

carte blanche



Dr Daniel Widmer
Médecine générale FMH
Médecine psychosomatique
et psychosociale ASMPP
2, avenue Juste-Olivier
1006 Lausanne
drwidmer@belgo-suisse.com

Contrats sociaux?

– «Cette enquête est anonyme et elle vient de l'Université, dis-je. C'est tout de même une garantie?» Juliette prit un air renfrogné. Septuagénaire ronchon aux idées bien arrêtées, elle rétorqua:

– «Moi j'aime pas ces trucs-là. On dit que c'est anonyme mais on ne sait jamais ce qu'ils en font après...» Je pris une mine désolée:

– «Ce n'est pas grave, mais vous aviez été tirée au sort et je devais vous le demander.» Je notai sur ma fiche «refus» et classai le questionnaire. Elle ajouta:

– «C'est comme ces contrats que les assureurs veulent nous faire signer, médecins de famille ou ligne téléphonique, tous ces trucs. Moi je ne signerai jamais. Il y a toujours les petites lettres qu'on n'a pas lues... Et quand vous avez demandé l'infirmière à domicile pour mon mari, elle a aussi voulu me faire signer un contrat où on comprend rien. J'ai dit non et elle est repartie. J'ai finalement fait les choses moi-même.»

La consultation se termina par le débouchage d'oreilles pour lequel elle était venue. Elle me quitta avec un large sourire en disant: «vous avez fait du bon travail». Elle avait confiance en moi mais n'aimait pas les contrats.

Juliette n'acceptera sans doute pas de signer la convention tripartite pour un réseau de soins le jour venu, à moins d'y être accusée par sa situation financière. Juliette se méfie de livrer des informations, de donner son blanc-seing, que ce soit pour une étude utile ou pour Séraphin Lampion des assurances Mondass.

Lors d'un colloque sur les lendemains de la médecine qui chanteront, quelqu'un a dit que les contrats «managed care» seraient une chance pour la continuité des soins car ils attacheraient les patients à leur généraliste. Autrefois c'était la confiance et demain ce sera le contrat.

Economiesuisse qui défend le libre marché de l'assurance l'a bien compris et écrit: «La multiplicité des caisses peut constituer

un atout si les assureurs maladie ne se contentent pas de payer, mais qu'ils mesurent leur succès à l'aune de la santé de leurs assurés. Pour cela, il ne suffit pas de mesurer les résultats, il faut aussi conclure des contrats pluriannuels. Ainsi, les assureurs sont incités à favoriser des traitements efficaces et précoces plutôt qu'à retarder les soins en espérant déplacer les coûts.»¹ Qu'est-ce qu'un contrat pluriannuel si ce n'est un contrat que l'on peut dénoncer en tout temps et renégocier, en y ajoutant évidemment une floraison de ces petites lettres que Juliette déteste tant. Et aussi des contrats où la liberté de choix du patient se restreint de plus en plus. Des contrats par force sont-ils encore des contrats?

Chez Rousseau, le problème fondamental du contrat social est de «trouver une forme d'association qui défende et protège de toute la force commune la personne et les biens de chaque associé, et par laquelle chacun s'unissant à tous, n'obéisse pourtant qu'à lui-même et reste aussi libre qu'auparavant... La condition étant égale pour tous, nul n'a intérêt de la rendre onéreuse aux autres.»

La condition n'est pas égale dans un système néolibéral, lorsque le contrat sous contrainte restreint la liberté. Dans cette logique je connais des juristes qui se demandent si la restriction par contrat de la liberté de choix du médecin est légale au sens de l'article 27.2 du Code civil: «Nul ne peut aliéner sa liberté, ni s'en interdire l'usage dans une mesure contraire aux lois ou aux mœurs.»

Claude Lévi-Strauss pense à Rousseau chez les Nambikwaras,² dont il observe les liens sociaux, au cœur de la forêt amazonienne. Il relève que contrat, consentement et réciprocité y vont de pair. Il croit avoir trouvé «cette société réduite à sa plus simple expression où l'on trouve seulement des hommes». Demain je pars avec Juliette chez les Nambikwaras. Economiesuisse n'ira pas nous chercher là-bas.

1 www.fasmed.ch/fileadmin/pdf/polit_dossiers/polit_dossier_fr/dossierpol_Gesundheit_fr.pdf

2 Lévi-Strauss C. Tristes Tropiques. Paris: Plon, 1955.

point de vue

La stérilité n'est pas

Voici une publication qui pourra apparaître provocatrice. Elle est signée du démographe Henri Leridon et disponible dans le dernier numéro¹ du bulletin mensuel de l'Institut national français d'études démographiques (Ined); publication centrée sur la question de savoir si l'espèce humaine est ou non aujourd'hui confrontée à un problème croissant de fertilité. Publication qui – en toute logique – devrait être au plus vite moulinée (si ce n'est déjà fait) par les multiples sociétés savantes en charge de l'assistance médicale à la procréation.

Mais il faut d'abord, médecins et démographes, s'accorder sur les termes inhérents à cette problématique. La *fécondité* mesure le nombre d'enfants nés vivants (et l'infécondité l'absence d'enfants) et ce, soit au cours d'un intervalle d'âge déterminé, soit pour l'ensemble des âges. La *fertilité* mesure quant à elle ce que l'on peut désigner comme «l'aptitude à procréer» et ce indépendamment des souhaits des personnes dotées ou non de cette «aptitude». Ajoutons que les personnes (ou plus précisément les couples) à fertilité réduite sont qualifiées d'«hypofertiles», que la *stérilité* (ou *infertilité*) est l'incapacité de concevoir ou de procréer; incapacité qui peut être temporaire (par exemple pendant une partie de la durée d'allaitement, quand allaitement il y a) ou définitive. Et terminons avec la *fécondabilité* qui n'est rien d'autre que la probabilité de concevoir au cours d'un cycle, ce que les démographes qualifient, dans leur étonnant jargon, «d'exposition au risque sans protection contraceptive». «Risque»?

Il faut ensuite rappeler quelques vérités souvent oubliées à une époque où le réductionnisme se pacse volontiers avec l'usage – médicalisé ou pas – que l'on peut faire de son corps. Personne (à l'exception de ceux qui le savent mais n'osent trop le dire) ne sait véritablement que les taux de mortalité foetale sont très élevés dans l'espèce humaine. Les fausses couches spontanées repérables par les femmes concernées (et leurs médecins) correspondent à entre 12% et 15% des grossesses décelées. «Une proportion, plus grande encore, des "produits de conception" ne se développe pas normalement et est évacuée dans les toutes premières semaines, sans que la femme en ait eu connaissance, rappelle Henri Leridon. La proportion totale de décès in utero pourrait atteindre 50%. La majorité de ces échecs sont dus à des mal-

une fatalité (1)

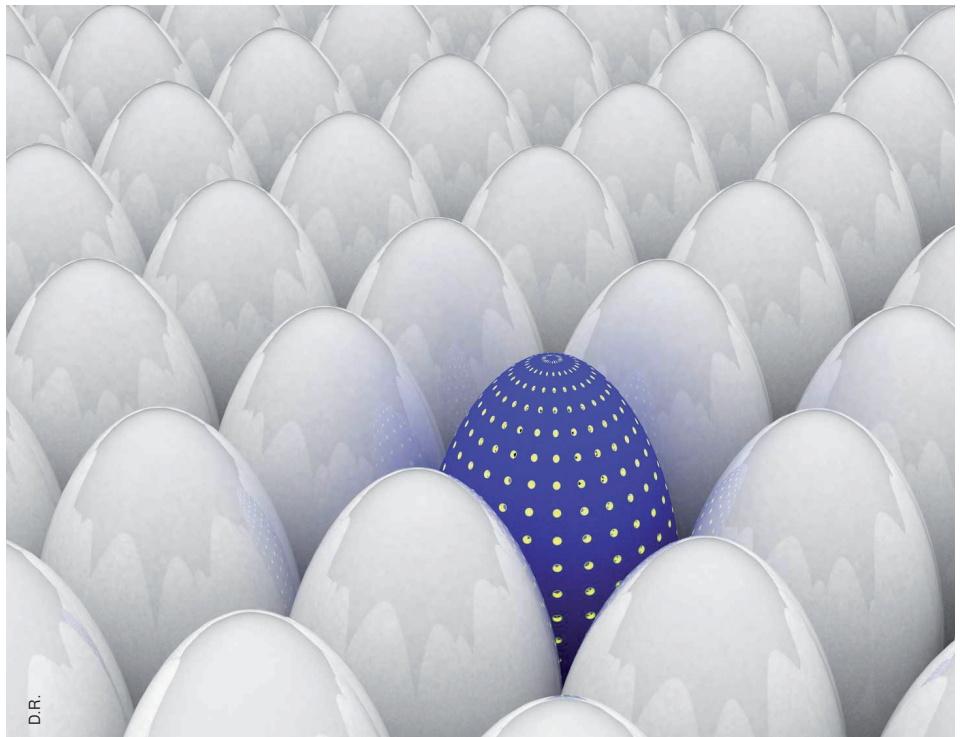
formations génétiques graves, incompatibles avec un développement normal. La reproduction humaine apparaît donc comme un processus à taux d'erreurs élevé, mais qui corrige la plus grande partie de ces erreurs par l'élimination des produits de conception.»

Et le démographe de rappeler aux médecins (comme à l'ensemble des citoyen(ne)s) que si la période reproductive commence (toujours) avec la puberté, son âge médian s'est progressivement abaissé au cours du dernier siècle; du moins dans les pays que l'on qualifiait – alors – de «développés». Cet âge se situe aujourd'hui aux alentours de douze ans et demi (pour les premières règles) et vers quinze ans (pour ce qui est de la mue de la voix ou du pic de croissance masculine). «Cette évolution est de peu d'importance dans ces pays, où l'on ne commence à chercher à avoir des enfants que bien plus tard. L'âge médian de la ménopause se situe vers 50 ans dans les populations occidentales, et ne semble pas avoir évolué sensiblement, résume l'auteur. Mais les travaux effectués sur des populations ne pratiquant pas la régulation des naissances ont montré que l'âge moyen à la dernière maternité était bien plus bas, vers 40 ans environ, et que la *stérilité définitive* arrivait à un âge intermédiaire: cet âge n'est pas facile à définir, la fertilité bais-

... Où l'on voit que les démographes et leurs chiffres peuvent ne jamais être très éloignés des médecins et de leurs ordonnances ...

sant, progressivement, en raison du vieillissement des ovocytes et de la diminution de leur nombre.»

Où l'on voit que les démographes et leurs chiffres peuvent, fort heureusement, ne jamais être très éloignés des médecins et de leurs ordonnances. M. Leridon ajoute ainsi que durant l'ensemble de leur période fertile (et quand bien même elles n'auraient que des rapports sexuels non protégés), les femmes ne sont pas exposées «à un risque de conception de 100%» lors de chaque cycle ovarien. Henri Leridon: «Un couple à la fertilité "normale" et ayant un comportement sexuel "ordinaire" mettra en général plusieurs mois avant d'obtenir la grossesse souhaitée; il pourra raccourcir ce délai en concentrant les rapports sur les jours les plus fertiles du cycle». Combien sommes-nous, dans les pays



«développés» ou pas, à savoir ce qu'il en est de ces jours «de plus grande fertilité»? Qui s'intéresse encore aux phases de la lune et – hors vacances maritimes – aux coefficients des marées?

On peut, toujours selon ce démographe, aller nettement plus avant avec les estimations statistiques quant aux délais nécessaires pour «obtenir» une grossesse. Il semble ainsi acquis que «la probabilité de concevoir au cours d'un cycle» (la *fécondabilité*) est en moyenne de l'ordre de 20% à 25% (vers 20-30 ans) dans une population à fertilité normale; une proportion qui varie d'un couple à l'autre autant qu'avec l'âge. Observations d'un démographe (qui feront peut-être sourire quelques praticiens): «Si un couple rencontre des difficultés pour obtenir une grossesse au moment où il la souhaite, cela peut d'abord provenir de ce que sa fécondabilité est faible, que ceci soit imputable à la femme, à l'homme ou aux deux, sans que le couple soit totalement stérile. La conséquence est un allongement du délai nécessaire pour concevoir.»

Et M. Leridon, exercice pratique, de poursuivre: «Imaginons que nous suivions 100 femmes en couple à partir du moment où elles décident d'avoir un enfant. Leur fécondabilité est en moyenne de 20% à 25%. Au bout de douze mois, 90 d'entre elles ont obtenu une grossesse et les dix restantes, qui n'en ont pas eu, cherchent toujours à concevoir. Dans ce sous-groupe, la proportion de couples avec une faible fécondabilité est plus

importante que dans l'ensemble du groupe de départ, la fécondabilité moyenne est plus faible (12%). Malgré tout, une majorité de ces femmes, plus des deux tiers, obtiennent une grossesse dans les douze mois suivants, ce qui porte à 97 le nombre total de femmes ayant réussi à concevoir au bout de 24 mois, et à trois, celles n'ayant toujours pas eu de grossesse.»

En d'autres termes on constate, au fil du temps, une augmentation notable de la proportion des couples à faible fécondabilité. Initialement, on comptait 10% de couples avec une fécondabilité inférieure à 10%; après douze mois d'attente, la proportion passe à 45% et après 24 mois elle atteindrait 72%. Pour autant, cette baisse de la fertilité moyenne des couples encore inféconds ne signifie nullement que leurs chances de concevoir dans un délai «raisonnable» soient réduites à néant.

(A suivre)

Jean-Yves Nau
jeanyves.nau@gmail.com

1 Leridon H. L'espèce humaine a-t-elle un problème de fertilité? Population & Sociétés n° 471, octobre 2010.