

# **ETHIQUE ET DECISION MEDICALE : ANALYSE SOCIOLOGIQUE ET JURIDIQUE DU FONCTIONNEMENT DU "COMITE DE VIGILANCE" D'UN DEPARTEMENT DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE DE CHU.**

Recherche subventionnée par le GIP « Mission de Recherche Droit et Justice » dans le cadre d'un appel d'offre commun avec la MIRE

## **Rapport de fin de contrat : note de synthèse**

Hélène GRANDJEAN\*, Gynécologue-Obstétricien, Epidémiologiste

Monique MEMBRADO\*\*, Sociologue

Claire NEIRINCK\*\*\*, Juriste

Anne-Marie RAJON\*, Pédiatre, Psychothérapeute

Virginie SERRATE - FONVIELLE, Sociologue

\*CJF INSERM 94-06, Département de Gynécologie-Obstétrique du CHU LA GRAVE

\*\*CIEU CNRS ESA 5053, Université Toulouse II

\*\*\*Université de Sciences Sociales, Toulouse I

Toulouse, janvier 1998

# **ETHIQUE ET DECISION MEDICALE : ANALYSE SOCIOLOGIQUE ET JURIDIQUE DU FONCTIONNEMENT DU "COMITE DE VIGILANCE" D'UN DEPARTEMENT DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE DE CHU.**

Recherche subventionnée par le GIP « Mission de Recherche Droit et Justice » dans le cadre d'un appel d'offre commun avec la MIRE

Hélène GRANDJEAN, Monique MEMBRADO, Claire NEIRINCK, Anne-Marie RAJON\*, Virginie SERRATE - FONVIELLE

## **Rapport de fin de contrat**

### **Résumé**

La loi de 1975 indique que l'interruption volontaire de grossesse peut être pratiquée à toute époque dès lors que l'enfant à naître est atteint d'une affection incurable d'une particulière gravité. Le département de Gynécologie-Obstétrique du CHU de Toulouse confie les décisions d'interruption dans ces cas à un « comité de vigilance » qui se substitue aux deux médecins prescrits par la loi. Créé pour faire face à l'incertitude et tenter d'introduire plus d'objectivité dans les décisions, le comité vise à réguler la demande d'interruption de grossesse.

L'analyse de son mode de fonctionnement a conduit à poser la question de l'efficacité et de la légitimité de la prise de décision collective. L'étude des critères qui motivent les décisions du comité a permis de mettre en évidence l'« excès de responsabilité » que la loi confie aux médecins en leur attribuant une mission de production de normes qui ne sont pas seulement médicales mais aussi sociales. Elle a souligné la place particulière accordée, parmi les critères de décision, aux altérations prévisibles des capacités mentales ainsi qu'à l'âge gestationnel avancé, qui conduit, dans un certain nombre d'anomalies graves qui ne sont pas létales, à un geste actif d'interruption de la vie du fœtus avant le déclenchement de l'accouchement. Le rapport a également souligné que l'essentiel de ce que le comité ajoutait à la loi, pour faire face à l'incertitude, était le débat et que la prise de décision collective avait pour résultat d'atténuer les positions extrêmes par rapport à la décision à prendre.

Les possibilités du diagnostic anténatal ont beaucoup progressé au cours des dernières années, entraînant des modifications dans la pratique des interruptions dites "médicales" de grossesse (I.M.G) en cas d'anomalie foetale (malformation ou anomalie chromosomique). Les progrès techniques concernent à la fois la qualité et la généralisation de la surveillance échographique de la grossesse et le développement des méthodes d'investigation invasives du fœtus (ponction du cordon, foetoscopie), permettant de porter des diagnostics de plus en plus précis. Dans le même temps les possibilités médicamenteuses de déclenchement du travail avant terme (prostaglandines) ont permis d'envisager de réaliser des interruptions de grossesse quel que soit l'âge de la grossesse.

La loi du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse précise que **"l'interruption volontaire d'une grossesse peut être pratiquée à toute époque si deux médecins attestent, après examen et discussion, que la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme ou qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité, reconnue comme incurable au moment du diagnostic"**.

Dans la pratique médicale quotidienne, les principales difficultés d'application de cette loi sont liées aux deux points soulignés dans le texte de la loi.

L'interprétation de la "particulière gravité" de l'affection foetale repose à la fois sur des critères objectifs (la réalité anatomique de la déficience, par exemple l'absence d'un membre) et des critères subjectifs (le désavantage lié à cette déficience). Sur ce point, les positions des médecins ne sont pas forcément homogènes et la demande des familles peut également être en opposition avec la décision médicale. De plus la notion de "curabilité" est souvent discutée; en effet, pour de nombreux cas la réparation de la déficience comporte un risque de séquelles dont la gravité est variable, ce qui conduit les experts à exprimer leur pronostic en termes de probabilités.

La loi indique en outre la possibilité de réaliser une interruption "à toute époque" et donc même à une période où le fœtus est viable sans intervention médicale (au delà de 32 semaines). Or toutes les affections graves et incurables ne sont pas létales (trisomie 21, polymalformations des membres) et la découverte tardive d'une malformation n'est pas exceptionnelle.

Ce sont essentiellement ces deux types de difficultés qui ont conduit le département de gynécologie-obstétrique du CHU de Toulouse à mettre en place un "Comité de Vigilance". Cette démarche substitue un collectif aux deux médecins à qui la loi confie la responsabilité de la décision d'interruption médicale de grossesse. Elle visait, en élargissant le partage des responsabilités, à mieux faire face à l'incertitude contenue dans les critères de gravité et d'incurabilité que la loi impose sans les définir.

La recherche que nous rapportons s'est attachée à l'observation des pratiques et à **l'analyse du processus décisionnel** d'un double point de vue : sociologique et juridique.

Elle a été réalisée à partir de l'observation et de l'enregistrement pendant un an des réunions du Comité de Vigilance (8 réunions mensuelles sur des sujets généraux et 12 réunions ponctuelles de

décision urgente) et à partir d'entretiens réalisés auprès de l'ensemble des membres du comité. Séances et entretiens, supports de l'analyse, ont été intégralement retranscrits

**L'histoire du « Comité de Vigilance »** est intimement liée à la définition de ses missions et de ses objectifs, autrement dit de sa « raison » d'être. Si tous ses membres ne s'accordent pas sur l'existence d'un « événement déclenchant » ou si la mémoire leur en fait défaut, la plupart en appelle à l'impossibilité ou à la difficulté de la prise de décision individuelle dans certains cas et à l'éprouvante épreuve du « geste » dans d'autres.

Les interprétations sur l'histoire et la composition du collectif ne sont pas homogènes, dominées sans doute par le côté informel des cooptations. La nécessité de l'ouverture à toutes les spécialités impliquées dans le diagnostic anténatal recueille cependant tous les suffrages. Il est donc composé de 28 membres : obstétriciens, pédiatres, sages-femmes, anesthésistes, psychiatre et psychothérapeute. La présence des sages-femmes et des anesthésistes a dû se négocier, en particulier autour de la responsabilité de l'acte médical qu'ils sont amenés à effectuer.

Dépasser la prise de position individuelle ou au moins l'avis personnel semble une nécessité pour tous afin de mieux accéder à « l'objectivité ». La question est de savoir si l'objectivité s'acquiert mieux à plusieurs. Il y a là, d'une part, une croyance dans l'effet du groupe qui peut pondérer la position de l'individu, d'autre part, la conviction - ou en tout cas elle s'affiche comme telle - qu'une décision rationnelle peut surgir de la confrontation collective.

Face à l'argumentation déployée, la notion de « vigilance » prend tout son sens, même si elle ne fait pas l'unanimité : il s'agit bien de veiller à plusieurs à ce que les positions personnelles et « subjectives » ne l'emportent pas, c'est-à-dire aussi les positions affectives. Les médecins savent bien que sont engagées dans les prises de position autour des I.M.G. les valeurs personnelles et idéologiques de chacun et qu'une décision de ce type, qui implique des choix de vie ou de mort pour autrui, ne peut se prendre à la légère. La garantie de l'objectivité qui est la garantie de la scientificité suppose aussi que le décideur se protège du demandeur, et le groupe peut y contribuer. La création d'un collectif sert ainsi à **réguler la demande**. Un des rôles du collectif consiste donc en une fonction de régulation des « passions » internes et externes, avec pour finalité la recherche d'un comportement le plus rationnel possible. Cependant la rationalité peut-elle être opérante dans des situations où l'incertitude domine la plupart des débats ? On peut comprendre que la recherche d'un consensus soit espérée mais peut-elle (et est-ce souhaitable?) faire l'impasse sur les multirationalités qui s'expriment pour aboutir à une décision qui n'est certainement pas le résultat d'un processus linéaire ?

Une autre dimension constitue un enjeu de taille dans le fonctionnement du comité, il s'agit de son **rôle décisionnel**. Ce fonctionnement pose au moins deux questions fondamentales, celle de l'efficacité et de la légitimité de la prise de décision collective - si tant est qu'elle puisse se définir ainsi - et celle de la responsabilité du groupe en regard de la responsabilité individuelle. Le collectif est amené, en fin de séance, à prendre une décision d'acceptation ou de refus d'interruption, c'est-

à-dire, en règle générale, à avaliser ou non la demande faite par la femme ou le couple. Ce choix le met en position de donner une réponse collective à la demande. Autrement dit, les positions individuelles exprimées au cours de la confrontation s'effacent au profit d'une position majoritaire qui peut apparaître dans son résultat comme consensuelle. Or le consensus est rarement acquis dans des séances où sont exposés et soumis au débat des cas au sujet desquels les arguments dépassent les seuls critères médicaux.

Si la problématique du projet de recherche s'intéressait particulièrement au processus d'élaboration de la décision plus qu'à la décision elle-même, le cours de la recherche a manifesté cependant l'intérêt de mesurer - ou au moins de tenter d'appréhender - comment s'effectuait le passage d'une argumentation complexe et souvent non consensuelle à une décision unique qui de ce fait avait pour effet de balayer la complexité et les positions contrastées exprimées dans le débat. Quels sont in fine les arguments qui ont pesé, quels sont les effets du groupe sur les décisions individuelles et qu'est-ce que détermine un vote à main levée autrement dit « visible », « public » ?

On peut admettre qu'une règle du jeu a été proposée et que tous les participants ont choisi de s'y conformer. A l'expérience, cette conformité ne va pas de soi, on en a pour exemples : les débats récurrents autour de la règle qui lie les individus membres du comité à la décision collective, les reconductions de discussion alors que le vote a eu lieu, les reports de décision alors que le vote a été effectué (pour des raisons de faiblesse du nombre des votants ce jour là). Ces procédés inhabituels manifestent non seulement la difficulté d'aboutir, dans une certitude jamais totalement acquise, à une détermination pratique dont tous connaissent la lourdeur, mais encore les incertitudes quant à la légitimité de l'attitude décisionnelle.

Le rôle décisionnel du comité pose en dernier ressort la question fondamentale de la légitimité de la **décision collective** en regard de la question de la responsabilité. Cette interrogation est permanente dans les séances de présentation des cas. Sur quels arguments va-t-on trancher ? C'est-à-dire qu'est-ce qui va déterminer la décision finale qui engagera le collectif tout entier et chacun de ses membres ? C'est le nombre. *Il faut bien arriver à un moment à trancher. Donc on ne tranche pas, on tranche par le nombre* . Cette formule paradoxale rend bien compte du sentiment éprouvé ainsi que du résultat du débat : la dilution de la décision dans le groupe, autrement dit, de la **responsabilité individuelle**. Ce fait qu'exprime encore plus clairement cet autre paradoxe : *ce n'est personne qui prend la décision, c'est tout un groupe*.

Ce que la loi impose dans le cas des interruptions médicales de grossesse c'est que « la décision n'appartient plus uniquement à la femme (comme pour l'I.V.G.) mais à deux médecins particulièrement qualifiés », plus précisément deux médecins dont l'un est expert auprès des tribunaux. Ce que la loi ne prévoit pas ce sont les difficultés de la décision à prendre - en effet comment légiférer sur l'incertitude?- et **ce que le comité ajoute à la loi pour faire face à l'incertitude c'est le débat**. Le débat a donc une fonction de réassurance - ne plus être seul à prendre une responsabilité -, de « rationalisation »- se protéger des influences subjectives et affectives qui pourraient participer à l'interprétation des termes de la loi : « péril grave », « forte

probabilité », « particulière gravité » et « incurabilité ». La place est donc laissée par la loi - involontairement - à la confrontation des positions, des arguments en faveur d'une interprétation la plus « objective » possible des cas de malformation. Avant d'être une aide à la décision, le débat doit être une aide à la précision des catégories interprétatives de la « particulière gravité » ou de l'« incurabilité » de l'affection dont est atteint le fœtus. Le législateur abandonne aux médecins - par refus de stigmatisation d'une catégorie de population - le pouvoir de décider en fonction de leurs compétences médicales de la poursuite ou non d'une grossesse. Cependant ce que la loi ignore c'est le « geste » qui est au fondement des débats et de la création du Comité de Vigilance. L'épreuve du geste revient comme un argument de poids quand les critères médicaux sont insoutenables ou difficilement crédibles. Cette dimension de confrontation à la mort et à la souffrance inhérente à la relation thérapeutique prend ici un sens particulièrement aigu que ni la loi, ni les chercheurs, ni la population ne prennent suffisamment en compte. Quand on sait de plus que les médecins ont à statuer sur des situations qui la plupart du temps ne relèvent pas de compétences seulement médicales, on peut avancer l'hypothèse de l'« excès de responsabilité » qui leur est dévolu.

Dans l'absence de législation, il y a donc place pour le débat. La composition même du collectif, dominé par la discipline médicale impliquée dans le diagnostic anténatal, pose la question **de la production de normes médicales**. L'existence même du Comité de Vigilance - et ce qui s'y passe - contredit le présupposé de l'existence d'un consensus cognitif et moral entre les différents membres. Le Comité de Vigilance ne prétend pas élaborer des normes universelles. Cependant il espère bien produire à un moment du consensus. C'est l'observation et l'analyse des arguments déployés lors de chaque séance qui peuvent permettre de mettre à l'épreuve l'existence ou non d'une « routinisation » ou d'un systématisme des décisions et sans doute aussi de faire émerger un certain type de règle.

La confrontation des arguments fait apparaître des attitudes qui, à travers des comportements locutoires assez répétitifs, renvoient à des positions personnelles qui manifestent l'existence chez les acteurs d'une forme de rationalité relativement constante. Il est indéniable que des types de comportement émergent, fortement liés à des positions personnelles - implicites mais aussi professionnelles - sur la question générale de l'interruption médicale de grossesse. Il est intéressant de mettre en regard les argumentations déployées en comité avec celles qui se donnent en dehors d'une mise en situation de confrontation collective, c'est-à-dire en situation d'entretien avec le chercheur. Ainsi, il apparaît que **des types de situations sont soumises à des rationalités d'acteurs**.

Deux tendances éthiques apparaissent : les « **régulateurs** » et les « **attentifs à la demande** ». Les « attentifs à la demande » insistent sur la notion de handicap dans le sens de discrimination sociale et de stigmatisation. Le regard que la société porte sur le handicap est un thème qui s'associe à l'attitude compréhensive que l'on peut avoir envers la demande des familles. C'est la « souffrance » qui est mise en avant, la vision d'une vie « difficile » incompatible avec « une vie

normale ». Les évocations de l'accession de l'enfant à la vie empruntent au registre de la souffrance à venir.

Un des thèmes récurrents du discours des « régulateurs », même s'il n'est pas absent chez les « attentifs à la demande », est celui de la définition de la fonction soignante. L'interruption médicale de grossesse est un « non soin ». Même si tous les membres du comité s'interrogent sur le sens et les limites de la « normalité » : *qu'est-ce qu'une vie normale ?*, ceux là sont plus prêts à mettre en scène les individus qui « vivent bien avec leur handicap ».

Leur tendance est alors de *freiner* une demande qui risque fort de les entraîner vers la *dérive* ou les *abus* et, *dans le doute, il faut donner une chance à l'enfant*. Ils rappellent que les *médecins obstétriciens, pédiatres, l'équipe sont les seuls défenseurs de l'enfant*. Cette attitude veut s'opposer à l'attitude générale de notre société qui vise « l'enfant parfait ».

Le clivage entre ces deux tendances recoupe assez bien des positions professionnelles. Il est plutôt courant pour les obstétriciens et anesthésistes de se situer du côté des « régulateurs » et pour les pédiatres et sages-femmes du côté des « attentifs à la demande ».

Ces diverses positions ou tendances s'expriment à travers la difficulté à manier les catégories pertinentes qui permettraient de faire un choix le plus « objectif » possible c'est-à-dire le plus libéré des passions et des affects. Que l'on se place du côté de ceux qui « dans le doute » privilégieront la demande ou de ceux qui « dans le doute » se feront les « défenseurs de l'enfant », la place accordée à l'argumentation médicale ou « scientifique » est bien faible. Le recours aux termes de la loi peut avoir un effet rassurant, mais bien vite s'installe le désarroi dans lequel les laisse la **définition de la « malformation incompatible avec une vie normale »**. Le terme de « vie normale » n'est d'ailleurs pas présent dans l'énoncé juridique. Les « franges limites » sont difficiles à trouver parce qu'il s'agit en dehors des cas médicalement non viables, de statuer sur des cas « incompatibles avec une vie normale ». en dehors de ces pathologies, la plupart des autres posent la question de la capacité qu'aura l'individu d'avoir une « vie normale ».

Et c'est là que le seuil est difficile à fixer. L'argumentation des médecins emprunte alors sa rhétorique au champ du social. Ils se trouvent en situation de définir ce qui est socialement acceptable ou non. Comme le dit l'un d'entre eux : « le problème est de savoir comment apprécier la qualité de vie? ». Et la définition de la « particulière gravité » qui leur incombe les installe dans un dilemme où le relativisme règne.

En effet, si le statut de l'embryon n'est pas l'objet du débat, celui du fœtus devenu viable - et on sait qu'avec les nouvelles techniques médicales il le devient très tôt -, pèse d'un poids considérable dans le processus décisionnel. L'âge de la grossesse fait partie des critères déterminants de la décision. De ce fait, le comité se situe en dehors des critères de la loi qui postule que l'interruption de grossesse pour raisons médicales peut se faire « à toute époque ». C'est ainsi que s'instaurent progressivement, au cours des différents processus décisionnels engagés, des manières de fonctionner où se dégagent des normes propres au groupe qui relèvent on pourrait dire d'une éthique bio-médicale.

En effet, dans l'incertitude médicale, et quand entrent en jeu des données d'acceptation sociale, ce sont des critères d'ordre éthique qui sont mobilisés. L'introduction, comme argument relativement décisif, de l'âge de la grossesse est une manière de mettre en avant la responsabilité d'un geste lourd dans sa réalisation et dans le sens qu'il donne à l'activité médicale. Par cette référence à l'âge de la grossesse et au geste qui doit « interrompre une vie », les praticiens en appellent à la responsabilité médicale devant laquelle les placent des choix de société. *Que sommes-nous ? Est-ce que c'est vraiment notre rôle ? Est-ce que c'est vraiment notre rôle d'aller tuer ces enfants ?*

L'argument du geste - qui confère, il faut le souligner, un sens particulier à la pratique médicale de l'interruption de grossesse -, agit pour les praticiens comme un garde-fou, comme un instrument de protection contre l'insécurisation à laquelle les voue la situation d'incertitude qu'ils doivent affronter. Ce repli sur le geste, sur l'acte médical à accomplir, auquel les autres (les demandeurs, la population et tous ceux qui ne l'accomplissent pas) se rendent aveugles, constitue pour les médecins un rempart contre l'engagement à produire des normes sociales exigées d'eux implicitement.

En effet, est-ce qu'il appartient au corps médical de décider des règles sociales d'acceptabilité du handicap ? Est-ce qu'il lui revient de définir la capacité des individus à mener une « vie décente », une vie « normale » ?

C'est pourtant devant cet « excès de responsabilité » qu'il se trouve placé et c'est de cette exigence qui outrepassé ses attributions, dont il débat dans les séances de présentation des cas, à travers un argumentaire où le recours aux compétences médicales reste relativement mince.

**Le rapport juridique** démontre aussi que les objectifs que les membres du Comité de Vigilance s'étaient fixés et qu'ils cherchent en toute conscience à réaliser - le respect de la loi et l'objectivité de la décision d'interrompre ou non une grossesse - ne sont pas atteints. Mais le présent rapport souligne également que de tels objectifs sont impossibles à atteindre. La loi, qui n'a pris en compte que la nécessité de l'interruption de la grossesse sans se préoccuper de sa réalisation, ne peut qu'être modifiée par sa confrontation à l'acte abortif. Les déformations liées à sa mise en oeuvre sont inévitables. La présente étude a permis d'appréhender certaines d'entre elles. Les critères légaux, centrés autour de la notion de gravité, interdisent une démarche exempte de subjectivité. Dès lors le juriste ne peut que souligner que si la loi n'est pas toujours respectée, c'est peut-être parce qu'elle n'a pas elle-même respecté la profession médicale. Les médecins ne sont pas demandeurs du pouvoir normatif qu'elle leur a délégué et ils ne l'exercent qu'avec réticence. Ainsi la création du Comité de Vigilance n'est qu'une réponse, parmi d'autres, à cette difficulté éprouvée par le corps médical à exercer un contrôle de l'interruption médicale de grossesse à partir de critères légaux qui n'ont de sens qu'à travers l'interprétation plus ou moins subjective qu'il peut en faire.

Au delà de ce constat, l'étude menée est riche d'enseignements pour le juriste. Elle permet de comprendre que l'interruption thérapeutique de grossesse (I.T.G.) a considérablement évolué sous la pression des moyens de détection des anomalies fœtales. Ainsi le motif le plus ancien

d'interruption de la grossesse - lié à la menace que celle-ci fait peser sur la santé de la mère - semble aujourd'hui assez archaïque. En dehors du problème spécifique des demandes d'I.T.G. pour pathologie psychiatrique de la mère, il n'a plus vraiment de raison d'être. La démarche du Comité invite indirectement le législateur à le reconsidérer. Au contraire, la loi paraît tout à fait adaptée en ce qui concerne le deuxième motif d'ITG, dont le développement est lié aux progrès des méthodes d'investigation foetale. L'intuition des juristes est justifiée: ce cas de permission de la loi leur échappe totalement. Le contrôle en est exclusivement confié au corps médical et il ne peut en être autrement. En effet, la réalisation de l'ITG est le fruit d'un rapport d'équilibre entre la légitime souffrance des parents et le respect de la vie, les intérêts de la société et les intérêts des enfants à naître, or c'est l'état médical du fœtus qui permet la pesée de ces différents éléments. On peut souligner que la création d'un Comité de Vigilance présente l'intérêt -par rapport à la loi qui se contente de l'avis favorable de deux médecins - de gommer les positions extrêmes par rapport à la décision à prendre. Les "toujours favorables à l'interruption", comme ceux qui expriment toujours un avis défavorable, sont en quelque sorte neutralisés par la décision collective, nécessairement plus nuancée. Dans la mesure où la décision comporte inévitablement une part de subjectivité, ce mécanisme qui permet d'atténuer les positions extrêmes mériterait d'être généralisé. On peut d'ailleurs observer que le législateur contemporain a tendance, dans les textes les plus récents, à multiplier de telles instances collectives de décisions (par exemple pour le fonctionnement des centres de diagnostic prénatal).

Parmi les critères de décision du Comité, il convient de s'arrêter sur celui qu'il privilégie: l'influence de la pathologie sur l'état mental. La sensibilité du Comité correspond à la sensibilité contemporaine. Communiquer avec l'autre est érigé en facteur déterminant de la définition de la personnalité. Ainsi la mort cérébrale implique l'impossibilité irréversible d'une telle communication. On peut également souligner l'intérêt de l'approche pragmatique du critère de gravité, appréhendé sous un angle évolutif, en fonction de la durée de la grossesse. Cette approche donne une cohésion à l'ensemble de la loi de 1975. Au début de la grossesse, il suffit que la femme enceinte affirme sa détresse pour que la grossesse soit interrompue. Plus le fœtus se développe, plus il doit être protégé. Plus sa viabilité est assurée, moins sa naissance doit être remise en cause.

La recherche se donnait pour objectif la compréhension des règles qui président à l'élaboration du processus décisionnel du Comité de Vigilance d'un CHU. La complexité et l'incertitude sont les deux données premières sur lesquelles doit se fonder l'ambition d'intelligibilité des enjeux de cette pratique médicale. Conscients que les enjeux de la décision combinent les trois niveaux qui définissent l'éthique - les moeurs, les normes et les valeurs - et que la réponse apportée les engage bien au-delà du champ médical, les praticiens et acteurs impliqués dans la pratique du Diagnostic Anténatal souhaitent faire front. La création d'un collectif apparaît comme le meilleur rempart contre l'incertitude et tout particulièrement contre les passions et la subjectivité. L'objectif qu'il se donne implicitement est de « rationaliser l'irrationnel », de déployer face à la pression interne et externe exercée par les affects et les valeurs personnelles, un argumentaire étayé

scientifiquement, « réfléchi » et fruit d'une confrontation collective. On l'a vu, la tâche est ardue; la perplexité ne disparaît pas, le collectif reproduit de l'incertitude. Et il en reproduira à l'infini parce que les choix qu'il opère, d'une part, ne sont jamais (à de rares exceptions) le résultat d'un consensus, et d'autre part, engagent ses membres sur le terrain « illégitime » (au sens sociologique, c'est-à-dire hors de leurs compétences) des normes sociales.

Si les efforts de cette assemblée visent à se comporter en « bon juré », ou dit autrement « à s'élever au-dessus des circonstances en reconnaissant ce qui importe », on peut dire que d'une certaine manière ils ont échoué. Le collectif du service d'obstétrique reste une « fiction » au sens où l'emploie Ricoeur, « la fiction d'un contrat social ».

Devant la complexité de la tâche à accomplir, les acteurs du comité se trouvent portés, malgré eux, sur un terrain où les compétences médicales ne suffisent pas. Ils ont recours dans les débats à des arguments juridiques, psychologiques ou sociaux et souvent, nous l'avons vu, les critères médicaux sont de peu de poids. Cette dimension de la pratique médicale qui emprunte ses référents (au sens linguistique) aux registres des normes de l'acceptation sociale, les conduit à outrepasser le champ de leurs compétences. Responsables d'un acte qui les engage sur la voie de la suppression d'une vie potentielle, ils sont aussi responsables de la procédure qui leur confie le rôle de définition de la « normalité ». De ce point de vue la loi - et la société dans ses institutions- leur octroie par défaut un « excès de responsabilité ». Cette question qui est au fondement de leur acte est aussi au fondement des choix de société et de la répartition en son sein des pouvoirs de produire des normes.

C'est au nom d'un collectif essentiellement médical que se décrète ce qui est socialement acceptable ou pas. On peut comprendre l'inconfort et la complexité d'un tel processus décisionnel. L'époque contemporaine a vu se multiplier les comités d'éthique, qui sont des instances consultatives chargées de dégager une morale sur la base d'un consensus. Le Comité de Vigilance n'est pas un comité d'éthique. Il n'exprime pas un avis. Il ne cherche pas à dégager une morale générale sur l'interruption thérapeutique de grossesse. Il prend une décision directement applicable, que certains de ses membres doivent réaliser. Il s'agit simplement, à travers chaque cas, de rendre un acte non thérapeutique contraire à la démarche médicale (donner la mort) compatible avec les principes déontologiques et personnels de ceux qui vont le pratiquer. L'intervention du Comité de Vigilance permet de donner du sens à un acte que les progrès techniques ont rendu socialement nécessaire.