

## QUESTIONS ETHIQUES AUTOUR DE LA PREVENTION DE L'ALCOOLISATION FŒTALE

Lors des formations sur l'alcoolisation fœtale, les professionnels nous ont fait part de difficultés d'ordre éthique que nous pouvons classer en trois thèmes :

- « Je ne me sens pas légitime »
- « C'est une intrusion dans la vie privée »
- « Ne vais-je pas culpabiliser la future mère ? »

Nous les remercions d'avoir exprimé ces réticences car elles nous ont amené à nous interroger sur certaines évidences, certaines routines. Nous nous sommes demandé pourquoi ce malaise chez les professionnels de la périnatalité ?

Ils ne semblent pas rencontrer ces mêmes difficultés pour parler du tabac pendant la grossesse (les dossiers de maternité sont généralement renseignés sur la question du tabac et précisent le nombre de cigarettes fumées par jour), ni pour réaliser de multiples dépistages et examens pour la trisomie ou la toxoplasmose par exemple, ni pour aborder la prise de poids et l'alimentation.

Les professionnels engagés dans la prise en charge ou la prévention de l'alcoolisation fœtale nous ont fait part de l'importance des mécanismes d'évitement chez nombre de leurs collègues : minimiser le problème allant quelquefois jusqu'au déni « en 30 ans je n'en ai jamais rencontré », ou considérer que leurs patientes, vu leur niveau socio-économique, ne sont pas concernées, ou que l'alcoolisation fœtale est en dehors leur compétence, que c'est du ressort d'un autre professionnel, phénomène appelé la « patate chaude ».

Par ailleurs la prévention des conduites d'alcoolisation vers le public jeune n'a jamais suscité d'interpellation sur la légitimité à intervenir, de questionnement sur d'éventuels « effets indésirables » ou contreproductifs, ni sur des interrogations éthiques. Au contraire les jeunes apparaissent, pour les adultes, une « cible » évidente et prioritaire des actions de prévention.

Nous avons recherché dans la littérature si ces questions avaient été étudiées. Nous avons été étonnés de la faiblesse de la réflexion éthique sur la prévention. Dans le champ médical, les comités d'éthique s'intéressent essentiellement aux conséquences des avancées technologiques (génétique, biotechnologies, investigations diagnostiques...) aux questions d'eugénisme pour les interruptions médicales de grossesse et à l'épineuse question de l'euthanasie. Nous avons néanmoins trouvé quelques auteurs et un dossier réalisé par le CFES pour « la Santé de l'Homme » en 2000.

### QUELQUES DEFINITIONS

Pour Paul Ricœur, philosophe souvent cité sur ce thème, « l'éthique est une visée de la vie bonne, avec et pour autrui, dans des institutions justes ». Cette définition met en avant le caractère projectif de l'éthique, tendre vers un cap, un idéal, et d'autre part, le caractère politique à savoir l'importance des valeurs du vivre ensemble et des relations sociales entre individus ou inscrites dans les institutions.

Pour Michel Demarteau et ses collègues, professionnels de santé belges, « est éthique ce qui engage personnellement dans une situation d'incertitude, l'éthique concerne ma propre histoire, mes propres actes. Il n'est plus question de morale ou de loi, mais de la liberté dans l'action... (car il nous faut) faire face à l'écart inévitable entre ce que nous réalisons et ce que nous poursuivons. » Cette définition, plus proche de notre quotidien professionnel, nous rappelle un principe de réalité : les rêves perdent des plumes à l'atterrissage ou autrement dit l'enfer est pavé de bonnes intentions et insiste sur

l'importance de l'engagement personnel, nécessaire pour garder du sens à nos actions et respecter nos valeurs, même et surtout dans les situations complexes, les situations d'incertitude.

Pour le Dr Aldo Peresissino, « toute démarche d'éducation pour la santé s'inscrit, de manière ouverte ou cachée, consciemment ou non, dans un système de valeurs à l'intérieur duquel gravitent des questions de liberté individuelle, de rapports entre l'individu et la collectivité ou l'Etat, entre initiés et profanes, etc. Ce qui revient à dire qu'en ce domaine il y a de « l'éthique »... Il s'agit de créer les conditions pour que non seulement les acteurs habituels (...) mais encore l'ensemble du public prennent part à la réflexion et à la confrontation d'idées, de manière ouverte et récurrente, là, où et quand les problèmes se posent... c'est là une condition pour que l'éducation sanitaire participe à produire du sens et pas seulement des résultats. »

A la lecture du dossier de « la Santé de l'Homme », il apparaît également important d'ouvrir le débat, poser les questions c'est ne pas les ignorer même et surtout s'il n'y a pas de réponse. Les différents articles préconisent des réflexions collectives pour construire une éthique vivante qui élaborerait progressivement un cadre de référence qui nous fait défaut.

Pour ce qui concerne la prévention et la prise en compte de l'alcoolisation fœtale, nous vous proposons quelques repères et beaucoup de questions

## L'ALCOOL UN PRODUIT EXCEPTIONNEL ET ORDINAIRE

« Parler d'alcool c'est difficile » nous disent les professionnels, pourtant c'est un produit connu de tous, de consommation courante, qu'on peut acheter dans les grandes surfaces comme dans les épiceries de quartier, chez le poissonnier ou le boucher et même jusque récemment dans les stations services.

C'est un ingrédient presque systématique des fêtes publiques ou privées, c'est un produit associé au plaisir. C'est un objet de fierté pour nombre de français, en particulier les producteurs de boissons alcoolisées. Un lobby puissant entoure les hommes politiques et les lois qui concernent l'alcool sont généralement exceptionnelles à la fois parce qu'il n'est pas considéré comme un autre produit psychotrope, ce ne serait pas une drogue et que nombre de dérogations lui sont accordées.

La consommation d'alcool se fait au vu et au su de tout le monde si bien que personne n'en ignore les effets tant ceux recherchés que ceux subis. Les enfants apprennent très jeunes, en voyant les adultes vivre, faire la fête puis en ayant droit à la première gorgée, au premier verre que la norme avec l'alcool c'est de consommer, avec modération certes... mais pour une grande occasion, il se peut que les adultes ne fassent pas toujours ce qu'ils disent et commettent des excès.

Il n'est pas difficile d'échanger sur les bonnes affaires lors de foires au vin, le vin qui accompagne telle recette, d'offrir un verre, une bière, un apéro... quand on le partage avec ses proches, mais il est difficile de parler de l'alcool comme d'un produit dangereux, d'évoquer les effets indésirables sur la santé, les risques pris à court ou long terme.

Alors est-il difficile d'en parler ou est-il tabou d'en parler dans le cadre des soins ?

## LES NORMES ET LES REPRESENTATIONS SOCIALES

**Une représentation sociale** peut se comprendre comme une façon commune, au double sens de partagée et ordinaire, de concevoir un sujet. Elle peut être plus ou moins complexe, elle est peu consciente car elle apparaît comme une évidence et a pour caractéristique d'être très stable dans le temps. Il est à noter que les représentations sociales concernent l'ensemble de la population, les professionnels du sanitaire et du social comme les personnes dont ils ont charge.

Les travaux sociologiques sur la représentation sociale de l'alcool font apparaître un clivage entre ceux qui consomment avec savoir vivre et modération, c'est-à-dire vous et moi, et les autres : les malades alcooliques comme les abstinents. **La norme c'est de consommer des boissons alcoolisées**, même si la définition de la modération et les seuils à ne pas dépasser est très variables d'une personne à l'autre. **Les « déviants »** à cette norme se retrouvent de part et d'autre : les **abstinents** font l'objet de pressions sociales plus ou moins insistantes et sont rejetés, ils ne savent pas s'amuser, « ils ne sont pas des nôtres », tandis que **les malades alcooliques** sont jugés, stigmatisés pour avoir perdu la mesure de la modération et avoir glissé sur la pente savonneuse vers la dépendance. **la représentation sociale de l'alcoolique reste très péjorative**, personne ne souhaite l'être ni ne le souhaite à ses amis. L'alcoolique est une personne qui a perdu le contrôle de la situation et du même coup la considération des autres, elle est vue comme sans volonté, sans fierté, ne sachant plus faire face à ses problèmes, elle risque de tout perdre travail, famille, amis... de déchoir c'est-à-dire de sortir de la communauté des humains.

**Pour les femmes alcooliques**, les représentations sociales sont encore plus radicales ; si l'alcool peut renforcer la virilité, il fait perdre à la femme sa féminité et la rend suspecte d'être une mauvaise mère. Parmi les critères qui entraînent des mesures de placement d'enfants l'alcoolisation de la mère ne reste-t-elle pas pour le sens commun un des principaux critères sinon le principal ?

Poser la question : « est ce que vous buvez de l'alcool ? » c'est suspecter l'interlocuteur d'être « alcoolique ».

**C'est méconnaître la maladie alcoolique.** La notion de dépendance physique et/ou psychologique n'est pas entendue comme un concept médical, la perte de la liberté de se passer d'alcool pour vivre ...mais comprise dans le langage commun comme une habitude dont il serait difficile, frustrant de se passer. Le malade alcoolique n'est pas une personne qui n'arrive pas à se débarrasser d'une mauvaise habitude mais bien une personne dont la mémoire du corps lui rend impossible toute consommation modérée, contrôlée, c'est pourquoi il doit devenir abstinent, c'est-à-dire passer de l'autre côté de la norme, chez les autres déviants. Ce n'est pas facile car l'alcool n'est pas qu'un agréable moyen de se faire plaisir c'est aussi un puissant moyen de faire face aux difficultés de la vie, aux coups durs. Ne propose-t-on pas à une personne choquée de prendre un petit verre, « pour aller mieux ! » ? Il ne résout rien mais permet de décompresser, alors quand il faut apprendre à affronter les obstacles (ceux qu'on avait mis à distance) sans « remontant », ça demande des efforts et ça prend du temps. Les alcoologues le savent et nous le disent. De plus nous ne connaissons pas toutes les causes de cette dépendance et ne pouvons expliquer pourquoi certains consommateurs excessifs ne deviennent pas dépendants alors que d'autres le deviennent pour des consommations nettement plus faibles.

A cette méconnaissance de la maladie s'ajoute **une méconnaissance des soins alcoologiques** qui restent vus comme une longue suite de rechutes et sans réelle guérison. Peut-on vraiment s'en sortir ? Les soins alcoologiques sont assez peu techniques et reposent sur la relation, la confiance en soi, en l'autre, en l'avenir, à reconstruire. Si on compare la maladie alcoolique à d'autres pathologies chroniques, le diabète, le cancer...force est de constater que le soutien social, l'empathie accordés généralement aux malades, fait souvent défaut aux malades alcooliques, au contraire ils font peur, inspirent la pitié, voire le dégoût...Les sentiments de honte, les consommations clandestines se comprennent mieux si on les appréhende dans le cadre d'interactions entre l'environnement (souvent dans le jugement) et le malade. Les malades alcooliques abstinents et les mouvements d'entraide témoignent pourtant des succès de l'alcoologie mais ils restent assez peu médiatisés.

Le plus souvent on continue **d'associer misère et alcoolisme**, pourtant il est établi que la maladie alcoolique concerne toutes les couches de la société et, pour les femmes, les

dernières statistiques font apparaître les femmes cadres comme plus à risque que les autres. Si les personnes en situation de précarité, cumulant de multiples problèmes, sont aussi plus à risque de développer une dépendance à l'alcool, toutes ne le font pas. Cet amalgame est préjudiciable à tous : d'abord aux personnes en situation de précarité, toujours plus ou moins suspectes de trop consommer, mais aussi aux personnes mieux insérées à qui on ne proposera pas les soins, l'aide dont elles ont tant besoin. C'est une mise à distance, le plus loin possible, de l'alcoolique : l'autre qui ne boit plus comme tout le monde et l'autre qui vit dans l'exclusion sociale. Est-ce pour se protéger de lui qui fait peur ou pour se protéger de cette « maladie honteuse » ? L. Gaussoit nous propose de considérer que « cet autre monstrueux que représente souvent la figure de l'alcoolique n'est tout compte fait peut-être pas si différent de nous. »

Lors des formations autour de l'alcoolisation fœtale, les professionnels prennent conscience du poids et du frein que constituent ces représentations sociales, en particulier vis-à-vis des mères ou futures mères qui s'alcoolisent que ce soit ponctuellement ou de façon chronique.

## LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE

La grande majorité de la recherche sur la santé de la population identifie ce qu'il est convenu d'appeler les facteurs sociétaux comme déterminants majeurs de l'état de santé.

T. Poucet nous propose une réflexion originale sur ces inégalités : « Dans les représentations courantes, on vit encore sur le modèle microbien : la santé on l'a, ou on l'a perdue et cela relève surtout du médical. Or ce que l'analyse fine des facteurs de santé démontre c'est plutôt le contraire. Non seulement ce qui est le plus déterminant dans les destins sanitaires singuliers ce sont les facteurs économiques, sociaux et environnementaux dont on hérite et auxquels on continue à être exposé. Mais en plus le niveau de santé ne se distribue pas sur le modèle de la falaise, avec les plus démunis en bas et les préserver au sommet. Il se distribue en marches d'escalier, avec chaque fois un peu plus d'atouts de santé d'une marche à l'autre dans le sens ascendant. Comprendre ce qui agit sur la santé très compromise des groupes occupant les marches inférieures doit permettre d'identifier des problèmes décroissants mais réels, présents et solubles également sur les marches qui suivent. Ce qui donne en soi une image non pas misérabiliste mais solidariste de l'importance de s'attaquer à cette compréhension d'intérêt général. En considérant les plus mal lotis comme la loupe providentielle du genre humain... »

Quelle est alors notre responsabilité éthique d'accompagner, de rester avec et de ne pas abandonner les populations vulnérables, ceux qui cumulent les difficultés, les problèmes, les exclus ? L'alcool est-il le révélateur grossissant de ces problèmes ?

## L'EVOLUTION DU SYSTEME DE SOINS

Pour aborder le rôle des professionnels pour cette pathologie médico-sociale, il faut prendre en compte d'une part une prise en charge complexe dans un système encore très cloisonné : soins hospitaliers/ de ville, approche médicale/ sociale, santé somatique/ santé mentale... malgré les incitations à travailler en réseau, et d'autre part l'évolution de la médecine qui est de plus en plus technique et relègue au second plan la part relationnelle des soins.

**Même si la grossesse n'est pas une maladie**, l'accompagnement des femmes pendant leurs grossesses s'est fortement médicalisé, les accouchements à domicile sont devenus exceptionnels, les maternités sont classées selon leur plateau technique et le nombre d'accouchements réalisés. Pour protéger la vie de la mère et de l'enfant le suivi de grossesse comporte de plus en plus d'examen, les professionnels interfèrent de plus en plus dans la relation future mère / enfant à naître. Quel est le rôle du professionnel ? Doit-

il soutenir, renforcer cette relation en aidant la future mère à être « suffisamment bonne » ? Ou être le défenseur de l'intérêt du futur enfant et imposer en son nom les normes médicales ? Quelle est la place laissée à l'autodétermination de la femme ?

Comment « **conjuguer le souci pour l'enfant et celui pour la mère** ? Il est illusoire de croire que c'est facile » écrit G Cresson, pourtant « ceux qui choisissent une posture d'accompagnement, et non pas de jugement, de la mère et de la famille, à long terme, savent combien la revalorisation de la mère, de ses compétences et ressources, est une condition de la réussite de cette démarche. »

Comment ne pas sous-estimer un des intéressés ? M. Membrado dans sa recherche sur les interruptions de grossesse pour motif thérapeutique, montre que la technique échographique, en visualisant l'enfant à naître lui donne une réalité qui introduit une **dissociation mère-enfant** dans les perceptions médicales, impliquant une invisibilité de la femme, comme cela avait été repéré dans les méthodes de procréation médicalement assistée.

Quand il y a alcoolisation de la mère les professionnels, y compris ceux de l'alcoologie sont en difficulté car là il n'est plus seulement question de liberté individuelle de se faire plaisir ou de s'auto-médiquer face à la souffrance, **un autre être est en jeu**. Que penser d'une future mère qui, en s'alcoolisant, fait courir des risques graves à son futur enfant ? Une future mère en difficulté avec l'alcool ne sera-t-elle pas jugée mauvaise mère, ne risque-t-elle pas de se voir retirer son enfant si elle en parle ? MP Jumel, dans son enquête en maternité sur les femmes devenues mères, montre que les femmes vivent dans un environnement (le père, la famille, les amis) qui n'est pas toujours aidant pour respecter le « zéro alcool », et que rares sont les professionnels qui les ont informées sur cette question. La certitude que toute diminution de la consommation à n'importe quel moment de la grossesse sera bénéfique au fœtus ne semble pas suffire à ce que les professionnels s'autorisent à parler d'alcool avec toutes les femmes.

**Les grossesses à risques sont dépistées et accompagnées pourtant le risque alcool pendant la grossesse reste peu documenté**, les statistiques de périnatalité sont lacunaires car les dossiers sont peu remplis. Des réunions inter-services étudient les grossesses à risque, les grossesses de mères toxicomanes... mais peu les alcoolisations fœtales. Quand un retard de croissance intra-utérin est observé, l'hypothèse d'une alcoolisation fœtale est rarement envisagée. L'alcool une exception ?

Le risque de mettre au monde un enfant handicapé est de plus en plus repéré et les parents manifestent le désir d'un enfant parfait. **Qu'est ce qu'un handicap** ? Où commence t il ? Quel accueil pour ces enfants handicapés, ont-ils encore une place dans notre monde ? M Membrado a suivi les réflexions d'une commission d'éthique devant décider de la recevabilité des demandes d'IMG ; elle est a montré à quel point les médecins sont amenés à prendre des décisions sur des **critères non médicaux tels : « compatible avec une vie normale »**, comme le dit la loi.

Yvan Illitch dans son article : « **l'obsession de la santé parfaite**, un facteur pathogène prédominant » considère ce paradoxe : « Le système médical, dans un monde imprégné de l'idéal instrumental de la science, crée sans cesse de nouveaux besoins de soins. Mais plus grande est l'offre de santé, plus les gens répondent qu'ils ont des problèmes, des besoins, des maladies. Chacun exige que le progrès mette fin aux souffrances du corps, maintienne le plus longtemps possible la fraîcheur de la jeunesse, et prolonge la vie à l'infini. Ni vieillesse, ni douleur, ni mort. Oubliant ainsi qu'un tel dégoût de l'art de souffrir est la négation même de la condition humaine.» Pouvons-nous ajouter : que le progrès mette fin aux handicaps ! mais alors quelle sera la norme, la vie normale ? Qui la fixera ?

**Le zéro alcool pendant la grossesse est récent**. Si auparavant il était conseillé de réduire, d'éviter la consommation de boissons alcoolisées, une certaine tolérance laissait aux femmes et aux professionnels la latitude de fixer la limite, d'ailleurs des études

récentes montrent que la majorité des femmes enceintes réduisent nettement leur consommation et que certaines l'arrêtent spontanément.

Proposer **une abstinence le temps d'une grossesse** n'est pas si évident qu'il n'y paraît, en effet en 9 mois, il y aura de multiples occasions de partager un apéro, un bon vin, une coupe de champagne... Refuser les rituels de convivialité c'est s'exclure d'un plaisir qu'on partage habituellement, c'est se retrouver chez les « déviants » et bien souvent c'est devoir résister à l'affectueuse insistance des proches. Un exemple pour illustrer ces pressions affectives : M. propose à Mme une coupe de champagne pour fêter cette grossesse, Mme refuse arguant des conséquences pour l'enfant, M insiste car ses deux enfants d'un autre lit, sont très biens et leur mère avait fêté dignement l'événement. Pas si facile de dire « non merci ».

**La distance entre le professionnel et les femmes** : Etre professionnel c'est savoir maintenir la bonne distance entre soi et l'autre, : le patient, la parturiente, le bénéficiaire, le destinataire...tout en assurant une relation empathique. Ce n'est déjà pas simple quand l'autre est différent (il souffre d'une pathologie, il rencontre des problèmes de travail, d'insertion, de famille...) mais pour alcool et grossesse la bonne distance est d'autant plus difficile à trouver que **l'expérience est partagée** tant pour la grossesse ( la majorité des professionnels de la périnatalité sont des femmes qui ont des enfants) que pour la consommation d'alcool ( comme la majorité des français et des françaises).

Les professionnelles, n'ont généralement pas été totalement abstinentes pendant leurs grossesses et se sentent mal à l'aise pour délivrer à d'autres femmes un message qu'elles n'ont pas mis en œuvre, et ce, d'autant que leurs enfants ne leur semblent pas particulièrement pénalisés. Comment alors préconiser : Fais ce que je dis pas ce que j'ai fait ?

## LEGITIMITE ET CONNAISSANCES

**La légitimité des professionnels se fonde sur les connaissances** propres à leur discipline, pourtant au sein du champ de la santé différents courant de pensée s'opposent, en particulier sur la part respective du biologique, du psychique et du social. Sur la question du SAF et surtout des EAF, si la tératogénéité de l'alcool sur le fœtus et l'irréversibilité des atteintes neurologiques ont été établies, de nombreux professionnels mettent en avant le caractère non spécifique des symptômes, l'influence du milieu, de la prise en charge et le « génie propre de l'enfant » qui seront déterminant pour son avenir. Débat vif où il n'est pas aisé de se situer.

L'épidémiologie de l'alcoolisation fœtale est particulièrement complexe à réaliser en particulier parce qu'il faut pouvoir estimer la consommation des futures mères sur une durée de 9 mois et la relier, plusieurs mois ou plusieurs années plus tard, avec des symptômes non spécifiques repérés chez les enfants. Si le diagnostic des SAF à la naissance est aujourd'hui bien documenté, celui des EAF reste plus incertain. Que faire de cette incertitude ?

Pour G Cresson, « **l'incertitude est indissociable de toute activité scientifique...** La connaissance scientifique est un chantier toujours ouvert avec ses zones d'ombre, ses questions non résolues ou pas encore abordées, ses remises en question nécessaires des anciennes certitudes.... L'incertitude est également liée à notre compréhension de la notion de risque, et dans son application à un cas particulier... On ne peut pas facilement passer d'un risque en population (en pour 1000 naissances) à un événement précis : pour cet enfant qui naît, ce sera quitte ou double !... L'incertitude place les thérapeutes dans une situation inconfortable... (et aussi) les usagers. » Elle conclut : « Nous n'oublions pas que, si on n'y prend garde, l'incertitude peut être la porte ouverte à des manipulations, à une prise de pouvoir abusive sur le patient. En contrepartie, reconnaissons que

l'incertitude peut être investie comme une ressource, une tension dans la recherche de l'information ou de la thérapeutique adaptée. »

Pour Y Illitch, « le diagnostic exige du patient un froid calcul. Dans leur majorité, les éléments du diagnostic ne mesurent plus cet individu concret ; chaque observation place son cas dans une « population » différente et indique une éventualité sans pouvoir désigner le sujet. La médecine s'est mise hors d'état de choisir le bien pour un patient concret. Pour décider des services qu'on lui rendra, elle oblige le diagnostiqué à jouer son sort au poker. » Comment faire la part entre la santé subjective et cette santé objective ?

**La légitimité des soignants se fonde également de façon collective**, articulant le niveau individuel (le métier, la profession) avec l'organisation de l'équipe, du service, le cadre institutionnel qui définit les rôles et missions de chacun et des différents partenaires. L'inscription de la prévention de l'alcoolisation fœtale dans la loi de Santé Publique engage l'ensemble des acteurs à contribuer à une réelle prise en compte de cette problématique, chacun là où il est, pour que toute femme enceinte ou désirant l'être puisse trouver information aide et soutien sur cette question. Pourtant cette priorité reste diversement appréciée et mise en œuvre selon les territoires et les services. La majorité des professionnels qui s'inscrivent dans les formations le font par intérêt personnel et non dans le cadre d'un projet de service. Quelques responsables ont fait de l'alcoolisation fœtale leur priorité et ont engagé une dynamique impliquant l'ensemble de leur personnel pour qu'il soit à même d'aborder la consommation d'alcool et d'orienter, et quand le cas se présente, les femmes qui en ont besoin vers les ressources alcooliques. Ils démontrent que cette prise en charge est réaliste, espérons qu'ils seront suivis.

## CONCLUSION

Pour conclure ce panorama assez dense des questions que soulève la prévention de l'alcoolisation fœtale, je vais reprendre la conclusion de Jonathan M. Mann lors de sa conférence Santé publique : éthique et droits de la personne :

« Croyons-nous que la longue chaîne des souffrances humaines peut être brisée ? Pionnier de la santé publique à la lisière de la santé humaine, nous affirmons que le passé ne détermine pas inexorablement le futur – et que c'est à travers cet effort historique pour explorer et promouvoir des valeurs dans le monde dont nous partageons la responsabilité, articulée en termes de philosophie et d'action, que nous exprimons notre confiance dans nos propres vies, dans notre communauté et dans le futur de notre monde. »

Anne DASSONVILLE  
Sociologue  
ANPAA 59

23 octobre 2008

## BIBLIOGRAPHIE

Actes du colloque : les normes de santé, Bruxelles santé N°spécial 2008.

Cresson Geneviève, L'incertitude : inévitable, inconfortable...mais parfois préférable à certaines certitudes, *Alcool, grossesse et santé des femmes*, déc 2005, 75-76.

Cresson Geneviève, Des questions éthiques convaincre, protéger, accompagner, *Alcool, grossesse et santé des femmes*, déc 2005, 150-151.

Gaussot Ludovic, Le déni, la honte et la « différence des sexes », *Alcool, grossesse et santé des femmes*, déc 2005, 92-97.

Jumel Marie Pierre, A l'écoute des femmes devenues mères, *Alcool, grossesse et santé des femmes*, déc 2005, 29-34.

Membrado Monique, La décision médicale entre expertise et contrôle de la demande : le cas des interruptions de grossesse pour motif thérapeutique, *Sciences Sociales et Santé*, vol 19 n°2, juin 2001, 31-62.

Membrado Monique, Repères pour l'éthique autour du diagnostic prénatal, *Alcool, grossesse et santé des femmes*, déc 2005, 148-149.

Illitch Yvan, L'obsession de la santé parfaite : facteur pathogène prédominant, *Le Monde Diplomatique*, 2000.

La Santé de l'Homme, L'éducation pour la santé est-elle éthique ?, Numéro spécial N°345 jan,fev2000.

Demarteau Michel, Coll, L'éthique un questionnement perpétuel, *Education santé* n° 152 oct 2000.

Mann Jonathan M, Santé publique : éthique et droits de la personne, congrès de La Société Française de santé publique, 3 juillet1998.

Barus-Michel Jacqueline,La démocratie dans tous ses états, *Le journal des psychologues* n°247 mai 2007.

Bauvois Jean-Léon, La propagande dans les démocraties libérales, *Le journal des psychologues* n°247 mai 2007.

Proximités, Les conduites à risques, penser et agir la prévention , hors série juin 2007.