Ariès nous rappelle qu'une évolution sur plusieurs siècles fût nécessaire pour que s'ancre dans la société le sentiment de l'enfance (18). Ariès situe l'apparition de cette « famille moderne » vers la fin du XVIII^{ème} siècle. Il définit cette « famille moderne » par l'amour, la tendresse et le sentiment d'intimité qui unissent ses membres, notamment grâce à l'amour maternel (19). Ce nouveau modèle familial s'oppose à l'idéologie familiale du XVI^{ème} siècle où l'enfant n'a que peu de place : au mieux, il est insignifiant et traité par le mépris, au pire il gêne voire fait peur. C'est dire si pour passer de cet enfant là à l'irremplaçable enfant d'aujourd'hui, il aura fallu du temps. Dans notre société, l'enfant n'est plus insignifiant mais porteur d'espoirs pour les parents, il n'est plus une gêne mais un accomplissement, il n'est plus un fardeau

¹ L'infécondité volontaire est en effet rare, surtout chez les femmes, et elle reste stable d'après l'enquête *Fecond* de l'INED et de l'INSERM: 4.3% des femmes déclarent ne pas avoir et ne pas vouloir d'enfant en 2010. Voir Debost C, Mazuy M, et équipe de l'enquête *Fecond*. Rester sans enfant : un choix de vie à contre courant. Population et sociétés. Février 2014 ; numéro 508.

mais une gratification. La reconnaissance de « ce que l'on doit » à l'enfant en termes de conditions de vie et d'éducation évolue parallèlement à la possibilité de choisir le moment de l'arrivée de l'enfant (20).

La maîtrise de la procréation semble entraîner une grande liberté. Pourtant cette liberté ne va pas sans une soumission de fait aux conditions jugées socialement idéales pour l'accueil d'un enfant. L'enfant doit s'intégrer dans un projet parental construit qui s'éloigne difficilement de la norme sociale¹ (21). Avoir un enfant trop tôt est ressenti comme un handicap majeur par la société, surtout si la grossesse interrompt les études, et la maternité précoce est désapprouvée car l'enfant à naître risque de souffrir de l'absence de maturité de sa mère (22). L'analyse de l'étude GINE sur les motifs de recours à l'IVG montre que chez les moins de vingt-cinq ans, le recours à l'IVG est significativement plus élevé chez les femmes disposant de capitaux sociaux potentiellement rentables (haut niveau de qualification) (22). Ce recours est alors motivé par les études ou le début d'une vie professionnelle exigeante. En revanche, chez ces mêmes femmes, la contrainte professionnelle n'apparaît plus statistiquement liée au recours à l'IVG dès lors qu'elles ont atteint l'âge socialement valorisé pour avoir un enfant (à savoir au-delà de vingt-cinq ans et en deçà de trente-cinq ans) : autour de trente ans la négociation entre l'investissement professionnel et la maternité devient plus difficile.

On comprend la force de ce discours en observant l'opprobre jetée sur les voix discordantes. Les adolescentes, plus spontanées, moins formées à la frustration, moins imprégnées de ce discours, témoignent plus volontiers de la difficulté à être mère. Les adolescentes enceintes expriment facilement le conflit qui existe entre leur intérêt et celui de l'enfant. C'est peut-être une des raisons de leur rejet : elles risquent de nous montrer trop crûment le sacrifice que peut représenter la maternité. Parallèlement donc à la modification des rapports entre sexualité et conception, la prise en compte toujours plus grande de l'enfant ordonne aux parents (et surtout à la mère) de réunir les conditions idéales d'accueil d'un enfant : situation sociale notamment avec un emploi, situation économique pérenne, et stabilité affective avec le conjoint sont les pré-requis. Les futures mères adolescentes évaluées selon

¹ Les résultats de l'étude qualitative GINE en 2000 montrent que les femmes qui se trouvent dans une relation occasionnelle n'envisagent quasiment jamais de poursuivre une grossesse, et les données quantitatives de l'étude Cocon en 2004 confirment que le cadre de la relation est un facteur déterminant dans la décision de poursuivre ou non la grossesse. Voir les présentations des études GINE et Cocon par Bajos N, Leridon H et Job Spira N. Dans *Population-F*. 2004 ; 59(3-4) :409-418

ces critères d'une parentalité « intelligente » ont peu de chances répondre à ces critères. La juxtaposition même des termes « mère » et « adolescente » en souligne le caractère paradoxal : la maternité est déterminée comme un rôle d'adulte responsable et l'adolescence renvoie dans l'imaginaire social aux supposées immaturité, instabilité et inconséquence de l'adolescence, incompatibles donc avec la maternité. Pourtant la sociologue Charlotte Le Van, nous rappelle qu'il faut être vigilant à ne pas homogénéiser abusivement des situations individuelles diversifiées, sous le prétexte d'une supposée spécificité de l'adolescence (23).

La grossesse précoce ne date pas d'aujourd'hui, les moyens de l'empêcher ou de l'interrompre non plus. Pourtant l'impact social n'est plus le même, la nature du problème posé non plus. Pendant une longue période, jusqu'à la fin des années 1960 environ, c'est la grossesse illégitime qui est donnée comme problématique, c'est-à-dire la grossesse hors mariage. A l'intérieur même de ces grossesses illégitimes, le curseur de la culpabilité va progressivement se déplacer du bâtard sur les mères illégitimes, que l'on nommera les « filles-mères » à partir du XVIIIème siècle. Durant le bas Moyen Age déjà, il existe des témoignages montrant que les bâtards n'étaient plus systématiquement rejetés de la communauté (24). C'est à partir du XVIème siècle, sous l'influence des autorités ecclésiastiques avec la Réforme Protestante et la Contre-Réforme catholique que la situation des mères illégitimes s'aggrave. De ce fait, à mesure que le scandale de leur état grandit, les abandons, les avortements et mêmes les infanticides augmentent au XVIIIème et jusqu'au milieu du XIXème siècle¹ (25). Même si l'abandon n'est pas réservé aux enfants illégitimes, pour ces derniers les chances de survie ne sont pas les mêmes que pour les nourrissons issus de couples mariés² (26). Ce n'est donc pas tant la maternité précoce qui pose problème sous l'Ancien régime, que l'illégitimité de ces enfants. Au XIXème siècle, dans le Code Civil napoléonien la nubilité des jeunes filles est fixée à quinze ans quand celle des garçons est de dix-huit ans (27). Il faudra attendre 2006 pour que la nubilité des filles comme des garçons soit fixée à la majorité. Néanmoins, des dispenses d'âges pour motifs graves (la plupart du temps une grossesse) peuvent toujours être accordées par le procureur de la République

¹ D'après les travaux d'Armangaud. L'attitude de la société à l'égard de l'enfant au XIXème siècle. Annales de démographie historique. 1973. p.308, cité par E.Badinter dans L'Amour en plus (1980).

² Y.Knibielher rapporte que « jusqu'en 1626, la Charité [Hospices lyonnais recevant les orphelins après l'âge de 7 ans] ne recevait pas les enfants illégitimes, qui étaient donc mis à la rue à sept ans ». Knibielher Y. Histoire des mères. Paris: Hachette; 1977. p. 130.

(28). Au XIX^{ème} siècle, c'est l'honneur des parents qui est en jeu dans la sexualité de leur fille. Pascale Quincy Lefebvre écrit : « [la jeune fille] ne doit pas fréquenter à un âge jugé trop précoce ou sans l'autorisation de ses parents. Son comportement doit révéler son innocence des questions sexuelles. [...] Certains parents vivent dans l'attente de la faute, dans le soupçon perpétuel, et cette crainte explique, par ailleurs, l'importance des placements préventifs dans des institutions congréganistes» (29). Pourtant, dès le début du XX^{ème} siècle, la condition des filles-mères évolue. Dans les années 1920, des « abris maternels » et autres refuges pour filles-mères se développent. On pense toujours que la recherche de paternité est la première des solutions à envisager mais petit à petit des « caisses de secours » et l'Etat se substituent aux pères absents ou inconnus, offrant aux filles-mères des solutions matérielles inédites. Le système patriarcal commence à s'ébrécher, bien que le problème de la maternité précoce reste celui de l'illégitimité jusque dans les années 1960 : si une adolescente est enceinte, et le père connu, la solution est le mariage.

b- Le discours médical appuie l'évolution de la norme procréative :

Jusqu'au milieu des années 1970-1980, ce sont les risques obstétricaux supposés des grossesses chez l'adolescente qui sont mis en avant par le corps médical. L'attention est focalisée sur le risque périnatal élevé autant pour la jeune mère que pour l'enfant. Ce risque augmente d'ailleurs avec le jeune âge de la mère, ce qui est censé attester du lien de causalité entre le risque et l'âge. Nombre de publications dressent un inventaire alarmant des complications : hypertension artérielle, éclampsie, anémie, prématurité, hypotrophie fœtale, malformations, mortalités maternelle et infantile plus élevées, pour ne rapporter que les plus citées (30,31). L'accent est mis sur les risques tenant à l'immaturité biologique et affective des jeunes filles. On insiste beaucoup sur l'absence de suivi de ces grossesses, qui serait due au jeune âge. Le Dr Agnani déclare, à tort, que la plupart de ces grossesses seraient cachées ou méconnues et se dérouleraient de mauvaises conditions hygiéniques (alimentation restreinte, tabagisme, poly-intoxication) du fait de l'inconséquence des futures mères (32). Par ailleurs, dans les années 1980, l'IVG chez les adolescentes est présentée comme particulièrement néfaste pour la jeune fille, surtout du fait d'un prétendu risque de stérilité ultérieure. Dans ce contexte, la prévention primaire, c'est-à-dire les mesures visant à empêcher ses grossesses précoces, est la priorité.

Néanmoins, dès la fin des années 1980, plusieurs enquêtes épidémiologiques, plus rigoureuses, révéleront qu'à niveau socio-économique et état matrimonial égal les grossesses des adolescentes ne présentent pas plus de risques périnataux (ni pour la mère ni pour l'enfant) que celles de leurs aînées (33). L'âge n'est donc pas le facteur déterminant de l'évolution de la grossesse et du déroulement de la période périnatale. Il semble que les conditions de vie (notamment les conditions économiques et la structure familiale) des futures mères le soient bien plus sûrement. Lorsque des soins et un accompagnement de qualité sont donnés, le pronostic de ces grossesses est comparable à celui observé chez les femmes adultes.

Après avoir insisté sur le risque obstétrical et néonatal, le corps médical a ensuite évoqué les mauvaises conditions d'accueil de l'enfant. Ce glissement d'un risque biomédical à un risque psychosocial s'observe dans le discours médical à partir des années 1980. Obstétriciens, pédiatres et pédopsychiatres prédisent un risque plus grand de maltraitance (voire d'infanticide), d'instabilité affective, de placement de l'enfant, d'interruption des études pour la mère, de multiparité (34). Les propos se font parfois violents. Ainsi le Dr M. Renaud affirme que : « le niveau socio-économique souvent particulier, l'immaturation affective (et parfois l'état franchement débile) méritent d'être pris en considération pour l'avenir de l'enfant » (35). Pourtant là encore le jeune âge ne semble pas le facteur explicatif essentiel. Le sociologue F. Furstenberg et son équipe ont suivi sur dix-sept ans, trois cents mères adolescentes et leurs enfants nés au milieu des années 1960 aux Etats-Unis : la plupart des jeunes mères ont fait face aux difficultés sociales, ont atteint un niveau scolaire satisfaisant, un emploi et une indépendance économique (36). De même, S M. Horwitz et son équipe observent sur vingt ans de suivi, une évolution majoritairement favorable (37). Les situations difficiles semblent dues à la médiocrité des conditions sociales qui préexistaient à la grossesse. En France, l'enquête de C.Aubry et son équipe à la maternité de Nancy offre des perspectives également rassurantes tant sur le plan biomédical que psychosocial : « nous avons rencontré, dans des proportions non négligeables, des mineures ayant choisi de débiter une grossesse, vivant une relation de couple stable et gratifiante, et semblant suffisamment matures pour jouer leur rôle de mère » (38). Il reste néanmoins difficile de s'imaginer que des adolescentes puissent choisir, de manière autonome et réfléchie, d'avoir un enfant, au détriment pense-t-on de leur avenir professionnel et du bien-être de l'enfant.

Si aujourd'hui l'on a abandonné presque totalement le modèle pathologique des maternités adolescentes, celles-ci questionnent toujours le corps médical et peinent à sortir du drame. Finalement, c'est le mauvais choix, le « mauvais projet » ou l'absence de projet qui apparaît comme le problème majeur des adolescentes enceintes. Ainsi le Pr Deschamps déclare que : « [...] la conception de l'enfant, le déroulement de la grossesse, ont été le plus souvent le fait d'un projet sur soi-même et non pas d'un projet sur l'enfant. Plus encore que la femme adulte, l'enfant à naître a été idéalisé, imaginé comme valorisant » (39). On est en droit de se demander si ces difficultés ne sont pas les mêmes que celles rencontrées par la femme adulte. Peut-être qu'elles ne sont que plus bruyamment exprimées par l'adolescente, ou bien plus souvent relevées par le corps médical.

Le discours médical appuie donc volontiers la norme sociale procréative de tout le poids de son savoir scientifique. Il semble même qu'aujourd'hui, le phare de la critique se déplace sur une autre borne de la norme procréative : les grossesses tardives. Celles-ci deviennent, comme les grossesses adolescentes, un véritable problème de santé publique¹. Très dogmatique, le discours médical est facilement stigmatisant pour les jeunes adolescentes enceintes qui bousculent l'ordre établi.

c- Le droit face à la liberté sexuelle de l'adolescente :

L'attitude du droit est très normative mais de portée limitée : les comportements ne se conforment pas nécessairement aux règles énoncées par le législateur. En droit, le mineur est un incapable, pourtant le Code Civil laisse entrevoir des domaines où ce mineur n'est pas entièrement dépourvu de l'exercice de ses droits (40). Sur le plan civil, l'autorité parentale donne le devoir et le droit aux parents de l'enfant mineur de surveiller les fréquentations de leur enfant, d'en interdire certaines et d'en tolérer d'autres (41). Le Code Pénal fixe un seuil d'âge à l'autonomie sexuelle : quinze ans (42).

Face à la grossesse de l'adolescente, le droit offre plusieurs réponses. En cas de poursuite de la grossesse et d'accueil de l'enfant, le droit de la filiation est appliqué indistinctement, que les parents soient mineurs ou majeurs (43). Chacun des deux parents pourra établir

¹ Pour plus de précisions sur la question des grossesses tardives, voir notamment : Blondel B, Supernant K, Kermarrec M. Les maternités en 2010 et leur évolution depuis 2003, Enquête nationale périnatale; Leridon H. Can assisted reproduction technology compensate for the natural decline in fertility with age. 2005 ; Bellaish J. Ethique et assistance médicale à la procréation. Rev Prat. 2014 Fev

volontairement un lien de filiation avec l'enfant et si le père ne le fait pas, la mère peut exercer une action en recherche de paternité naturelle (44). Si la grossesse est poursuivie mais que l'adolescente ne souhaite ou ne peut accueillir l'enfant, la procédure d'abandon est une possibilité, sous réserve que celui-ci se déroule dans les conditions définies pour l'adoption ou pour la remise au Service d'Aide Social à l'enfance. Comme chez l'adulte, l'accouchement pourra alors se faire soit anonymement soit avec indication du nom de la mère voire du père.

Enfin, si l'adolescente décide de ne pas poursuivre sa grossesse, une interruption volontaire de grossesse peut être pratiquée, comme chez l'adulte, jusqu'au terme de 14 semaines d'aménorrhée, et ce sans l'accord des parents de l'adolescente (45). *A contrario*, une IVG ne peut être imposée à l'adolescente sous peine d'emprisonnement de cinq ans et 75 000 euros d'amende (46).

2/Réalités épidémiologiques du phénomène de la grossesse précoce:

Après avoir parcouru les discours social et médical qui participent de la construction du phénomène des « grossesses adolescentes », nous souhaitons faire un point sur le contexte épidémiologique de ces grossesses.

Dans un premier temps, il nous faut rendre compte des difficultés méthodologiques rencontrées dans la quantification de ce phénomène. Ces difficultés nous invitent à considérer avec la plus grande prudence le fétichisme du chiffre que l'on rencontre chez bien des auteurs.

La statistique publique est produite en France par de nombreux organismes, qui n'ont pas les mêmes sources pour leurs données, et qui n'organisent pas leur décompte de la même manière. Ainsi selon la source que l'on utilise, les chiffres diffèrent et ne peuvent être comparés entre eux car ne recouvrent pas les mêmes réalités. L'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques) établit des statistiques générales sur les populations. En ce qui concerne les maternités précoces, l'INSEE se base sur les données de l'état civil (naissances vivantes ou mort-nés) et les déclarations d'IVG. Les Services Statistiques Ministériels (SSM) produisent, selon leur champ de compétences, des statistiques sectorielles : dans le domaine de la santé et de la solidarité, c'est le cas de la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques). La particularité de la DREES concernant les grossesses précoces est qu'elle identifie les

naissances à partir du certificat de santé du huitième jour (exploitation des données du Service des statistiques, des Etudes et des Systèmes d'Informations ou SESI) et les déclarations d'IVG. L'INED (Institut National des Etudes Démographiques) est le troisième organisme public à fournir des données statistiques sur la population. L'INED utilise les mêmes sources que l'INSEE, en fournissant des données plus détaillées.

La deuxième difficulté tient à la question spécifique de la statistique des grossesses. En France, il n'existe pas de statistique sur les déclarations de grossesse. Le phénomène est donc comptabilisé à partir de l'évènement « fin de grossesse », à savoir : une naissance vivante ou non, ou bien une interruption volontaire de grossesse. La fausse couche spontanée est un évènement qui n'est pas décompté de manière précise, mais extrapolé à partir des autres chiffres. La somme des évènements « naissance », « IVG » et « fausse couche spontanée » permet d'approcher le nombre de grossesses sur une période donnée : c'est la notion de conception qui somme toute reste approximative. Quand à notre question des grossesses chez l'adolescente, la détermination de l'âge de la mère est une difficulté supplémentaire. En toute rigueur, ne sont comptabilisées comme « grossesses adolescentes » que les grossesses survenant chez des jeunes filles de moins de dix-huit ans. Mais comme le phénomène grossesse n'est appréhendé qu'au terme de la grossesse, une partie des jeunes filles qui commencent leur grossesse avant l'âge de dix-huit ans seront exclues des statistiques. Cette difficulté est d'autant plus difficile à corriger que la durée de gestation n'est pas la même selon l'évènement comptabilisé : lors d'une naissance à terme, la durée de gestation a été globalement de neuf mois, mais lors d'une IVG, elle oscille entre un et trois mois, et chez les enfants mort-nés elle oscille entre six et neuf mois. La sociologue Charlotte Le Van nous donne un exemple : « [pour les]jeunes femmes qui débutent une grossesse à l'âge de dix-sept ans et quatre mois : celles qui mèneront leur grossesse à terme accoucheront majeures et n'apparaîtront pas (contrairement à leurs homonymes ayant recours à une IVG) dans le décompte final du nombre de grossesses mineures » (47). Le recours à des équations de redressement est nécessaire pour corriger cette erreur, ou bien les évènements sont présentés selon une fourchette d'âge plus large ou plus étroite, mais à chaque fois différente, rendant les études comparatives difficiles.

Enfin la troisième difficulté tient au classement selon l'âge de la mère. Charlotte Le Van souligne que les chiffres du SESI (puis de la DREES) à propos des grossesses chez les mineures sont 40% supérieurs à ceux fournis par l'INSEE et l'INED (48). Ainsi en 2011, si l'on

considère le nombre de naissances vivantes chez les jeunes filles de moins de dix-huit ans : 3440 selon l'INSEE et 5046 selon la DREES (soit une différence de 47%). Cela est dû à une comptabilité différente de l'âge de la mère. L'INSEE (et l'INED), à partir du bulletin des naissances, calcule l'âge de la mère par la différence entre l'année de naissance de l'enfant et l'année de naissance de la mère, soit l'âge atteint par la mère dans l'année civile de naissance de l'enfant. Le SESI s'exprime lui en années révolues de la mère au moment de la naissance de l'enfant, qui est inférieur donc à la mesure pris en compte par l'INSEE. Par exemple, pour une jeune femme née le 1^{er} décembre 1992, et qui met au monde un enfant en octobre 2010, on estimera qu'elle est âgée de dix-sept ans si l'on calcule en années révolues, ou bien de dix-huit ans si l'on considère son âge atteint dans l'année civile de naissance de son enfant. En ce qui concerne les maternités précoces, le calcul en années révolues semble une meilleure approche ; pourtant démographes et statisticiens s'accordent à dire que les données de l'INSEE et de l'INED sont les plus robustes.

Les maternités précoces sont en recul en France depuis quarante ans, comme d'ailleurs presque partout dans le monde. La fréquence des maternités précoces a été divisée par quatre dans les années 1970 et 1980, notamment grâce à la diffusion de la contraception et de l'IVG.

En France, depuis le début du XX^{ème} siècle, on peut distinguer plusieurs périodes à propos des grossesses précoces. Une première période, jusqu'au début des années 1970 où les taux de fécondité précoces augmentent régulièrement, parallèlement à l'abaissement de l'âge au mariage et aussi à l'augmentation de la fréquence des conceptions pré-nuptiales (49). Une deuxième période du milieu des années 1970 environ à la fin des années 1990 marque la chute massive de la fécondité des adolescentes. A partir de 1973, les taux de fécondité précoce, c'est-à-dire le nombre de naissances pour 100 femmes de chaque âge (quinze ans, seize ans, etc.), diminuent rapidement à la suite de la diffusion des textes d'application de la loi Neuwirth (votée en 1967) puis de la loi Veil (en 1975), et parallèlement au recul de l'âge de fin d'études des jeunes filles, du mariage (ou de la mise en couple) (50). Sur la période de 1980 à 1997, le nombre de conceptions de femmes mineures (naissances + IVG) est passé selon les estimations de l'INED de 20 710 en 1980 (soit un taux de 35 grossesses pour 1000 adolescentes de quinze à dix-neuf ans) à 13 192 en 1997 (soit un taux de 19 grossesses pour 1000 adolescentes). Cette diminution recouvre une double évolution : moins de conceptions (passage du taux de 35 à 19‰), mais un recours plus fréquent à l'IVG en cas de grossesse

chez une mineure. Le taux de conceptions ayant abouti à une naissance vivante est de 28 pour 1000 adolescentes en 1980 (soit 10 000 naissances) et diminue à 11 pour 1000 adolescentes en 1997 (soit 4000 naissances), quand le taux de conceptions ayant abouti à une IVG est resté stable à 23 pour 1000 adolescentes de quinze à dix-neuf ans (entre 9000 et 10 000 IVG) (51). On peut d'ores et déjà dire que la situation clinique rencontrée, de l'adolescente désirant garder sa grossesse est la moins fréquente : en 1997, plus de deux tiers des conceptions chez l'adolescente aboutissent à une IVG, les adolescentes qui deviennent mères ou souhaitent le devenir sont une minorité.

Enfin, depuis la fin des années 1990, le taux de grossesses précoces reste globalement stable (même s'il semble diminuer légèrement depuis 2010) soit un taux d'environ 18‰ (correspondant à 13 000 grossesses par an, 3500 naissances et 8500 IVG), malgré l'introduction à la fin des années 1990 de la contraception d'urgence et l'augmentation de ses utilisatrices (50,52). Encore faut-il noter que la situation est très différente selon que l'on considère les jeunes filles dans leur dix-septième et dix-huitième année, ou celles de quinze ou seize ans. 50% des naissances chez les mineures ont lieu entre dix-sept et dix-huit ans (53).

Le déclin de la fécondité chez les adolescentes s'inclut dans le déclin de la fécondité globale des femmes, dans une société qui accorde à la qualification et à l'activité professionnelle féminines une part croissante. Le Dr Susheela Singh, sociologue, a établi en 1996 une classification de la grossesse précoce dans les pays développés, révélant une hiérarchie allant des pays à très faible taux de grossesse précoce (<20‰ adolescentes) dont la France à des pays à très fort taux de grossesse précoce (>100‰ adolescentes) comme la Russie et les Etats-Unis (93‰). Parmi les pays développés dont le taux de grossesse précoce est plus faible qu'en France on retrouve : les Pays Bas (9‰), le Japon (10‰), l'Italie (12‰), la Belgique (14‰) et l'Allemagne (16‰) (54).

La maternité précoce reste donc un phénomène de faible ampleur en France, quoiqu'en disent certains (55). Cette tendance systématique à orienter les chiffres à la hausse, ou à les présenter de façon alarmante a été relevée par C. Le Van (56). Selon elle, il ne s'agit pas là uniquement de difficultés méthodologiques mais bien d'une volonté délibérée des auteurs.

2^{ème} partie : Les hypothèses explicatives : une tentative de modélisation de la grossesse chez l'adolescente.

1/ Les hypothèses du corps médical :

Depuis les années 70, plusieurs arguments sont mobilisés par le corps médical pour fournir une explication aux grossesses adolescentes et à leur prétendue multiplication. Ces différentes hypothèses servent de bases à diverses recommandations pour lutter contre ces grossesses précoces.

On utilise d'abord des arguments physiologiques. L'avance en âge de la puberté augmente le risque de grossesse précoce d'une part car ces jeunes filles sont fécondables plus tôt, et d'autre part car la précocité de leur développement physique s'accompagne d'une précocité dans les comportements sexuels (57). Ce phénomène s'inscrit dans un mouvement plus général d'accélération de la croissance, commun à tous les pays développés depuis le milieu du XX^{ème} siècle. L'amélioration des conditions de nutrition, d'hygiène, et les progrès de la thérapeutique contribuent à un développement physique plus rapide de l'enfant. Ainsi, l'âge de la puberté (repéré par les ménarches) chez les filles se situe vers 12 ½ ans en moyenne en France en 1994, alors qu'il était de seize ans en moyenne à la fin du XVIII^{ème} siècle (58). Quant à l'âge de la puberté chez les garçons, il est moins étudié et pose plusieurs problèmes méthodologiques. On estime néanmoins qu'en 1994, l'âge de la puberté chez les garçons (repéré par la mue de la voix) est de quatorze ans (58).

Les jeunes filles sont donc pubères plus précocement que leurs aînées. Mais les premières relations sexuelles ont-elles pour autant lieu à un âge de plus en plus jeune ? Cette précocité dans les comportements est même sans commune mesure avec celle du développement physique. L'écart d'âge entre les adolescentes de 1975 et leurs aînées en termes d'accès à la puberté est de moins de un an, quand il est semble-t-il de trois ans pour les relations sexuelles. Dans les années 1960 et 1970, l'âge médian des femmes au premier rapport sexuel a effectivement beaucoup baissé passant de 20.6 ans en 1950 à 19.2 ans en 1972 puis 17.6 ans en 1985 (60). Cependant, en France, au début du XXI^{ème} siècle, l'âge médian du premier rapport sexuel est de 17.5 ans pour les filles et 17.2 ans pour les garçons, un chiffre stable depuis 1985 (59), après une baisse importante surtout chez les filles. Les comportements sexuels sont donc plus précoces, mais sont-ils inconscients pour autant? La

presse médicale des années 1970-1980 n'a de cesse de pointer du doigt cette liberté sexuelle nouvellement acquise par les adolescents, considérée comme nécessairement inconséquente¹ (57). La « banalisation des relations sexuelles », censée caractériser la société nouvelle de la fin des années 1960, est un facteur explicatif souvent invoqué dans la littérature médicale. L'hyper-sexualisation de la société est dénoncée par les médecins. Certains auteurs théorisent même sur un véritable « vagabondage sexuel » (61). Le discours médical a du mal à se dégager des accents moralisants et stigmatisants, même chez les praticiens les plus tolérants² (57). Ce discours s'inscrit d'ailleurs dans une défiance générale de la société vis-à-vis de la jeunesse, comme en témoigne la création en mai 1963 du Comité National des Clubs et Equipes de Prévention de l'inadaptation sociale de la jeunesse, destiné à lutter contre toutes les formes de délinquance de la jeunesse (dont les comportements sexuels inadaptés).

Un premier facteur explicatif aux grossesses précoces est donc celui d'une hypersexualité non contrôlée chez les adolescentes, appelant ainsi à une attitude plus ferme envers ces comportements dangereux. Le second type d'argument mobilisé par le corps médical est celui du défaut de connaissance des jeunes filles de leur corps et de la contraception. La réponse sera alors éducative, notamment en termes de sexualité. Plusieurs hypothèses sont avancées quand à l'absence de maîtrise de la contraception. Depuis les années 1980, il semble difficile d'échapper à un message sur la contraception et la protection des rapports sexuels. L'irrégularité des rapports, la spontanéité, la peur des effets secondaires de la pilule contraceptive et le défaut d'information par les parents sont les raisons les plus souvent avancées pour expliquer le refus ou les échecs de cette contraception. Une étude comparative des échecs de contraception chez les adultes et les adolescentes en 1992 montre que le mésusage du préservatif est significativement plus élevé chez les adolescentes (17,8 % contre 11,5 % chez les adultes) et que l'absence totale de

1 Citons notamment le Dr Deschamps, pourtant parmi les plus modérés, qui affirme en 1976 que les jeunes sont : « Libres de suivre des modes qu'ils n'ont pas fait naître, libres de traîner ensemble dans leur inactivité, libres d'utiliser les sous-sols de tous les grands ensembles d'habitation à des coucheries, par deux ou en groupe, et d'où naîtront peut-être des enfants... ». (57)

2 Citons à nouveau le Dr Deschamps : « L'idéal reste évidemment de parvenir, grâce à une éducation familiale et morale bien conduite, à une parfaite maîtrise de la sexualité par les adolescents et à une abstention de relations sexuelles avant le mariage ou, au moins, avant qu'elles ne puissent avoir la dimension d'une relation totale, adulte et mutuellement enrichissante. » (57)

contraception est elle aussi significativement plus élevée (9,4 % contre 3,6 % chez les adultes) (62).

Cependant, les enquêtes récentes nous indiquent qu'une part non négligeable des maternités chez les adolescentes pourrait être désirée. Ainsi, en 2004, Bajos, Durand et Ferrand rapportent que moins de 5 % des mères de moins de vingt ans déclarent la naissance de leur enfant non désirée (63). Il semble également que la majorité des grossesses précoces menées à leur terme ne sont pas le fait du dépassement des délais de l'IVG.

2/ L'apport de la psychologie et de la psychanalyse :

L'adolescence est une période d'autonomisation, notamment par rapport à la famille et aux parents. Ce processus est marqué par des moments de fortes tensions psychologiques autour de la problématique œdipienne.

Le désir, inconscient, de grossesse et/ou d'enfant, est chez la jeune fille un symptôme de difficultés dans la construction de son identité psycho-sexuelle et dans son individuation par rapport à la mère. A l'inverse du discours médical classique de « l'accident », psychiatres et psychanalystes avancent la thèse inédite dans la littérature médicale de la grossesse désirée, le plus souvent inconsciemment.

Tout d'abord, dans la structuration de l'identité psycho-sexuelle chez l'adolescente, la grossesse permettrait de s'assurer de la fonctionnalité de ses organes sexuels. En effet, contrairement au jeune garçon, pour l'adolescente la question de l'intégrité de ses organes de reproduction et de sa fertilité reste entière malgré la masturbation ou les relations sexuelles (64).

Dans les années 1970, la psychanalyse s'est emparée de la question des grossesses chez l'adolescente, sur le registre de la psychopathologie. La psychanalyste Hélène Deutsch considère par exemple que ces jeunes filles présentent une structure de personnalité particulière qu'elle nomme infantilisme, fixée au stade pré-œdipien (65). Les grossesses précoces seraient donc la conséquence d'un trouble de la maturation affective de la jeune fille, d'une impossibilité pour elle de dépasser autrement le conflit œdipien qui lui fait désirer un enfant du père, face à une mère étouffante et insuffisamment aimante. Le partenaire serait donc comme un substitut fantasmatique du père (39). Les mauvaises relations à la mère dans l'enfance et les carences affectives et éducatives sont souvent

évoquées. Le psychiatre D. Marcelli affirme même que : « Toutes les enquêtes sans exception montrent que les jeunes mères mineures ont souffert dans leur enfance de conditions de vie difficiles et de mauvaises relations avec leurs parents, la mère en particulier » (64). Ce sont donc les expériences infantiles insuffisamment structurantes de ces jeunes filles qui occasionnent des troubles de personnalité les rendant particulièrement vulnérables à une grossesse précoce. La grossesse vient alors combler les carences affectives de l'enfance. Néanmoins, le discours psychanalytique nous enjoint à distinguer le désir de grossesse du désir d'enfant. Ces adolescentes peuvent avoir un très vif désir de grossesse sans désir d'enfant ou sans parvenir à imaginer cet enfant autrement que comme objet d'un amour qui leur ont manqué. La psychanalyste M. Bydlowski parle « d'un désir d'enfance qui vient faire irruption dans la réalité du corps plutôt que le désir d'un enfant » (66). Chez ces jeunes filles, la grossesse représente une réparation, la perspective d'un comblement des carences affectives de l'enfance (67). Il conviendrait de mener une réflexion autour de la question du « désir » d'enfant qui semble répondre en réalité parfois à un besoin d'affection, de reconnaissance, d'émancipation (68).

D. Marcelli évoque une dernière catégorie de jeunes filles enceintes caractérisées par l'impulsivité et l'agressivité à l'égard de leur corps : la grossesse y serait un « passage à l'acte » assimilable à un équivalent suicidaire (64). La grossesse est une mise en acte de la rivalité sexuelle envers la mère. En effet, l'adolescence est une période d'autonomisation, et les « passages à l'acte » s'inscrivent dans ce mouvement d'individuation de la jeune fille, notamment par rapport à la famille en général et à la mère en particulier. Ainsi, la grossesse chez l'adolescente est le symptôme d'une crise qui nécessite de s'ouvrir à la dynamique familiale afin de ne pas s'enfermer dans une simple approche individuelle (69).

Le principal apport de la psychologie et de la psychanalyse est de souligner, dans le cheminement de ces jeunes filles, l'existence de tensions psychiques fortes inhérentes au développement de la sexualité et leur recherche désespérée de tendresse et d'affection. Même si la grossesse n'est pas menée à terme, l'enfant fantasmé sera un pôle affectif stable et fort chez une jeune fille cherchant à réparer les carences affectives de l'enfance.

3/ Les perspectives sociales :

On oppose le plus souvent aux adolescentes enceintes une lecture et un discours sans nuance de l'échec : échec de la contraception, de la relation, de l'éducation. Avoir un enfant

trop tôt est ressenti comme un handicap majeur par la société, surtout s'il interrompt les études, et la maternité précoce est désapprouvée car l'enfant à naître risquerait de souffrir de l'absence de maturité de sa mère (22). Les sciences sociales nous offrent une autre lecture, peut-être plus neutre, de cette réalité. Depuis une quinzaine d'années, certains auteurs soulignent même les aspects positifs que peuvent recouvrir la grossesse et l'arrivée d'un enfant chez l'adolescente¹ (70). Ainsi, la grossesse précoce pourrait constituer un moyen d'insertion sociale (dans la scolarité, l'emploi, le couple, la famille) chez des jeunes filles en proie à une problématique constante d'échec, et sous l'influence de stéréotypes féminins traditionnels (71). En effet, à l'heure de la société de projet, où la quête identitaire est fortement valorisée, la grossesse peut apparaître à certaines jeunes filles comme un moyen de reconnaissance sociale (72). La sociologue Charlotte Le Van, reprenant le modèle d'analyse de la pauvreté de son confrère R. Castel, propose d'étudier les grossesses précoces par le biais des différents axes d'insertion dans la société notamment l'insertion scolaire et professionnelle, l'insertion dans le couple, et l'insertion dans la famille (73). Nous reprendrons ces axes pour organiser un modèle explicatif social.

a- La grossesse et l'insertion scolaire et professionnelle :

Plusieurs auteurs s'accordent à dire que la maternité précoce est un frein à la poursuite de la scolarité. Ainsi, les politologues Anne Daguerre et Corinne Nativel, reprenant les données de l'UNICEF de 1996, comparent la situation des mères âgées de quinze à dix-neuf ans à celle âgées de vingt à vingt-neuf ans : 62% des premières ont un niveau d'éducation inférieur au baccalauréat (versus 24% pour les secondes), 60% des mères de quinze à dix-neuf ans sont sans emploi (versus 35% des mères entre 20 et 29 ans) et 50% ont un revenu dans la tranche inférieure de la moyenne nationale (contre 18% pour leurs aînées) (74). Pourtant, une analyse plus rigoureuse des données nous indique que ce ne sont vraisemblablement ni la grossesse ni la maternité qui ont été les facteurs déterminants de leur moins bonne situation socio-économique, même si elles sont à prendre en compte. Ces jeunes adolescentes qui ne recourent pas à l'IVG et deviennent mères, constituent avant même la grossesse une catégorie socio-économique défavorisée. Comme nous l'avons déjà souligné, selon les

¹ Différentes études rapportent les aspects positifs de la grossesse chez l'adolescente, sur l'insertion scolaire, professionnelle, sociale et la stabilisation affective que représente l'arrivée de l'enfant : voir Bailey (2001), Clemmens (2003), Geronimus (1997), Molgat (2004) (70).

résultats de l'étude GINE, les jeunes filles de moins de 25 ans ayant un haut niveau de qualification avortent significativement plus que les jeunes filles ayant un faible niveau d'étude (20).

Néanmoins, et bien que la maternité ne soit pas la seule cause du désinvestissement de la scolarité chez ces jeunes filles, le statut de l'écolière enceinte est difficile. En France, jusqu'en 1975, et malgré un certain assouplissement à partir de 1968, la grossesse reste un motif d'exclusion scolaire. Le chef d'établissement, en accord avec le médecin, avance des arguments sanitaires : la future mère a besoin de repos et de calme. Le renvoi de l'école est d'ailleurs généralement bien accepté par les parents de la jeune fille comme par cette dernière (75). Il atteste en fait d'un rejet plus global de ces adolescentes par la société. Ce n'est qu'en octobre 1975 qu'une circulaire du ministère de l'Education Nationale précise que la situation des jeunes femmes enceintes ou mères ne peut être un motif d'exclusion ou de refus d'inscription. On remarque néanmoins, à travers cette circulaire, la grande crainte que suscitent ces situations : le caractère de provocation ou même d'exemplarité que pourraient avoir ces jeunes filles auprès de leurs camarades (76). La réalité semble toute autre, et l'attitude de la classe est bien souvent empreinte de solidarité et d'une grande délicatesse envers la jeune fille enceinte, qui se sent alors chaleureusement entourée. Au total, ni la grossesse ni la maternité précoce n'excluent un parcours scolaire harmonieux et une stabilisation professionnelle (77). La question de la relation entre devenir socio-économique, parcours scolaire et grossesse fait encore débat. Néanmoins, la grossesse chez ces adolescentes peut être envisagée comme le symptôme et non la conséquence de la vulnérabilité sociale de l'adolescent en général et de ces adolescentes en particulier. Pour certaines, la grossesse et la maternité s'envisageront plutôt de manière positive, comme une bifurcation dans un parcours de vie qui inclut l'accès futur au marché du travail (78). Pour d'autres, la démarche se fait plus négative, avec une maternité qui comble le vide de leur existence et/ou l'absence de projet.

b- La grossesse comme insertion dans le couple, la famille et la société :

La grossesse chez ces jeunes filles prend sens dans leur histoire personnelle mais doit également être mise en lien avec leur histoire relationnelle avec leur partenaire (79). Il s'agit parfois d'un véritable projet de couple. La grossesse vient alors légitimer et « donner du poids » à la relation en créant le couple parental. Elle peut parfois être vue par la jeune fille

comme le moyen d'éprouver l'authenticité et la force des sentiments de son partenaire. La grossesse, même interrompue, est alors le moment privilégié pour inscrire cette relation de couple dans le temps avec les projets d'avenir que suscite la venue d'un bébé. Néanmoins, l'arrivée de l'enfant met ce jeune couple face à des épreuves qu'ils ne parviennent pas souvent à dépasser.

La perspective sociale nous permet de constater que pour beaucoup de jeunes adolescentes, la grossesse peut représenter surtout un moyen de changer de statut. Dans l'impasse sociale où elles se trouvent, la grossesse puis la maternité sont une façon d'évoluer dans une société où elles peinent à trouver une place, une fonction¹ (80). La grossesse chez les adolescentes n'est peut être pas la cause d'un avenir social sombre mais plutôt le symptôme d'un défaut de socialisation de certaines. Sous l'influence de stéréotypes féminins traditionnels, ce besoin d'une reconnaissance sociale qui leur manque peut se traduire par un désir de grossesse (72). Il convient néanmoins de rappeler que, pour toute femme, les raisons que l'on a de porter et de mettre un enfant au monde ne sont pas si évidentes et sont toujours à la croisée de multiples déterminants dont le poids relatif est difficile à estimer. Les adolescentes, comme leurs aînées, sont influencées par leur histoire individuelle mais s'inscrivent aussi dans un contexte socio-économique général. Comme le disait déjà Yvonne Knibielher en 1977 : « (...) devenir mère, c'est autre chose, c'est consentir à la naissance, c'est vouloir mettre au monde un enfant dans un environnement précis, c'est imposer un nouvel être dans le groupe où l'on vit » (81).

c- La construction sociale du concept de « grossesse adolescente » :

Nous avons exploré les perspectives médicales, psychologiques et sociales dans la recherche des facteurs de risques de la grossesse chez les adolescentes. Nous avons pu constater qu'à de nombreuses reprises les tentatives explicatives sont motivées par la recherche de moyens de lutte contre ce phénomène. La perspective est donc souvent utilitariste, et le savoir accumulé sur les grossesses adolescentes est utilisé en partie dans l'élaboration de stratégies de contrôle de ce phénomène considéré comme déviant. Expliquer ou stigmatiser, la limite est parfois ténue. Avec la sociologue C. Le Van, nous pensons que la recherche de facteurs explicatifs des grossesses adolescentes devrait être très prudente pour se prémunir des

1 Sur l'enjeu d'affirmation identitaire voir notamment : Neyrand (1999) (80)

modèles réducteurs et des généralisations abusives (72). Les adolescents ne sont pas un groupe homogène, ni dans leurs comportements, ni dans leur statut social, ni dans leur développement affectif et psychologique. Or le discours général sur l'adolescence leur prête volontiers une nature commune, tendant à occulter les différences d'origine sociale et culturelle, d'environnement et de maturité.

Aujourd'hui, dans les diverses publications savantes, la « grossesse adolescente » est construite comme une quasi catégorie de pensée. Nombre de recherches sur les adolescentes enceintes excèdent la simple description : en produisant des savoirs, elles construisent aussi des catégories (82). A travers ce rôle de production de savoirs, la recherche en sciences sociales influe sur l'attitude sociale dominante vis-à-vis de ces adolescentes. Les discours très normatifs et alarmistes tenus sur ces jeunes filles ne risquent-ils pas de les enfermer et de les figer dans une identité qui n'est pas la leur ? Le philosophe Ian Hacking développe l'hypothèse que les êtres humains ne sont pas indifférents aux catégories dans lesquelles ils sont classés et qu'ils modifient leur comportement en réaction à ces catégories de pensée : c'est ce qu'il nomme le « looping effect » (83). Nous pouvons alors nous demander dans quelle mesure le discours sur les adolescentes enceintes influe sur le comportement des adolescentes elles mêmes. Dans une perspective foucauldienne, J. Wong décrit comment le savoir que nous avons sur ces jeunes filles enceintes produit un profil-type de mères adolescentes (84). Nous ne voulons pas dire que les grossesses adolescentes sont une construction sociale plutôt qu'une réalité. Nous voulons souligner la variabilité de cette catégorie, selon les époques, les investigateurs et le contexte social et culturel dans lequel les « grossesses adolescentes » sont analysées.

3^{ème} partie : Les enjeux éthiques du conflit des normes entre le médecin et la patiente.

L'exposé de la situation qui a motivé ce travail illustre bien ce conflit ayant opposé, d'une part le médecin et la mère de l'adolescente, d'autre part la patiente. Cette opposition a conduit à une impasse sur le plan thérapeutique, relationnel et éducatif. Nous pensons que cette situation est exemplaire du problème que peut poser la rencontre des valeurs du médecin et du patient. En effet, le problème de la normativité dans la relation médecin-

patient dépasse très largement le cas particulier de la grossesse adolescente. Il se pose quotidiennement, et avec une particulière acuité dans le contexte de soin de la médecine générale. Loin d'être accidentel, le conflit des normes dans la relation de soin est nécessaire dans la mesure où l'acte de soin est la rencontre de deux individualités dont les systèmes de valeurs peuvent être très différents voire divergents. Nous avançons ici l'idée que le soin naît, d'une part, de la capacité du médecin à prendre conscience de ce qui constitue, pour reprendre une notion développée par le philosophe de la médecine Georges Canguilhem, la « norme de vie » du patient, d'autre part de la capacité du médecin à prendre en compte cette norme dans sa pratique. En effet, il s'agit là de la définition philosophique du soin à savoir une prise en charge attentive à la subjectivité de l'autre dans ses besoins, ses habitudes, ses affects, et ses valeurs. L'objectif de cette troisième partie sera de proposer une solution pour dépasser le conflit des normes.

Dans un premier temps, nous examinerons deux modèles classiques, mais qui nous paraissent insuffisants, de la relation médecin-patient. D'une part, le modèle paternaliste qui affirme l'autorité du médecin, sa bienfaisance, et la dépendance du patient, ignorant, incapable de décision éclairée. Cette conception a été largement critiquée ces trente dernières années, la société plaidant pour la reconnaissance du statut de sujets des patients et, de manière générale, pour un plus grand contrôle du pouvoir médical. D'autre part, le modèle libéral qui prône l'autonomie du patient, celui-ci étant considéré comme un individu rationnel, autonome et, de fait, indépendant.

Pourtant, aucun de ces deux modèles, censés être totalisants, ne parvient à rendre compte de façon adéquate de la situation de soin en général ni de la situation particulière qui nous occupe. En effet, l'adolescente ne peut ni être considérée comme un individu indépendant et pleinement autonome¹, ni être pensée dans un modèle paternaliste niant sa capacité décisionnelle. On voit bien ici que le cœur de la problématique est l'autonomie du patient. Si, à première vue, la situation de l'adolescente met en tension de façon particulière le concept d'autonomie, la nécessité de penser à nouveau cette question ne se limite pas à la situation de la grossesse adolescente, mais nous semble généralisable à toutes les relations de soins.

¹ Il ne s'agit pas de nier la capacité d'autodétermination de l'adolescente mais plutôt de souligner un certain degré de dépendance à la cellule familiale, scolaire, amicale.

Dans un deuxième temps donc, nous montrerons qu'une alternative souhaitable s'appuie sur le concept d'autonomie relationnelle qui fonde l'autonomie sur les caractéristiques de la relation médecin-patient, et non sur des caractéristiques propres à l'individu. En effet, faire de l'autonomie, et de son respect, une dimension individualiste ne nous semble pas satisfaisant : dans le domaine de la santé, le choix est rarement indépendant mais peut être autonome. Certains concepts issus des théories féministes du *care*, appliqués au champ de la médecine, nous paraissent particulièrement pertinents pour structurer cette éthique de la relation.

Enfin, nous verrons que cette position du *care* n'est pas pour autant naturelle. Et la solution qu'elle apporte ne serait que théorique si les moyens d'une « éducation du thérapeute » n'étaient pas abordés. Nous nous demanderons donc comment rendre possible une pédagogie de la relation médecin-malade, notamment à travers ce que nous nommons la réflexivité narrative.

1/ Les limites de l'autonomie comme principe éthique :

Il est d'usage de dire que nous sommes passés, au cours de ces trente dernières années, d'un modèle de relation médecin-malade de type paternaliste, à un modèle de relation de type contractuel avec l'essor du modèle libéral. Bien que caricaturaux, ces deux modèles définissent deux types de rapports à l'autonomie du patient.

Le modèle paternaliste d'abord, basé sur la primauté du principe de bienfaisance par rapport à celui du respect de l'autonomie. Ce modèle correspond à celui que l'on se fait de la médecine des XVIIIème et XIXème siècles. En réalité, il est probable qu'il s'agisse plus d'un ensemble de pratiques que d'un réel idéal régulateur. Cet ensemble de pratiques semble bien plutôt avoir été théorisé *a posteriori* offrant un paradigme « repoussoir » à la théorie autonomiste.

Une définition du paternalisme médical nous est donnée par les philosophes Tom Beauchamp et James Childress, dans leur ouvrage fondateur de 1980, *Les principes de l'éthique biomédicale*: « [le paternalisme est] l'acte intentionnel de passer outre les préférences ou les actions connues d'une autre personne et de justifier cet acte en affirmant que l'on agit pour le bien de la personne et pour lui éviter tout tort » (85). Le modèle paternaliste épouse donc celui de la relation parentale. Le médecin est un père bienveillant et savant, le patient, un enfant ignorant et dépendant (86). L'objectif pour le médecin est

d'agir dans le meilleur intérêt médical du patient, et non d'encourager la prise de décision autonome. Cela suppose un ensemble de critères objectifs et partagés (par les pairs) permettant au médecin de savoir ce qui constitue « le meilleur intérêt » pour son patient, en termes d'explorations, de traitements, de mode de vie. Ces critères objectifs autorisent le médecin à déterminer « ce qui est le mieux » avec une participation minimale du patient. L'autonomie de ce dernier est réduite, dans le meilleur des cas, à consentir à la décision du médecin (87). Ici, le consentement ne recouvre pas la même notion qu'aujourd'hui. Il s'agit plus pour le médecin de recueillir l'approbation du patient que de lui permettre de décider de manière indépendante.

Il est classique de dire que nous nous sommes affranchis du paternalisme, celui-ci étant considéré par le modèle libéral comme une pratique désuète de la médecine (88). On critiquera facilement un paternalisme *fort*, s'exerçant auprès de patients adultes « en pleine possession de leurs moyens » ayant clairement exprimé leur volonté. L'usage de la force et de la coercition, caractérisant ce paternalisme *actif*, est aisément identifié et condamné, quand bien même il répond à une exigence de bienfaisance. Les premières analyses philosophiques du paternalisme remontent au moins à Emmanuel Kant qui dénonce au XVIII^{ème} siècle un gouvernement paternel (*imperium paternale*) de sujets passifs et sa bienveillante annulation des libertés (89). Une intervention de type paternaliste qui bafoue activement l'autonomie d'un patient, en empêchant sa préférence de s'exercer, est difficile à justifier dans la société actuelle. Mais qu'en est-il des situations limites : âges extrêmes, adolescents, pathologies affectant les facultés mentales... ? La question du paternalisme pose donc celle de l'autonomie du patient, ou plus exactement de sa capacité au choix autonome. Les philosophes Emmanuel Kant¹ et John Stuart Mill², qui ont une grande influence sur les interprétations contemporaines du respect de l'autonomie, nous disent que tout individu possède une valeur inconditionnelle et une aptitude à déterminer son propre destin moral (90). Néanmoins, la question de l'ingérence dans la vie de patients *substantiellement* dépendants se pose³ (91). Les interventions bienfaites, protectrices et temporaires envers des individus *incapables* sont-elles assimilables au paternalisme ? Nous formulons l'hypothèse que oui, nous référant à la distinction paternalisme *fort*/paternalisme

¹ Citons E. Kant E. (1785) : « L'homme, et en général tout être raisonnable, existe comme fin en soi, et non pas seulement comme moyen dont telle ou telle volonté puisse user à son gré. » p. 148. (90)

² Mill J.S., On Liberty. Réédition. Oxford: Oxford University Press; 1998. p. 10. (90)

³ Pour approfondir la théorie utilitariste et le kantisme : Beauchamps T. et Childress J (2008)

faible développée par le philosophe J. Feinberg dans les années 1970. Selon lui, je cite : « [In weak paternalism], physician has right to prevent self-regarding harmful conduct only when it is substantially nonvoluntary or when temporary intervention is necessary to establish whether it is voluntary or not » (92).

La question est donc de savoir si ce type d'intervention est justifié. Dans la situation particulière qui nous préoccupe, celle d'une adolescente, la question de la capacité au choix autonome est déterminante. Selon A. Pavilanis, professeur de médecine générale: « adolescents provide a living laboratory to complicate further the clash between beneficence and autonomy » (93). L'adolescent va progressivement passer de « l'ici et maintenant » à un mode de réflexion plus formel et opérationnel, l'inconsistance et l'évolution de leurs valeurs étant un phénomène normal au cours de la construction de leur autonomie. Selon nous, il est critiquable de faire de la quête d'autonomie une caractéristique propre à l'adolescence pour deux raisons. D'une part, cette quête semble être partagée par tous comme le dit la psychanalyste Simone Korff-Sausse : « le développement humain est l'histoire de la conquête lente, progressive, laborieuse et toujours inachevée de l'accès à l'autonomie » (94). D'autre part, comme nous l'avons déjà souligné, il semble inexact d'assimiler les adolescents à une catégorie homogène d'individus. Il n'en reste pas moins que, dans la situation particulière de l'adolescente enceinte, le va-et-vient voire la coexistence entre dépendance et indépendance est exemplaire.

En réalité, des pratiques pouvant être assimilées au paternalisme persistent et pas seulement vis-à-vis d'adolescents. Y a-t-il alors des situations qui justifient une attitude paternaliste ? Deux hypothèses sont classiquement avancées. Elles font appel à deux principes fondateurs de la bioéthique : l'acte paternaliste y est justifié soit par le principe du respect de l'autonomie, soit par le principe de bienfaisance. Pour Gérard Dworkin (professeur de philosophie) s'inspirant du philosophe John Rawls, le médecin est autorisé à prendre des décisions à la place des patients dont l'autonomie est altérée en vertu du fait que ces mêmes patients, s'ils étaient en pleine possession de leur raison, prendraient de telles décisions (95). Il s'agit là d'une sorte de « paternalisme libéral » répondant à un principe d'utilité : tout individu rationnel accepte de se soumettre à cette autorité dans le but de maximiser *in fine* son bonheur. Pour d'autres auteurs, comme Tom Beauchamp et James Childress, de telles interventions sont pleinement justifiées par le principe de bienfaisance. En effet, ils soutiennent que : « nos obligations à respecter l'autonomie ne

s'étendent pas aux personnes qui ne peuvent agir de façon suffisamment autonome (et ne peuvent être rendues autonomes) parce qu'elles sont immatures, diminuées, ignorantes, contraintes ou exploitées » (96). La justification de l'intervention paternaliste dans les situations de *non-autonomie* (ou d'autonomie *dégradée*) repose sur le bienfait escompté, et non sur une hypothétique approbation future du patient, comme dans la relation parent-enfant¹.

Historiquement, la théorie libérale ou autonomiste se construit au cours des trente dernières années en réaction au modèle paternaliste (97). Au fur et à mesure que les revendications des droits à l'autonomie augmentent, le problème du paternalisme s'accroît.

Le concept d'autonomie est loin d'être univoque, mais il s'entend ici dans les termes du principlisme (bioéthique des principes) tels que proposés par T. Beauchamp et J. Childress. Selon eux, l'autonomie est la capacité à agir sans contrainte (émanant d'autrui ou de soi-même), en accord avec des objectifs librement choisis (98). Cette définition de l'autonomie insiste donc sur (1) la liberté d'intention et (2) la capacité à agir. Le modèle autonomiste relie la liberté d'intention (et donc l'autonomie du patient) à l'exhaustivité de l'information fournie par le médecin. C'est une première critique adressée à ce modèle, de limiter les préoccupations éthiques à la simple délivrance d'une information. Il semble difficile de croire que l'offre d'un choix plus grand garantisse l'autonomie, que la multiplication des alternatives augmente la capacité à décider, bien au contraire (97). Même si cette information est comprise par le patient, elle est loin de garantir son aptitude au choix autonome. Dans ce modèle, le médecin est un expert scientifique et technique qui se doit de renseigner, de manière neutre, le patient sur les faits, selon un modèle de relation contractuelle (88).

Un troisième élément fonde également la définition de l'autonomie selon T. Beauchamp et J. Childress : la rationalité de l'agent. Ce modèle de l'individu autonome engage à penser et à valoriser celui-ci comme « auteur de lui-même », autosuffisant et habile gestionnaire de sa vie dans la perspective utilitariste. Cette conception de l'individu comme rationnel, isolé, conscient de ses désirs et de ses préférences aboutit à la création de deux catégories

¹ Citons Beauchamp T. et Childress J., dans les principes de l'éthique biomédicale, p.270: « nous ne contrôlons pas les enfants parce que nous pensons qu'ils consentiront plus tard à nos interventions ou qu'ils les approuveront rationnellement. Nous les contrôlons parce que nous pensons que leur vie en sera meilleur ».

d'individus : capables ou incapables de décisions autonomes. Pourtant, dans la situation de la jeune adolescente enceinte, il nous semble bien difficile de se placer dans l'une ou l'autre des catégories. L'adolescente est douée d'une capacité d'action (elle est devenue enceinte), d'une *certaine* liberté d'intention (elle n'épouse pas l'intention de son parent, ni de son entourage), et d'un certain *degré* de rationalité (elle veut un enfant et fait en sorte d'être enceinte). Pourtant, cette jeune fille ne peut être envisagée, dans une perspective atomiste, comme totalement indépendante de sa famille, de son entourage amical et social, ni comme un être dont les moteurs sont uniquement rationnels. Il se dégage alors deux critiques majeures du modèle libéral : celle de la conception de l'individu comme pleinement rationnel et celle de l'individu comme être isolé.

Selon le psychiatre Jay Katz, le modèle autonomiste ne reconnaît pas l'existence de motivations inconscientes et irrationnelles, chez le patient comme chez le médecin (99). Les émotions, les sentiments, les passions sont des obstacles majeurs à la délibération rationnelle dans la morale kantienne, remettant en cause la nécessaire impartialité de l'action morale. L'idée d'un individu calculateur, agent raisonnable optimisant ses décisions, portée par la théorie individualiste de Mill, implique ce *détachement*¹ (100). Pourtant, comme nous le verrons par la suite, la partialité du médecin envers le patient est la norme. Il ne fut, par exemple, pas indifférent dans la situation qui nous occupe que je sois une femme. Comprendre les besoins des autres, et leur porter attention résultent autant des émotions que de la raison (101).

La deuxième critique du modèle libéral est celle de l'individu compris comme un être isolé. En effet, nous sommes tous pris dans un réseau de relations et il semble illusoire de penser que ce *maillage et cette interdépendance* n'exercent aucune influence sur nos décisions. D'une part, les processus de socialisation orientent nos préférences, nos valeurs, nos normes. D'autre part, on ne peut ignorer le contexte social dans lequel s'établit une décision.

Si le paternalisme consiste à « passer outre les préférences connues du patient », la thèse autonomiste ne dit rien de la recherche *active* de ces préférences par le médecin. Il semble que celles-ci soient si claires qu'elles sont soit exprimées spontanément par le patient, soit

¹ Citons la définition de l'utilitariste faite par John Stuart Mill : "As between his own happiness and that of others, utilitarianism requires him to be as strictly impartial as a disinterested and benevolent spectators" (p. 24)

totale­ment transparentes au médecin. Or cette approche occulte le fait que les décisions, notamment médicales, se prennent souvent dans une ambiance floue et incertaine. Il n'est rien dit de la façon dont se construit la préférence du patient dans la situation de soin. Plus profondément, le principlisme efface la notion de relation : il y a d'un côté un patient, capable ou non de décision, de l'autre, un médecin, coercitif ou pas. Nous examinerons dans la partie suivante une alternative possible, sinon souhaitable inspirée par l'éthique du *care*.

Le modèle classique de l'autonomie est donc inadéquat pour décrire la réalité médicale, surtout, mais pas seulement, lorsqu'il s'agit de groupes sociaux plus vulnérables, comme ici celui de l'adolescente. Ainsi à l'instar de la situation de l'adolescente enceinte, les patients oscillent le plus souvent entre dépendance et indépendance. Il n'est pas possible de décrire de façon satisfaisante la situation particulière de cette consultation en faisant appel aux principes éthiques tels que définis dans le principlisme. La difficulté de cette consultation, pour nous, n'a pas résidé dans le conflit entre autonomie et bienfaisance, mais est née de la rencontre entre deux personnes singulières, deux systèmes de valeurs et de la tension affective qu'elle a pu générer.

2/La morale centrée sur le patient :

a- L'autonomie relationnelle

Repenser le concept d'autonomie dans le soin est donc nécessaire et demande notamment de réaffirmer l'importance de la relation. Il faut sortir de l'opposition entre, d'une part, autonomie radicale du patient, et d'autre part, détermination par le médecin (contre le patient) de la « vie bonne ». En réalité, il nous semble que médecin et patient *s'ajustent* l'un à l'autre grâce à leur échange. L'autonomie du patient n'est pas une caractéristique donnée et inébranlable de cet individu, l'autonomie n'a de réalité que dans son exercice. Et c'est la qualité de la relation entre le médecin et le patient qui permet cet exercice, et non la nature du médecin ou celle du patient. En effet, dans une optique éthique traditionnelle, l'accent est mis sur les vertus morales qui caractérisent le médecin, de la même manière que l'on fait de l'autonomie une qualité du sujet patient¹. Nous soutenons, dans une perspective psycho-

¹ Pour plus de détails sur les vertus morales, voir : Beauchamps T. et Childress J. Les Principes de l'éthique biomédicale, chap. 2. Paris: Les Belles lettres ; 2008. p. 58-69

dynamique, l'hypothèse que c'est le lien à l'autre, l'échange et une relation de soin respectueuse qui permet de construire cette autonomie. Pour créer les conditions nécessaires à une relation *soignante*, le médecin devrait aider le patient à identifier ses propres valeurs concernant les questions de santé et à assurer la cohérence entre ces valeurs et les choix thérapeutiques. Il a à prendre en compte la manière singulière dont le patient s'inscrit dans son existence. La philosophe Céline Lefève définit ce souci de l'individualité comme l'essence même de la relation de soin (102). Comme Georges Canguilhem dit que « mon médecin, c'est celui qui accepte de moi que je voie en lui un exégète avant de l'accepter comme réparateur », C. Lefève affirme l'importance de s'instruire des normes de vie du patient, de ses projets, de son histoire, de ses préférences (102). Cet apprentissage par le médecin de l'expérience singulière du patient est en effet constitutif de la clinique pour G. Canguilhem. C'est ainsi qu'il affirme la nécessaire *relation* médicale, l'attention à l'individualité, contre une pratique médicale standardisée. Médecin et patient *co-construisent* dès lors une norme de santé individuelle, n'oubliant pas que la santé n'est pas la seule ni obligatoirement la plus importante des valeurs du patient. Si le médecin peut, légitimement, se sentir expert de la physiopathologie de la maladie, il ne le peut certainement pas de la personne du malade ni de son expérience. Le patient trouvera dans un échange véritablement soignant plus qu'une simple connaissance de soi (ce que les éthiciens Ézéchiél et Linda Emmanuel décrivent dans le « modèle interprétatif » de la relation médecin-malade (87)), mais la possibilité d'une véritable auto-détermination dans laquelle, conjointement, médecin et patient recherchent les valeurs les plus adaptées à ce dernier en matière de santé. Cette auto-normativité, comme l'appelle le philosophe Philippe Barrier, « n'est pas une faculté ou un état (pas plus que l'autonomie au sens philosophique), mais un processus [une potentialité dit-il plus loin], en perpétuel devenir, *une dynamique d'équilibrage* » (103). Le médecin se doit d'être le soutien de cette délibération morale et la relation de soin d'être le lieu de ce débat (87). Dans ce rôle de facilitation de l'accès du patient à lui-même, le praticien ne risque-t-il pas de prendre une position trop dominante ? En effet, l'absence de réflexion sur les valeurs qui sous-tendent ses recommandations (même les plus routinières) fragilise la relation car, si le praticien n'identifie pas les moteurs de sa propre attitude, il risque à nouveau de verser dans l'arbitraire du paternalisme (104). Nous faisons l'hypothèse qu'une pratique réflexive permet d'éviter cet écueil. Médecin et patient devraient adopter une posture réflexive sur leurs valeurs. Ce modèle fait appel à une

aptitude à l'intersubjectivité, au partage émotionnel qui fonde la rencontre mais aussi à un travail d'explicitation des difficultés et des valeurs de chacun.

b- L'éthique du *care* :

L'éthique du *care*, parfois traduite par éthique de la sollicitude, se fonde sur la reconnaissance du caractère essentiellement vulnérable et incomplet de l'individu humain. A partir de ce constat, le *care* développe une théorie éthique fondée sur l'attention portée à autrui dans le cadre d'une relation singulière (ici celle du soin) et l'engagement émotionnel. De plus, quand la théorie morale traditionnelle pose la question du « que faire ? », l'éthique du « *care* » se pose celle du « comment faire ? ». En 1982, la psychologue Carol Gilligan publie ses recherches sur le développement moral des femmes. Elle y rapporte *une voix différente* face à un dilemme moral proposé à deux enfants. Non seulement le petit garçon et la petite fille n'apportent pas la même solution au problème moral qui leur est posé, mais leur manière d'envisager la situation est différente (105).

Nous allons nous intéresser à deux aspects fondamentaux de cette théorie du *care*, qui nous semblent répondre aux insuffisances des théories traditionnelles : la relation et l'émotion.

Susan Sherwin, philosophe spécialiste des questions de genre, défend le concept d'autonomie relationnelle (106). Elle fait partie de ces féministes qui défendent l'idée que les individus sont socialement ancrés, que leur identité se forme dans un contexte de relations sociales (relations familiales, professionnelles, amicales, de soins...). C'est dans ce tissu de relations que l'autonomie doit être pensée et non comme un accomplissement individuel (107). A l'inverse, la notion péjorative de dépendance est alors repensée en termes d'*interdépendance* entre les individus : la perspective du *care* nous engage à relativiser le concept d'autosuffisance¹ (108). Chaque individu est en lien avec les autres, dépendant d'eux mais aussi capable de les aider.

L'auto-détermination est intrinsèquement limitée du fait d'influences plus ou moins conscientes, notamment celles de l'environnement social dans lequel nous évoluons. Dans notre exemple, la famille de l'adolescente joue un rôle majeur dans les valeurs, les traditions et les normes qu'elle porte. L'appartenance sociale et l'influence qu'elle exerce ne peuvent être négligées par le médecin, pourtant cette influence ne doit pas se muer en une

¹ Pour approfondir la notion d'interdépendance voir Gilligan (2008), Molinier, Paperman, Laugier (2009) (99)

contrainte pour le patient. Cette distinction entre socialisation identitaire ou oppressive peut néanmoins s'avérer très difficile. C'est ce qu'illustre la définition que le philosophe Joël Feinberg donne de l'autonomie de l'individu par rapport à la collectivité : « L'idéal d'une personne autonome est celui d'un individu authentique dont l'autodétermination est aussi complète que cohérente face à l'exigence qu'il est, d'évidence, un membre de la communauté » (109). Nous pouvons douter qu'il soit du rôle du médecin seul de mettre en évidence ces situations oppressives, mais il se doit de les prendre en compte. Par ailleurs, Susan Sherwin insiste sur le fait qu'il n'est pas suffisant, pour le médecin, d'offrir la possibilité d'un choix non contraint par l'environnement social. Le médecin se doit de favoriser le développement de la capacité à exercer ce choix (107). On rejoint ici la notion d'*empowerment* : rendre au patient sa puissance d'agir, le restaurer dans sa capacité à fixer ses propres normes. Comme le précise Georges Canguilhem, « la santé est une façon d'aborder l'existence en se sentant non seulement possesseur ou porteur mais aussi au besoin créateur de valeur, instaurateur de normes vitales » (110). L'*empowerment* du patient est une pratique d'éducation thérapeutique qui répond aux mirages de la *compliance* si souvent poursuivie par les médecins. En effet, le processus d'*empowerment*, tel que le décrit notamment Isabelle Aujoulat (professeur en santé publique), est le processus par lequel le patient « prend conscience de progresser dans sa capacité à gérer ou à accepter une situation ou des situations qui auparavant lui conféraient un sentiment d'impuissance ou de détresse » (111). Dans ce processus, le rôle du médecin est celui de facilitateur. L'enjeu pour le médecin est ici d'accompagner, et pas nécessairement de modifier à tout prix des comportements.

Enfin, il nous faut évoquer la dimension de réciprocité dans le soin, qui contribue à rétablir un équilibre dans une relation médecin-patient initialement déséquilibrée par nature¹ (112). En effet, dans la relation de soin, le médecin lui-même gagne une certaine connaissance de soi grâce au(x) patient(s), connaissance qui lui permettra également de gagner en puissance d'agir. A l'occasion de la situation que nous avons vécue et du travail mené ici, nous avons pu identifier nos propres normes, quand à la maternité et la procréation notamment. Plus généralement, en analysant ce qui se joue dans *cette* relation de soin nous avons pu enrichir notre pratique.

¹ Voir sur la réciprocité le chapitre sur Le Soi et la norme morale dans P. Ricœur. *Soi-même comme un autre* (1990) (112)

Le deuxième élément d'importance à prendre en compte est la composante émotionnelle de la décision, qui existe tant du côté du patient que du côté du médecin. La morale kantienne met en garde contre l'engagement passionné (même s'il est compatissant) envers autrui, car celui-ci aveuglerait la réflexion impartiale : une action ne peut être morale que si elle est déterminée par la rationalité de *la loi morale* (113). Partant de là, l'éthique médicale traditionnelle prône la distance émotionnelle comme garant d'une attitude déontologique, sous les termes d'attention détachée ou de détachement compatissant (114). Il nous semble au contraire que médecin comme patient ne devraient pas opposer émotions et jugement moral. L'éthique du *care* corrige ce biais cognitiviste en accordant aux émotions une valeur morale. Être capable d'avoir une *attention sensible* aux besoins et aux valeurs profondes du patient, y apporter une *réponse émotionnelle* appropriée est aussi significatif sur le plan moral qu'une attitude raisonnée (104). La sensibilité émotionnelle, la compassion peut permettre de répondre à la question « comment faire ? » notamment en donnant un accès à la complexité du patient (115). Une relation de soin sincère implique donc de la part du médecin une écoute active de son patient, c'est-à-dire un réajustement constant, dans la relation, du médecin à son patient. Il faut tenter de se tenir dans la relation et, comme nous le signale la philosophe C.Lefève, de maintenir une relation empathique qui crée un espace permettant au patient l'expression « du désordre de la vie, de la pensée et des affects » (102). Le *care* refond l'éthique traditionnelle des droits, devoirs et vertus pour une morale de *la responsabilité d'autrui*. La psychologue Carol Gilligan fait de cette éthique une éthique féminine, c'est-à-dire plus particulièrement liée au développement moral des femmes. Elle explique en ces termes l'opposition des deux systèmes : « Les raisons pour lesquelles une morale de droits et de non-interférence, avec son potentiel de justification de l'indifférence, peut faire peur aux femmes sont évidentes. Simultanément, on peut comprendre pourquoi, d'un point de vue masculin, une morale de responsabilités semble diffuse et non concluante à cause de son relativisme contextuel très insistant » (116). Il faut là évoquer les critiques féministes adressées à cette répartition sexuée des rôles promue par Gilligan et au risque qu'elle entraîne de maintien de la femme dans une sorte de sollicitude dévouée¹ (117). En effet, la sollicitude est parfois injustement assimilée au sacrifice de soi, qui constitue encore une valeur très normative pour les femmes. La critique féministe de la morale abstraite de

¹ Pour plus de détails sur les critiques féministes des éthiques du *care*, voir : Susan Sherwin (1992), Joan Tronto (2009) (117)

l'autonomie et du respect des droits, qui manque d'attention pour les situations et leurs contextes, ne doit pas cependant laisser croire que la morale du care est liée à la nature biologique de la femme.

L'intérêt de l'approche de Gilligan est de mettre en lumière les différences entre les deux approches, celle des droits et des devoirs et celle de la responsabilité et de l'interdépendance (105). Une morale fondée sur la sollicitude et l'attention portée au patient nous semble constructive, car elle est proche des processus réels de prise de décision en soins primaires et du contexte émotionnel dans lequel s'inscrit toujours cette décision. Il ne s'agit pas de faire preuve d'un dangereux relativisme en refusant toute hiérarchie des valeurs, mais plutôt de constater que les normes de vie individuelles sont multiples et qu'elles sont mouvantes dans le temps, et selon les circonstances. L'identité d'un patient, son système de valeurs évolue. La question de l'identité et de la continuité du soi dans le temps se pose particulièrement dans le cas de l'adolescente qui par définition est en construction. On ne peut donc que souligner l'importance de la *contextualisation* du jugement moral. Une éthique fondée sur le souci des autres ne nous offre pas des certitudes comme celles fixées par le principlisme. C'est d'ailleurs ce qui nourrit la critique de l'éthique du *care* en tant que qu'elle ne serait pas une théorie suffisamment développée et structurée pour avoir la même force explicative et de justification que le principlisme (114). L'éthique défendue par le *care* rejoint la morale centrée sur le patient. Une éthique qui nous semble plus proche de ce que sont la relation de soin et le contexte de la décision clinique : souvent flous, incertains et changeants. Une vision éthique qui fait appel à l'expérience (ou encore éthique pragmatique) souligne la nécessaire inscription de la démarche éthique dans l'action de soin, inscription portée par une attitude réflexive des acteurs du soin (118). C'est dans cette optique que se développe à partir des années 1990, l'éthique narrative.

c- L'éthique narrative

Nous avons envisagé comme possible solution au conflit des normes entre le médecin, l'adolescente et sa mère, une éthique « centrée sur le patient », une éthique de l'individualité, différente de celle des droits et des grands principes. Néanmoins, il convient de se demander si et comment s'enseigne et s'acquiert cette posture, ce « savoir être »,

plutôt que ce « savoir faire » ? Comment acquérir cette *attention sensible*¹(119)? Nous faisons l'hypothèse que la réflexivité permise par la narration est une des clefs de cette pédagogie de la relation de soin.

L'éthique narrative se développe à partir des années 1990 aux Etats-Unis, en partie en réaction à la bioéthique et au courant qui y domine, le *principlisme* de T. Beauchamps et J. Childress. Martha Nussbaum, philosophe américaine et figure importante de ce courant, accorde au récit littéraire, sous ses différentes formes, une place importante dans la formation morale du lecteur. S'inscrivant dans l'héritage aristotélicien, elle affirme que la narration permet l'accès à la contingence des événements en identifiant des manières d'être et de faire différentes ainsi que leurs motivations (120). La narration est, selon elle, le lieu où s'aiguise notre perception de l'autre (121).

Dans un premier temps, nous examinerons l'importance du récit dans l'acte thérapeutique à travers l'éthique narrative notamment: le dialogue entre le médecin et le patient participe pleinement au soin. En contrepoint de cette importance, il nous faudra également aborder les écueils possibles de cette éthique narrative. Dans un deuxième temps, nous exposerons deux exemples d'une pédagogie passant par le récit.

La philosophe Catherine Draperi décrit bien la difficulté à rencontrer et comprendre la singularité de l'autre, dans ce qui constitue une partie importante de l'enseignement de la médecine : la séméiologie (122). Cette discipline nous apprend à être attentifs et à susciter un discours descriptif sur le corps du patient, dans un souci d'objectivation de ce corps : c'est l'interrogatoire du patient que le médecin dirigera rigoureusement. Pourtant, si l'on tient cette position d'observateur neutre et cette visée séméiologique, il est difficile de laisser émerger le récit de l'expérience vécue par le patient. C. Draperi décrit les conditions de cette émergence : un travail de *compréhension*, reconnaissant la parole de l'autre comme la plus à même de nous guider dans la démarche de soin (122). Le patient n'a pas un corps-objet qu'il suffirait de décrire pour le soigner, il est ce sujet désirant, avec sa culture, son histoire, ses désirs, ses ambiguïtés. Comme nous en avons fait l'expérience dans la situation exposée, nous sommes peu préparés en tant que médecin à faire face à ce patient *désirant*, ce patient *désirant et voulant* qui choisit en dépit de nos « bons conseils ». Comme le dit Philippe Lecorps, professeur de santé publique : « Le désir, c'est l'autre de la raison et le désir est à

¹ Nous reprenons ici le concept de *disponibilité sensible* exposé par Claire Marin (2010) (119).

l'œuvre dans la vie du patient, sans que celui-ci en sache lui-même les causes » (123). Nous pensons que le récit que fait le patient de son expérience et son écoute permettent au médecin de prendre en compte cette dimension du patient-sujet. La narration semble un outil puissant pour tenir ensemble le *donné corporel* et l'*expérience temporalisée*¹ (124). Ainsi, le récit de vie du patient aide le médecin dans sa démarche diagnostique et thérapeutique, car il *instruit* le médecin sur le malade au même titre que les éléments objectifs recherchés à l'interrogatoire et à l'examen clinique. En tant que médecin, nous devons acquérir une double écoute : celle des éléments objectifs de la situation et celle de la subjectivité de l'expérience du malade. L'observation et la compréhension de cette expérience singulière du malade définissent la clinique pour Georges Canguilhem (125).

Mais le récit constitue plus qu'un outil d'aide au diagnostic et à l'orientation thérapeutique pour le médecin. Le récit du patient et le dialogue qu'il peut susciter ont une fonction soignante. On doit au philosophe Paul Ricœur d'avoir exploré la fonction du récit dans la construction de soi (126). Le récit de soi permet au patient de dépasser « l'inénarrable » de la souffrance liée à la maladie. En lui donnant un sens qui lui est propre, il lui permet aussi de raccrocher son expérience à une temporalité. Cette vertu soignante du récit requiert une écoute de la part du médecin, une écoute non pas neutre mais bienveillante. Cette écoute bienveillante est en quelque sorte le premier temps du dialogue, elle permet une relation de *confiance*. Cette place accordée à la parole du patient modifie également le rapport de force dans la relation médecin-malade. En reconnaissant le patient comme « auteur » de sa vie, en renonçant à l'illusion de la maîtrise de l'autre, le médecin permet au patient une réappropriation de soi. Le soin peut donc participer à la quête de soi du patient-sujet. Cette problématique se pose avec une particulière acuité dans la situation qui nous occupe. En effet, l'adolescente rencontrée est en pleine « conquête » de son autonomie. L'enjeu du soin serait donc de l'aider à être le sujet de son choix, que qu'il soit.

Nous avons choisi d'exposer deux types de sensibilisation au récit : le récit fait par le médecin, à l'instar de ce qui est proposé au département de médecine générale de la faculté de Créteil, et le récit fictionnel qui fait l'objet d'un enseignement à la faculté de médecine de Paris 7-Paris Diderot. Selon nous, la puissance formatrice de la narration est d'enseigner

¹ Nous empruntons ici à la théorie de l'identité narrative développée par Paul Ricœur. Pour une présentation plus approfondie de cette théorie, voir le commentaire de Monseu N (2008) (124).

l'écoute attentive de la parole du patient, contribuant ainsi à le reconnaître comme sujet de son histoire.

Au cours du deuxième cycle des études médicales, nous apprenons à objectiver ce discours, à le rendre intelligible, à « faire la part des choses », mais il nous semble que ce clivage n'est pas pertinent, pour ne pas dire dangereux. Comme le dit Georges Canguilhem : « il est impossible d'annuler dans l'objectivité du savoir médical la subjectivité de l'expérience vécue du malade » (127). Ce qui peut apparaître comme le superflu dans le discours du patient est justement cette expérience vécue. Or, au cours de ce même second cycle, nous abordons peu ce qui permet d'atteindre la singularité et la complexité du patient. A l'inverse, la prise en charge « centrée sur le patient », telle qu'elle est enseignée au département de médecine générale de Créteil, se donne pour but d'affirmer l'importance de l'individu patient. L'approche centrée sur le patient se développe depuis trente ans, comme modèle de la relation médecin-malade à la suite des travaux du psychanalyste Michael Balint et du psychologue Carl Rogers. Elle a été définie à l'aide de six principes en 1995 par Stewart et ses collaborateurs (128). Dans cette perspective, le médecin est invité à adopter une posture d'écoute empathique, à susciter le récit du patient, à le recevoir et à en tenir compte. Dans cette approche centrée sur le patient, c'est ce dernier qui inspire une parole juste, une attitude adéquate au médecin. Un des temps forts de cet apprentissage à Créteil est le récit de situations, récit qui se veut authentique, à distinguer du rapport de cas cliniques, très standardisé. Il nous a semblé important de souligner cette volonté soutenue du département de médecine générale de Créteil à « remettre de la narration dans le soin », qu'elle soit écrite ou orale. Ceci nous semble nécessaire pour un apprentissage de l'écoute. Les récits demandés visent sans cesse à re-contextualiser la situation clinique. Le caractère narratif du récit fait d'ailleurs partie intégrante de la grille d'évaluation des travaux fournis par les étudiants (129). Pourtant, il ne faudrait pas substituer l'authenticité d'un récit à la réalité ou la « vérité » d'une situation. On ne saurait perdre de vue qu'un récit est une construction, même lorsqu'il rapporte mot pour mot les paroles échangées¹ (130). Nous avons choisi dans ce travail de partir d'une situation « authentique », celle-ci pourtant reste une situation rapportée, selon nos codes, nos mots, notre sensibilité. Néanmoins, nous soutenons que la construction de ces récits authentiques développe une attention

¹ Pour approfondir la question du point de vue du narrateur, voir M.G Pinsart (2008) et Tod Chambers (1999) (130).

particulière à la singularité de la situation rencontrée par le médecin. Cet exercice, loin d'un discours médical objectivant, contribue au développement d'une intelligence sensible aux questions morales, reprenant ainsi les enseignements du *care*. Non seulement le récit permet de se tenir dans une relation *particulière* avec *ce* patient, mais il a aussi pour rôle de donner une *pratique réflexive* au médecin. Pour ce dernier, avoir accès à ses propres émotions, ses valeurs, les ressorts de sa décision, constitue un moyen d'affermir sa pratique ou de la remettre en cause, voire de l'améliorer.

L'attention au récit du patient nécessite selon nous de savoir ce qu'est un récit, puis de savoir *faire* un récit. La philosophe Céline Lefève propose de développer cette sensibilité à la narration chez les étudiants en médecine à travers des œuvres de fictions cinématographiques¹ (131). Cette forme d'enseignement de l'éthique, dans le sillage de l'éthique narrative, contribue à redonner toute sa place au récit de vie et donc à l'expérience du malade. Dans cette optique, l'analyse du film *Barberousse* d'Akira Kurosawa (1965) est exemplaire de cette nécessaire formation à l'écoute. L'écoute attentive par le médecin du récit du patient est ce qui permet de le restaurer dans une *temporalité dynamique*, dans une *identité relationnelle*. Paul Ricœur insiste sur l'importance de restaurer le patient dans sa capacité à se raconter (132). Écoutant activement ce récit, le médecin reformule, interroge, interprète, clarifie, dans un dialogue permanent avec son patient, pour finalement qu'émerge *un* récit. La philosophe Claire Marin nous dit à ce propos que « le récit que le médecin propose de la maladie peut permettre au malade de s'inscrire dans sa propre histoire dont il a été, d'une certaine manière, l'objet et non le sujet à part entière » (119).

Sensibiliser les médecins et futurs médecins à la narration peut donc s'envisager de différentes manières, complémentaires selon nous. Cette approche reste néanmoins nécessaire. Récit du patient, récit de sa famille, récit du médecin, forment un maillage dont la mise en cohérence est un des objets du soin car cette mise en cohérence, cette intégration des différents récits permettent au patient d'être, ou de (re-)devenir, sujet de son histoire (133). Ainsi, dans une perspective dynamique, la relation thérapeutique s'envisage toujours comme adaptation provisoire, partition mouvante, arrangement temporaire de l'allure de vie du patient. Nous soutenons à la suite de Georges Canguilhem

¹ Depuis 2006, Céline Lefève propose à l'université Paris 7 Diderot, un enseignement en DCEM1 intitulé : « Médecine et Cinéma : perceptions de la maladie et du soin à partir de l'outil cinématographique » (131).

que l'action thérapeutique du médecin est de permettre l'adaptabilité du patient à sa vie et à sa maladie (134).

3/ Les limites de l'éthique narrative :

L'éthique narrative et l'approche centrée sur le patient nous semblent la meilleure voie pour développer une relation thérapeutique satisfaisante. Pourtant, nous voudrions, pour finir, en aborder certaines limites.

Le travail identitaire d'introspection, d'appropriation de la maladie et de construction (ou de reconstruction) de l'identité bouleversée par la maladie caractérise les approches narrative et centrée sur le patient. D'une manière générale, la valeur de l'exégèse de soi dans notre société judéo-chrétienne est forte. La philosophe Marie Gaille nous expose pourtant certaines limites du récit de vie : l'illusion de la cohérence de soi et la création d'une identité de façade (ou « faux-self » selon ses termes) (135). Alors que les récits de soi sont nécessairement multiples et changeants selon les destinataires et les circonstances, et le médecin n'en est pas le seul destinataire. De plus, Marie Gaille décrit une impression de morcellement, « une impression d'étrangeté, de dispersion, de discordance » (135) qui fait aussi partie de l'expérience que nous faisons de nous-mêmes : cette impression d'être multiple remet en question une conception de l'identité personnelle comprise comme immuable et cohérente. Dès lors, le médecin et le patient ne doivent pas chercher à unifier ces récits de vie, mais plutôt à les recevoir tous et peut-être les intégrer *a posteriori*. Pour cela, le médecin doit accepter l'incohérence, l'inconstance, le « mauvais » récit, le mensonge, « l'arrangé ». Il doit être conscient que tout récit est construit aussi en fonction d'une situation d'interaction avec un destinataire et le dispositif, notamment médical, qui l'entoure. Car la poursuite d'un soi univoque et acceptable expose à la narration d'une identité de façade, voire d'une identité répondant aux attentes du médecin. La sociologue Dominique Memmi a ainsi formé le concept d'« autobiographies d'institution » qui émergent de situations où les pratiques médicales exigent du récit¹ (136). L'obligation de se raconter participe alors du contrôle des usages légitimes du corps. Ainsi, D. Memmi explique, dans le sillage des travaux du philosophe M. Foucault, comment s'est institué le gouvernement des

¹ Comme c'est le cas de pratiques médicales autour de la naissance et de la mort. Voir Memmi D (2003).

conduites par la parole : « c'est une pratique institutionnelle constante de nos sociétés que celle qui consiste à justifier une demande faite à l'institution par la production d'une présentation minimale de soi » (137). Si l'on n'y prend garde, le récit de soi, de thérapeutique peut devenir un outil de contrôle. Pour autant, la pratique quotidienne en médecine générale nous apprend que patients et médecins ne se laissent pas si facilement manipuler. Chacun met en place des ruses pour apprivoiser l'autre. Un contrôle strict des conduites par la parole est théoriquement possible mais loin de ce qui est effectivement le cas en consultation.

La deuxième limite importante du récit dans le soin est l'inégalité des patients comme des praticiens face à cette capacité à raconter, se raconter, et écouter. C'est peut-être là l'une des plus grandes difficultés. L'importance du récit, de la parole, du dire, des mots ne s'ajuste ni à tous les types de médecins, ni à tous les types de patients. Cela tient en partie à la maîtrise de la langue, qui n'est pas la même pour tous, notamment à cause du niveau éducatif ou du milieu socio-culturel. Enfin, la quête du vécu et du ressenti, l'importance donnée au sens de l'expérience, le besoin même d'être écouté et compris ne font pas partie des attentes de tous les patients. En effet, il n'est pas rare que l'invitation au récit faite à un patient soit mal accueillie voire refusée. Une partie non négligeable des patients ne cherche pas à donner du sens à leur expérience, en tout cas pas chez leur médecin généraliste. Ces mêmes patients, dans d'autres circonstances, à d'autres moments de leur vie pourront avoir besoin de raconter. Dans la situation rencontrée de la jeune adolescente enceinte, notre demande pressante d'un récit, d'une explication a pu paraître intrusive ou complètement incongrue. Donc le récit du patient ne peut s'exiger, il ne peut constituer la condition du soin. Il devrait être facilité, encouragé, pour être accueilli lorsqu'il émerge et qu'il peut aider à soulager la souffrance ou à prendre une décision. Dans ces cas, il pourra alors devenir réellement thérapeutique. Le médecin devrait créer les conditions permettant l'émergence de ce récit. Avec certains patients, l'échange soignant ne se fera (presque) jamais par la parole mais par les gestes, par certaines attitudes. Pourtant, cet échange constitue aussi une relation de soin.

Conclusion :

Notre société occidentale nourrit une hantise en partie fantasmée vis-à-vis des grossesses dites précoces, présentées comme l'expression prématurée et donc illégitime d'un rôle

d'adulte. Un décentrage ethnographique nous montre pourtant que d'autres cultures se préoccupent peu de la contraception ou de l'avortement des adolescentes mais plutôt de leur fertilité. Le regard sur la grossesse chez les adolescentes est donc culturellement situé. Il l'est aussi historiquement et en suit l'évolution de la norme procréative qui prescrit les conditions « idéales » d'accueil d'un enfant.

Dans les théories explicatives des grossesses adolescentes, il s'opère un glissement entre une grossesse subie dont l'adolescente ne serait en quelque sorte que le malheureux réceptacle et une grossesse qui serait désirée (?) et assumée. Le corps médical met l'accent sur l'hypothèse accidentelle chez des jeunes filles immatures, quand la théorie psychologique avance le désir, inconscient, de grossesse comme solution au conflit œdipien. Enfin, avec la proposition des sociologues, la grossesse chez les adolescentes devient un acte volontaire: elle apparaît souvent comme une stratégie d'adaptation aux conditions socio-économiques et culturelles peu favorables. Cette diversité dans les théories explicatives reflète une complexité des situations qui ne se laisse pas facilement appréhender. La réalité de la grossesse chez les adolescentes ne s'épuise pas dans telle ou telle typologie que l'on peut faire de ces jeunes filles.

Plus largement, l'adolescent est un individu qui tente de devenir sujet de son corps et de sa vie, de redéfinir ses rapports de dépendance et de s'inscrire dans le corps social. L'enjeu est de savoir si et comment sa rencontre avec le médecin sera le lieu de cette subjectivation ou bien le maintiendra dans un statut de dépendance. La situation vécue avec Alexandra est exemplaire de cette question de l'accès à la subjectivité du patient. La consultation a rapidement abouti à une impasse du fait de notre incapacité à opérer ce mouvement de *décentrement* indispensable à la *compréhension* de l'autre, qui constitue selon nous une condition nécessaire au soin. Loin du modèle autonomiste, la prise en charge centrée sur la personne en médecine générale nous apprend, dans une perspective canguilhemienne, à porter attention à la norme de vie du patient. Non consciente de nos propres normes et ne cherchant pas à connaître celles d'Alexandra, en adoptant d'emblée une attitude très prescriptive voire sanctionnante, nous n'avons pu développer une relation de confiance pourtant indispensable au soin. Il n'y avait pas d'urgence à se positionner, malgré l'insistance de la mère de la jeune fille. Revoir Alexandra, l'écouter, lui proposer de l'aider à construire une décision qui sera la sienne était sans doute l'enjeu le plus important de cette consultation. C'est, selon nous, ce que nous enseigne l'approche centrée sur la personne et

ce que nous permet, malgré ses limites, la narration : une réflexivité au service de la compréhension du patient dans sa singularité.

La grossesse n'est pas une pathologie même chez l'adolescente, pourtant, comme d'autres questions biomédicales ou non, elle se pose au praticien dans le cadre d'une médecine « élargie » et nécessite l'intégration de différents savoirs et savoir-faire. Cette synthèse entre sciences et humanités enrichira l'exercice du médecin d'une véritable pratique *réflexive*.

BIBLIOGRAPHIE :

- 1- Badinter E. L'amour en plus, histoire de l'amour maternel du XVIIe au XXe siècle. Paris: Flammarion; 1980. 378 p.
- 2- Knibielher Y. Histoire des mères. Paris: Hachette; 1977. p. 56-78.
- 3- Duby G, Perrot M. Histoire des femmes en occident. Tomes 1 à 5. Paris: Plon; 1991.
- 4- Houdaille J, Henry L. Célibat et âge au mariage aux XVIIIe et XIXe siècles en France. Population. 1979; 34(2): 403-442.
- 5- Daguet F. La fécondité en France au cours du XXème siècle. INSEE Première. 2002 Dec; 873: 1-4.
- 6- Knibielher Y. Histoires des mères. Paris: Hachette; 1977. p. 39-55.
- 7- Badinter E. L'amour en plus, histoire de l'amour maternel du XVIIe au XXe siècle. Paris: Flammarion; 1980. p. 149.
- 8- Ariès P. L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime. Paris: Seuil; 1973. 316 p.
- 9- Knibielher Y. Histoires des mères. Paris: Hachette; 1977. p. 135-249.
- 10- Berthiaud E. Grossesse désirée, grossesse imposée : le vécu de la grossesse aux XVIIIe-XIXe siècles en France dans les écrits féminins privés. Histoire, économie et société 4. 2009. p. 35-49. Disponible : www.cairn.info/revue-histoire-economie-et-societe-2009-4-page-35.htm.
- 11- Knibielher Y. Histoires des mères. Paris: Hachette; 1977. p. 253-273.
- 12- McLaren A. Histoire de la contraception de l'Antiquité à nos jours. Paris: Ed. Noësis; 1996. 413 p.
- 13- Bertillon L A. Mariage. In : Dechambre A (dir.). Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. Paris: Masson; 1856. p. 7-52.
- 14- Knibielher Y. Histoires des mères. Paris : Hachette; 1977. p. 256-258.
- 15- Rossier C, Toulemon L, Prioux F. Evolution du recours à l'interruption volontaire de grossesse en France entre 1990 et 2005. INED. Population. 2009; 64(3): 495-530.

- 16- Bajos N, Ferrand M. L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative. *Sociétés Contemporaines*. 2006; 61: p.92.
- 17- Debest C, Mazuy M, et équipe de l'enquête *Fecond*. Rester sans enfant : un choix de vie à contre courant. *Population et sociétés*. 2014 Fev; 508.
- 18- Ariès P. L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime. 1^{ère} partie. Nouvelle éd. Paris : Seuil; 1973. p. 29-52.
19. Ariès P. L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime. 1^{ère} partie. Nouvelle éd. Paris : Seuil; 1973. p. 217-311.
- 20- Bajos N, Ferrand M. L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative. *Sociétés contemporaines*. 2006; 1(61): 91-117.
- 21- Bajos N, Leridon H et Job Spira N. Introduction au dossier, Etude COCON. *Population-F*. 2004; 59(3-4): 409-418.
- 22- Bajos N, Ferrand M. L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative. *Sociétés contemporaines*. 2006; 1(61): 91-117.
- 23- Le Van C. Les grossesses à l'adolescence, normes sociales, réalités vécues. Paris: l'Harmattan; 1998. 200 p.
- 24- Knibielher Y. Histoire des mères. Paris: Hachette; 1977. p. 123-128.
- 25- Badinter E. L'Amour en plus. Paris: Flammarion; 1980. p. 230-231.
- 26- Knibielher Y. Histoire des mères. Paris: Hachette; 1977. p. 130.
- 27- Article 144 du Code Civil relatif aux dispositions requises pour contracter mariage : version en vigueur du 27/03/1803 au 5/04/2006.
- 28- Article 145 du Code Civil relatif aux dispositions requises pour contracter mariage.
- 29- Quincy-Lefebvre P. Familles, Institutions et déviations. Une histoire de l'enfance difficile 1830-1930. Paris: Ed. Economica. 1997. p. 24.

- 30- Monnier J-C. La grossesse chez l'adolescente : l'épidémiologie et les complications. *Tempo médical, dossier du praticien*. 1987 Nov; 282: 37-40.
- 31- Henrion R. La grossesse aux âges extrêmes de la vie génitale des femmes. *Le Concours Médical*. 1987.
- 32- Agnani G, Colette C, Gautier C. La grossesse des adolescentes. *Entretiens de Bichat*. 1981: p. 166-169.
- 33- Aubry C, Deschamps JP, Schweitzer M. Désir d'enfant et grossesse dans l'adolescence. *Arch franç péd*. 1988 dec; 45(10): 845-48.
- 34- MacAnarney E.R, Hendele W.R. Adolescent pregnancy and its consequences. *JAMA*. 1989; 262: 74-77.
- 35- Renaud M. Quelle contraception pour l'adolescente ? *Tempo Médical*.1982; 11: 33-39.
- 36- Furstenberg FF et al. Adolescent mothers and their children in later life. *Fam Plann Perspect*. 1987 Jul; 19(4): 142-51.
- 37- Horwitz SM, Klerman LV, Kuo HS, Jekel J.F. Scholl-age mothers: predictors of long-term educational and economic outcomes. *Pediatrics*. 1991 Jun; 87(6): 862-8.
- 38- Aubry C, Deschamps JP, Schweitzer M. Désir d'enfant et grossesse dans l'adolescence. *Arch franç péd*. 1988 dec; 45(10): 845-48.
- 39- Deschamps J.P. La mère adolescente, le couple adolescent et l'enfant. In Lebovici S, Diatkine R, Soulé M. *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, vol 4. 2nd ed. Paris: PUF; 2004. p. 2663-76.
- 40- Articles 371-1 et 389-3 du Code Civil relatifs à l'autorité parentale et à la minorité
- 41- Article 375 du Code Civil relatif à l'assistance éducative.
- 42- Articles 227-25 et 227-27 du Code Pénal relatifs aux atteintes sexuelles sur mineurs.
- 43- Article 311-25 du Code Civil relatif à l'établissement de la filiation.
- 44- Article 328 du code Civil relatif aux actions aux fins d'établissement de la filiation.

- 45- Article L2212-4 du Code de la Santé Publique
- 46- Article L2222-1 du Code de la Santé Publique relatif à l'interruption illégale de grossesse
- 47- Le Van C. Les grossesses à l'adolescence normes sociales, réalités vécues. Paris: L'Harmattan; 1998. p. 16.
- 48- *Ibid.* p. 17
- 49- Leridon H. Les enfants du désir : une révolution démographique. 2^{ème} ed. Paris: Hachette; 1998. 278 p.
- 50- INED, Pison G. Les maternités précoces en recul dans le monde. *Population et Société*. 2012 Juin; 490.
- 51- INED, Kafé H, Brouard N. Comment ont évolué les grossesses chez les adolescents depuis 20 ans. *Population et Société*. 2000 Oct; 361.
- 52- Rossier C, Toulemon L, Prioux F. Evolution du recours à l'IVG en France de 1990 à 2005. *Population-F*. 2009; 64(3): 505-8.
- 53- INED, Kafé H, Brouard N. *op. cit.* p. 505
- 54- Singh S, Darroch J.E. Adolescent pregnancy and childbearing: levels and trends in developed countries. *Family Planning Perspective*. 2000 Jan-Feb; 32(1): p. 14-23.
- 55- Uzan M. Rapport sur la prévention et la prise en charge des grossesses des adolescentes. Secrétariat d'Etat à la santé. 1998 Dec; 82 p. Disponible : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/984001918/0000.pdf>
- 56- Le Van C. Les grossesses à l'adolescence, normes sociales et réalités vécues. Paris: L'Harmattan; 1998. p. 18-19.
- 57- Deschamps J-P. Grossesse et maternité chez l'adolescente. Paris: Le Centurion; 1976. p. 31-35.
- 58- De La Rochebrochard E. Les âges de la puberté des filles et des garçons. *Population*. 1999; 54(6): 933-62.

- 59- Nisand I. La prévention de l'IVG chez l'adolescente. In : Grossesse et adolescence 2ème Journée de Médecine et Santé de l'Adolescent. 2000 Dec; Poitiers: FIREA; 2000. p. 35-37.
- 60- Bozon M (INED). A quel âge les hommes et les femmes commencent-ils leur vie sexuelle ? Population et Société. 2003 Juin; 391. p. 2-4.
- 61- Agnani G, Colette C, Gautier C. La grossesse des adolescentes. Entretiens de Bichat. 1981.
- 62- Zufferey M.M, Schmidt N. L'échec contraceptif chez 720 adolescentes demandant une IVG. Méd et Hyg. 1992; 50; 1277-84.
- 63- Bajos N, Ferrand M, équipe GINE. De la contraception à l'avortement : sociologie des grossesses non prévues. Paris: INSERM; 2002. 318 p.
- 64- Marcelli D. Adolescence, grossesse et sexualité. In : Grossesse et Adolescence, 2ème Journée de Médecine et Santé de l'Adolescent. 2000 Dec; Poitiers: FIREA; 2000. p. 39-46.
- 65- Deutsch H. Problèmes de l'adolescence : la formation des groupes. Paris: Payot; 1970. 151 p.
- 66- Bydlowski M. Les parents face aux amours adolescents. Gynécologie et Psychologie. 1992 ; 5
- 67- Bettoli L. Parents mineurs : la grossesse, facteur de maturation pour les jeunes parents ? Quels risques comporte-t-elle ? Quel accompagnement à Genève ? Thérapie familiale. 2003 Fev; 24: 179-191
- 68- Aujoulat I, Libion F, Rose B. Les grossesses chez les adolescentes : analyse des facteurs intervenant dans la survenue et leur issue [Etude de l'unité d'Education pour la santé]. Bruxelles: Université catholique de Louvain; 2007
- 69- Rochet C. Les enjeux psychologiques des grossesses à l'adolescence. Le journal des psychologues. 2012 Oct; 303: p. 72-76
- 70- Pour les aspects positifs que peuvent avoir les grossesses chez les adolescentes, voir notamment :

Bailey et al. Adolescent pregnancy one year later: the effect of abortion vs. Motherhood in Northeast Brazil. *Journal of Adolescent Health*. 2001 Sept; 29(3): 223-232.

Geronimus A. Teenage Childbearing and Personal Responsibility : An Alternative View. *Political Science Quarterly*. 1997; 112(3); 405-430.

Molgat M, Ringuet C. De la prévisibilité des parcours ? Le cas de jeunes mères ayant délaissé leurs études. *Service social*. 2004; 51(1): 60-77.

Clemmens D. Adolescent Motherhood: a meta-synthesis of qualitative studies. *The American Journal of Maternal Child Nursing*. 2003; 28(2): 93-99.

71- Le Van C. Les grossesses à l'adolescence, normes sociales et réalités vécues. Paris: L'Harmattan; 1998. p. 33-34.

72- Le Van C. La grossesse à l'adolescence : un acte socialement déviant ? *Adolescence*. 2006 Jan; 55. p. 225-234.

73- Le Van C. Les grossesses à l'adolescence, normes sociales et réalités vécues. Paris: L'Harmattan; 1998. p. 43.

74- Daguerre A, Nativel C. Les maternités précoces au sein des pays développés : problèmes, dispositifs, enjeux politiques. [Mis à jour février 2004]. Disponible : https://www.caf.fr/sites/default/files/cnaf/Documents/Dser/dossier_etudes/dossier_53_-_meres_adolescentes.pdf

75- Deschamps J-P. Grossesse et maternité chez l'adolescente. Paris: Le Centurion; 1976. p. 80-84.

76- Circulaire n°75-356 du 15 octobre 1975. *Bulletin Officiel de l'Education Nationale*. n°38: p. 3192-93.

77- Molgat M, Ringuet C. De la prévisibilité des parcours ? Le cas de jeunes mères ayant délaissé leurs études. *Service social*. 2004; 51(1): 60-77.

78- Furstenberg F. *Adolescent mothers in later life*. Cambridge: Cambridge University Press; 1987

- 79- Le Van C. Les grossesses à l'adolescence, normes sociales, réalités vécues. Paris : L'Harmattan; 1998: p. 136-141.
- 80- Neyrand G. Le sexuel comme enjeu de l'adolescence : amour et sexualité à l'adolescence. Dialogue. 1999; 146 : 3-13.
- 81- Knibielher Y. Histoire des mères. Paris: Hachette; 1977. p. 341.
- 82- Breheny M, Stephens C. Individual responsibility and social constraint ; the construction of adolescent motherhood in social scientific research. Culture, Health and Sexuality. 2007 Jul ; 9(4): 33-346.
- 83- Hacking I. Entre science et réalité, la construction sociale de quoi ? Paris: La Découverte; 2008. p. 45-53.
- 84- Wong J. The « making » of teenage pregnancy. International studies in the philosophy of science. 1997; 11(3): 273-288
- 85- Beauchamp T. et Childress J. Les principes de l'éthique biomédicale. 5e éd. Paris: Les Belles Lettres; 2008. p. 259
- 86- Burke G. Ethics and medical decision-making. Prim. Care. 1980; 7: 615-624.
- 87- Emanuel E. and Emanuel L. Four models of the physician-patient relationship. JAMA. 1992 Apr; 267(16): 2221-6.
- 88- Beauchamps T. History of Informed Consent, Meaning and Elements of Informed Consent, Paternalism. In: G.Post S. Encyclopedia of bioethics. 3e éd. New York: MacMillan; 2003.
- 89- Kant E. Sur l'expression courante : il se peut que ce soit juste en théorie, mais en pratique cela ne vaut rien (1973). 7^e éd. Paris: Vrin; 2000. p. 31.
- 90- Kant E. Fondements de la métaphysique des mœurs (1785). Paris: Delagrave ; 1966 : p. 148.
- Mill J.S., On Liberty. Réédition. Oxford: Oxford University Press; 1998. p. 10.

91- Beauchamps T. et Childress J. Les principes de l'éthique biomédicale, chapitre 8. 5^e éd. Paris : Les Belles Lettes ; 2008. p. 488-512.

92- Feinberg J. Legal Paternalism. *Canadian Journal of philosophy*. 1971 ; 1(1) : p. 113.

Mis en forme : Anglais (États-Unis)

93- Pavilanis A. Ethical questions in adolescent contraception. *Can. Fam. Physician*. 1989 Jun ; 35: 1317-20.

94- Korf Sausse S. Aux sources de l'éthique : les enjeux psychiques de la relation de soin. In : Benaroyo L, Lefève C Mino J-C, Worms F. *La Philosophie du soin*. Paris: PUF; 2010. p. 57-67.

95- Dworkin G. Paternalism. *The Monist*. 1972; 56: 64-84 1972

Rawls J. *A theory of justice* (1971). Ed. Rev. Harvard: Harvard University Press; 1999. p. 209.

96- Beauchamps T. et Childress J. Les principes de l'éthique biomédicale, chapitre 8. 5^e éd. Paris : Les Belles Lettes ; 2008. p. 104.

97- Dodds S. Choice and control in feminist bioethics. In: Mackenzie C and col. *Relational Autonomy: Feminist Perspectives on Autonomy, Agency and Social Self*. Oxford: Oxford University Press; 2000. p. 213-35.

98- Beauchamps T. et Childress J. Les principes de l'éthique biomédicale, chapitre 8. 5^e éd. Paris: Les Belles Lettes ; 2008. p. 92.

99- Katz J. *The silent world of doctor and patient* (1984). 3e éd. Baltimore: The John Hopkins University Press; 2002. 260 p.

100- Mill John Stuart. *Utilitarianism* (1863). 2e éd. Londres: Longman; 96 p. 1864

101- Sherman N. *The Fabric of Character: Aristotle's Theory of Virtue*. Oxford: Oxford University Press; 1989.

102- Lefève C. La relation de soin doit-elle être une relation d'amitié ? In : Benaroyo L, Lefève C, Mino J-C, Worms F. *La Philosophie du soin*. Paris: PUF; 2010. p. 118-121

103- Ph. Barrier. Le soin comme accompagnement. In: Benaroyo, Lefève C, Mino J-C, Worms F. *La philosophie du soin*. Paris: PUF; 2010. p. 164-165.

- 104- Sherman N. *The Fabric of Character: Aristotle's Theory of Virtue*. Oxford: Oxford University Press; 1989. p. 13-55.
- 105- Gilligan C. *Une voix différente: pour une éthique du care* (1982). Paris: Flammarion; 2008. 278 p.
- 106- Sherwin S. *A Relational Approach to Autonomy in healthcare*. In: Sherwin S. *The politics of women's health: exploring agency and autonomy*. Philadelphia: Temple University Press; 1998. 321 p.
- 107- MacLeod C, Sherwin S. *Relational autonomy, self-trust and health care for patients who are oppressed*. In: Mackenzie C and col. *Relational Autonomy: Feminist Perspectives on Autonomy, Agency and Social Self*. Oxford: Oxford University Press; 2000. p. 259-79.
- 108- Pour approfondir la notion d'interdépendance :
- Gilligan C. *Une voix différente pour une éthique du care*. Paris: Flammarion; 2008. p. 107-69.
- Molinier P, Paperman P, Laugier S. *Qu'est ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*. Paris: Payot; 2009.
- 109- Feinberg J. *Harm to Self*. New York: Oxford University Press; 1986. p. 47.
- 110- Canguilhem G. *Le normal et le pathologique*. 8^{ème} ed. Paris: PUF; 1999. p. 134.
- 111- Aujoulat I. *L'empowerment des patients atteints de maladie chronique* [thèse de doctorat en santé publique]. Louvain : Université catholique de Louvain; 2007.
- 112- Ricoeur P. *La sollicitude et la norme*. In : Ricoeur P. *Soi-même comme un autre*. Paris: Seuil; 1990. p. 254-64.
- 113- Lequan M. *La philosophie morale de Kant*. Paris: Seuil; 2001. p. 150-153.
- 114- Beauchamps T. et Childress J. *Les principes de l'éthique biomédicale, chapitre 8*. 5^e éd. Paris : Les Belles Lettes ; 2008.
- 115- Sherman N. *Emotions*. In: In: G.Post S. *Encyclopedia of bioethics*. 3e éd. New York: MacMillan; 2003. p. 740-45.

- 116- Gilligan C. Une voix différente: pour une éthique du *care* (1982). Paris: Flammarion; 2008. p. 44-45.
- 117- Susan Sherwin, No Longer Patient : Feminist ethics and Health Care, Philadelphia, Temple Press University, 1992 et Joan Tronto, Un monde vulnérable, Paris, ed. La découverte, 2009
- 118- J-P Cobbaut. Quelle tâche pour une éthique du soin aujourd'hui. In: Benaroyo L, Lefève C, Mino J-C, Worms F. La Philosophie du soin. Paris: PUF; 2010. p. 97-103.
- 119- Claire Marin. "Who cares? » L'attention au malade dans la relation thérapeutique. In: Benaroyo L, Lefève C, Mino J-C, Worms F. La Philosophie du soin. Paris: PUF; 2010. p. 127-140.
- 120- Nussbaum M. The Fragility of Goodness, Luck and Ethics in Greek Tragedy and Philosophy. Cambridge: CUP; 1986.
- 121- Pour une bibliographie plus approfondie des textes fondateurs de l'éthique narrative : voir Lefève C. Quelle place pour la clinique dans la formation éthique des futurs médecins ? In : Lefève C. Barroux G. La clinique Usages et valeurs. Paris: Seli Arslan; 2013. p. 94.
- 122- Draperi C. Narration, soin et accompagnement. In: Benaroyo L, Lefève C, Mino J-C, Worms F. La philosophie du soin. Paris: PUF; 2010. p. 39-42.
- 123- Lecorps P. Penser le patient comme sujet « éduicable ». Pédagogie Médicale. 2004 May; 5(2): 82-6.
- 124- Monseu N. Narration de vie et identité(s) de soi selon l'herméneutique de Paul Ricoeur. In : Pinsart M-G. Narration et identité. Paris: Vrin; 2008. p. 17-33.
- 125- Pour plus de précisions sur la philosophie de la médecine de Georges Canguilhem voir : Lefève C. Quelle place pour la clinique dans la formation éthique des futurs médecins ? Fondements philosophiques et exemples d'enseignement d'éthique utilisant le cinéma. In : Lefève C, Barroux G (dir.). La Clinique. Usages et valeurs. Paris: Seli Arslan; 2013. p. 85-112.
- 126- Ricoeur P. Soi-même comme un autre. Paris: Seuil; 1990. p. 137-166

- 127- Canguilhem G. Puissance et limites de la rationalité en médecine (1978). In: Canguilhem G. Etudes d'histoire et de philosophie des sciences. 7^{ème} ed. Paris: Vrin; 1994. p. 409.
- 128- Côté L, Hudon E. L'approche centrée sur le patient. In : Richard C, Lussier M-T. La communication professionnelle en santé. Québec: Edition du Renouveau; 2005.
- 129- Programme du DES de Médecine Générale. Faculté Paris Est Créteil. Disponible : http://www.medecinegen-creteil.net/wp_creteil/wp-content/uploads/2013/10/Programme-T1_DES_MG_Cr%C3%A9teil_2010_2011.pdf
- 130- Pour approfondir la question du point de vue du narrateur :
- M.G Pinsart. L'éthique narrative. In: Narration et identité. Paris: Vrin; 2008. p. 113-134.
- Chambers T. The fiction of bioethics. Cases as literary texts. New York: Routledge; 1999.
- 131- Lefève C. Devenir médecin. Paris: PUF; 2012.
- 132- Paul Ricoeur. La souffrance n'est pas la douleur (1992). Texte retranscrit et commenté dans Claire Marin et Nathalie Zaccai-Reyners. Souffrance et douleur. Autour de Paul Ricoeur. Paris: PUF; 2013.
- 133- M.G Pinsart citant J.Hardwig. L'éthique narrative. In: Narration et identité. Paris: Vrin; 2008. p. 131.
- 134- Canguilhem G. Le normal et le pathologique. 8^{ème} ed. Paris: PUF; 1999. p. 118-34.
- 135- Gaille M. La vertu thérapeutique du récit de vie : illusion humaniste ou réalité d'un soin bien compris. Perspective soignante. 2013 Avril; 46: 42-57.
- 136- Memmi D. Faire vivre et laisser mourir. Paris: Ed. La Découverte; 2003. p. 15-43.
- 137- *Ibid.* p. 60.

SOUTENANCE A CRETEIL

ANNEE : 2014
NOM ET PRENOM DE L'AUTEUR : MAZABRARD Pauline
DIRECTEUR DE THESE : Mme Céline LEFEVE et Pr Claude ATTALI
<p>TITRE DE LA THESE : La question de la normativité dans la relation médecin-malade en soins primaires à travers le cas de la grossesse précoce.</p> <p>Ce travail est né d'une situation vécue au cabinet de médecine générale, celle d'une adolescente enceinte refusant contre l'avis de son entourage d'interrompre sa grossesse. Au-delà de l'exemple particulier de la grossesse chez l'adolescente, cette situation de conflit des normes entre médecin et patient est omniprésente dans la relation de soin qui, par définition, est la rencontre entre deux individualités, deux systèmes de valeurs. Cette étude s'appuie sur les données historiques, sociologiques, éthiques, médicales et épistémologiques qui sont au service d'une réflexion en philosophie du soin sur la notion de subjectivité en médecine. Tout d'abord, nous décrirons l'évolution de la norme procréative et la construction du concept de grossesse précoce. Puis, nous ferons un état des lieux des différentes hypothèses explicatives avancées quand à ce phénomène. Enfin nous explorerons les enjeux éthiques et philosophiques que pose la confrontation des valeurs du médecin et du patient dans un contexte où chacun est porteur d'une norme plus ou moins contraignante. Finalement, la prise en charge centrée sur la personne apparait comme la meilleure voie pour développer une relation thérapeutique satisfaisante. Cette pratique trouve son cadre théorique dans l'éthique du <i>care</i> et l'éthique narrative : une éthique de l'individualité. Elle nécessite de prendre en compte ce qui constitue la norme de vie du patient, sa subjectivité, son système de valeurs. Plus largement ce travail de synthèse permet de développer une pensée plus complexe que celle offerte par le modèle biomédical et plaide pour une pratique réflexive qui se nourrit de plusieurs disciplines entres sciences et humanités.</p>
MOTS-CLES : grossesse adolescente, IVG, éthique narrative, soins centrés sur le patient, soins primaires.
<p>ADRESSE DE L'U.F.R. : 8, Rue du Général SARRAIL</p> <p>94010 CRETEIL CEDEX</p>