

Accouchement sous X

L'expression « accouchement sous X » n'est pas juridique et vient de la pratique médicale, faisant référence à l'inscription « Madame X » qui figure sur le dossier de la parturiente qui accouche dans l'anonymat. Juridiquement elle correspond exclusivement depuis la loi du 22 janvier 2002 sur l'accès aux origines personnelles à l'accouchement secret et anonyme qui est organisé par les articles 341 et 341-1 du code civil et L. 222-6 du code de l'action sociale et des familles. Il n'en a pas toujours été ainsi car le refus d'assumer la maternité a emprunté différentes modalités juridiques selon les époques, occultant de manière plus ou moins totale l'identité de l'accouchée, imposant ou au contraire excluant la création juridique du lien de filiation.

Initialement il ne s'agissait que d'organiser la protection de l'enfant en facilitant son abandon. La pratique des tours, développée en France au XVII^e siècle par saint Vincent de Paul, permettait à la mère d'abandonner, sans être elle-même vue, le nouveau-né dans un lieu où il était pris en charge. Ce geste n'impliquait ni rupture du lien de filiation ni renoncement à la maternité. À la Révolution, la Convention vota le 28 juin 1793 un texte qui prenait en charge les frais d'accouchement et garantissait à la mère « le secret le plus inviolable ». Cette disposition, non appliquée, fut reprise sous le Gouvernement de Vichy, dans un décret-loi en date du 2 septembre 1941 sur la protection de la naissance. En 1953 ce texte fut abrogé mais la protection de la maternité secrète fut organisée de manière identique dans l'article 42 du code de la famille et de l'aide sociale. Avec la loi du 6 janvier 1986 liée à la décentralisation et aux transferts de compétences au profit des départements, l'article 42 devint l'article 47 du

code de la famille. Il garantissait toujours la préservation du secret portant sur l'identité de la mère et précisait que dans ce cas « les frais d'hébergement et d'accouchement de la parturiente dans un établissement public ou privé conventionné étaient pris en charge par le service de l'aide sociale à l'enfance du département du siège de l'établissement ». Complété mais non modifié dans son principe, l'article 47 est devenu l'article L. 222-6 du code de l'action sociale et des familles. Comme toutes les dispositions qui l'ont précédé, il ne touche pas au lien de filiation ; il n'a aucune portée juridique et se borne à gérer un fait : l'accouchement dans le secret et son financement.

La loi du 8 janvier 1993, en introduisant l'accouchement secret dans le code civil, a changé sa dimension, lui conférant une portée juridique qu'il n'avait jamais eue sur la filiation de l'enfant. L'article 341 interdit en effet la recherche en maternité lorsque la mère a demandé lors de l'accouchement « que le secret de son admission et de son identité soit préservé » (C. civ. art. 341-1). Cette évolution de l'accouchement secret est liée à la pénurie d'enfants adoptables et à la forte demande d'adoption interne non satisfaite, bien que ce dispositif ne concerne chaque année qu'un très faible nombre d'enfants. Au cours des dernières décennies se sont constituées des associations d'enfants nés sous X et de mères ayant abandonné leurs enfants dans ces conditions. Ainsi est apparu au grand jour la recherche des géniteurs, fréquemment désignée sous l'expression de « quête des origines », à laquelle a tenté de répondre, partiellement, la loi du 22 janvier 2002 relative à l'accès aux origines des personnes adoptées et pupilles de l'État. Les tribunaux ont également eu à connaître des actions menées par les pères privés de leur descendance. Ces divers mouvements permettent de comprendre que trois personnes sont directement concernées par « l'accouchement sous X » : la femme qui accouche, le géniteur et l'enfant.

Seule la femme concernée peut demander préalablement à l'accouchement le secret et l'anonymat. Ainsi les accouchements sous X rétroactifs, demandés après la naissance, par exemple à la découverte de l'affection particulièrement grave de l'enfant, ou demandés par des tuteurs ou curateurs à la place d'une mère incapable sont totalement illégaux. Cette demande étend et renforce le secret médical de l'accouchement ainsi que la confidentialité qui entoure l'état civil. Tout se passe, pour la femme, comme si son accouchement n'avait jamais eu lieu (CA. Riom, 16 déc. 1997 : *Dr. fam.* 1998, n° 150). Or l'accouchement joue un rôle essentiel dans l'établissement de la maternité, lien juridique qui rattache un enfant à sa mère. En raison de son occultation légale, celle qui a demandé le bénéfice de l'article 341-1 du code civil est une étrangère pour l'enfant même si la loi du 22 janvier 2002 la désigne comme « mère de naissance ». Elle n'a donc aucun titre pour consentir à son adoption (Cass. civ. 1^{re}, 6 avr. 2004,

Juris-data n° 2004-023203). En revanche elle peut revenir sur sa demande initiale et, en faisant état de son accouchement, reconnaître l'enfant. Toutefois cette possibilité ne peut plus être exercée lorsque l'enfant a été placé en vue de son adoption (C. civ. art. 352).

L'enfant né d'une femme ayant demandé un accouchement secret et anonyme est un enfant dont la filiation est inconnue. Son acte de naissance ne comporte que trois prénoms choisis par l'officier de l'état civil dont le dernier lui tient lieu de nom de famille (C. civ., art. 57 al. 2) mais la mère de naissance peut faire connaître les prénoms qu'elle souhaite lui voir attribuer. Sa qualité d'enfant sans filiation implique traditionnellement qu'il soit recueilli par le service de l'aide sociale à l'enfance du département de son lieu de naissance (CASF, art. L. 224-4, 1°). Deux mois après son recueil par le service, il devient pupille de l'État, qualité qui le rend adoptable (C. civ. art. 347, 2°). Il peut alors bénéficier d'un placement en vue d'une adoption plénière. La loi du 22 janvier 2002 et le décret du 18 avril 2002 relatif aux organismes autorisés et habilités pour l'adoption (OAA) ont également admis que l'enfant né sous X soit confié à un OAA sans toutefois préciser comment, dans ce cas de figure, il devient adoptable et qui doit choisir entre la remise à l'aide sociale à l'enfance ou à un OAA.

La loi du 8 janvier 1993 n'avait accordé aucune place au géniteur de l'enfant, considérant que l'accouchement secret et anonyme impliquait en fait que la femme enceinte soit abandonnée ou victime d'inceste ou de viol. Toutefois l'accouchement secret et anonyme n'est subordonné à aucune condition. D'autres contextes familiaux, tels que la rupture du couple parental, peuvent donc donner lieu à un accouchement secret. Certains géniteurs sont ainsi amenés à faire valoir leurs droits de père. Même si la loi du 22 janvier 2002 les qualifie tous de « père de naissance », il convient de faire une distinction entre ceux qui ne sont que géniteurs car il n'existe aucun lien juridique de paternité entre eux et l'enfant et ceux qui l'ont reconnu dans des conditions légales, pouvant ainsi revendiquer le titre juridique de père. La reconnaissance paternelle d'un enfant né sous X est en effet parfaitement valable mais inefficace tant qu'elle n'est pas transcrite en marge de l'acte de naissance de l'enfant concerné. Des recherches à l'état civil sont nécessaires pour faire coïncider acte de naissance et reconnaissance. En 2002, le législateur a ajouté au code civil l'article 62-1 : « si la transcription de la reconnaissance paternelle s'avère impossible du fait du secret de son identité opposé par la mère, le père peut en informer le procureur de la République. Celui-ci procède à la recherche des date et lieu d'établissement de l'acte de naissance de l'enfant ». Toutefois la démarche du père ne suspend pas le délai du placement de l'enfant en vue de son adoption. Aussi toutes les tentatives judiciaires paternelles se sont soldées par un échec (par ex. : CA

Nancy, 23 fév. 2004, *JCP* 2004, II, 10073 cassé par Cass. civil, 7 avril 2006, D. 2006, p. 1065). C. N.

- ▷ Assistance médicale à la procréation
- ▷ Maternité de substitution

Accouchement sous X : approche éthique

Un enfant, même reconnu et affilié, est exposé au risque de vivre une situation traumatisante lorsqu'il a été séparé de ses géniteurs sans pouvoir bénéficier du moindre indice au sujet de sa filiation biologique. C'est pourquoi certains auteurs comme Irène Théry ont préconisé l'abolition pure et simple de la pratique de l'accouchement anonyme. À une justification par le principe de non-malfaisance (souffrance morale aiguë provoquée chez l'enfant), elle ajoute un argument factuel suivant lequel l'accouchement sous X « aboutit à admettre la négation du fait objectif que constitue l'accouchement » et un argument juridique qui est le droit de l'enfant à connaître ses origines.

Le premier problème est celui de savoir si le principe éthique de non-malfaisance joue réellement en faveur de la levée de l'anonymat. Car enfin, si la mère ne jouissait pas d'une telle protection, ne serait-elle pas tentée d'accoucher dans des conditions de clandestinité qui mettraient la survie même de l'enfant en danger ? Les cas d'enfant abandonné devant un commissariat de police ou une caserne de pompier ne sont un secret pour personne.

Il n'est pas sûr que la souffrance morale de l'enfant adoptif doive être imputée aux conditions secrètes et anonymes de sa naissance. Les souffrances de l'enfant peuvent se rattacher aux attitudes des parents adoptifs lorsque ceux-ci escamotent la séquence historique qui précède son arrivée dans sa famille d'accueil. Ce que désire l'enfant adopté ce n'est pas nécessairement la connaissance de ses parents biologiques mais un récit qui dise les raisons et les circonstances de l'abandon afin que son imaginaire puisse broder un roman familial qui écarte les hypothèses les plus sombres sur les circonstances de sa naissance (viol, prostitution, *etc.*)

Des efforts politiques ont été accomplis en France au cours des dernières années (création du Conseil national d'accès aux origines personnelles) en faveur d'une voie possible de communication géniteurs/enfant adoptif. Le dispositif de médiation mis en place ne lève pas l'anonymat de la mère biologique mais il offre la possibilité d'épargner à l'enfant adoptif les retombées dommageables de l'accouchement sous X sans recourir à la suppression pure et simple de l'anonymat. Cet organisme apporte une réponse au second problème, celui qui est posé — indépendamment de la question de la souffrance — par le manquement au droit de l'enfant de connaître ses origines. Il offre un compromis entre droit de la mère à

l'anonymat et droit de l'enfant à l'accès à ses origines qui constitue sans doute la solution la moins insatisfaisante d'entre toutes. En effet, le médecin accoucheur qui participe à la mise au monde de l'enfant d'une mère ayant décidé de s'en séparer à la naissance ne peut s'en tenir à une attitude moralisatrice qui dénoncerait la transgression d'un « droit » à connaître son identité biologique. À coup sûr, il serait simpliste de dire que les femmes qui accouchent dans ces conditions se rendent « coupables » de violer le droit de l'enfant à l'accès à ses origines. Mobiliser des catégories morales telles que le « refus d'assumer sa responsabilité parentale » pour qualifier l'accouchement anonyme paraît aussi incongru que d'interpréter le suicide comme un manquement au devoir de ne pas attenter à sa vie.

Lorsque leur démarche relève de considérations religieuses (l'interdit de l'avortement dans la culture musulmane ou catholique par exemple), le médecin est enclin à comprendre les mères qui abandonnent leur enfant à la naissance. En conséquence, il décide généralement de ne pas chercher à les en dissuader. Or, précisément l'impératif éthique de justice réclame que l'attitude d'hospitalité accordée aux unes doive aussi être dispensée aux autres. Le motif *religieux* ne comporte rien en lui-même qui puisse le créditer d'une validité supérieure à un motif *psychologique* (détresse liée à la solitude, *etc.*), lequel ne peut manquer de peser dans la décision de la mère tant il est certain qu'il n'existe pas d'accouchement sous X « de convenance ».

À quoi il conviendrait encore d'ajouter que rien ne peut garantir à l'avance que la qualité de vie de l'enfant aurait été meilleure s'il avait été élevé par sa mère génitrice que par un couple de parents d'adoption. Par conséquent, il serait malvenu de vouloir *absolument* dissuader une génitrice de ne pas abandonner son enfant ou de brandir sous ses yeux la menace d'un droit de l'enfant à connaître ses origines. Une naissance qui se déroule dans un climat d'hospitalité et le respect de l'autonomie de la personne en détresse favorise d'autant la possibilité d'un contact ultérieur de la mère biologique vers son enfant. P. L. C.

- ▷ Assistance médicale à la procréation
- ▷ Maternité de substitution

Accréditation

La notion d'accréditation recouvre plusieurs processus bien distincts qui renvoient à des réalités juridiques différenciées, et qui, de ce fait, doivent être clairement identifiées, d'autant plus que le terrain n'est ni clair en droit positif ni véritablement éclairci par la doctrine. Le processus d'accréditation, décliné dans le domaine sanitaire, trouve deux champs

principaux d'application, le premier concerne l'expertise scientifique, le second l'offre de soins.

I. Accréditation et expertise scientifique

Il s'agit d'abord de l'accréditation des organismes de certification, c'est-à-dire des organismes qui sont chargés, conformément aux règles de procédures de labellisation et de gestion des signes de qualité officiels, d'attester, avec un niveau suffisant de confiance, qu'un produit identifié respecte un certain nombre de caractéristiques préétablies. Ce premier champ d'application de l'accréditation concerne directement le droit de la santé, en particulier lorsqu'il est organisé par le droit de la consommation, ou celui de l'agro-alimentaire, pour garantir la sécurité et l'innocuité des objets ou denrées alimentaires mis sur le marché.

Il s'agira dès lors d'organiser l'accréditation des « laboratoires d'analyses », c'est-à-dire, d'après la norme EN 45001, modifiée par la norme EN ISO/CEI 17025 (normes élaborées par le Comité européen de normalisation), les laboratoires qui procèdent à des « opérations techniques qui consistent à déterminer une ou plusieurs caractéristiques d'un produit [...] selon un mode opératoire spécifié ». L'accréditation de tels laboratoires consistera à reconnaître formellement la compétence d'un laboratoire pour réaliser des essais ou des types d'essais déterminés, dans une finalité de police administrative sanitaire (▷ **Ordre public sanitaire**) le plus souvent ou plus simplement d'amélioration des produits.

Ces premières observations font apparaître le processus d'accréditation comme une technique qui, *in fine*, conduit à une prise de décision. L'accréditation peut ainsi être définie comme une technique de légitimation, « en amont », de la décision qui doit être prise par la fiabilisation de l'expertise technique et scientifique rendue. Accréditer signifie alors « rendre crédible », rendre « croyable », rendre « vraisemblable », ce qui renvoie à un système dans lequel il est finalement fait en sorte que celui qui est accrédité soit crédible, pour qu'en définitive, celui qui sollicite l'expertise de l'organisme accrédité puisse, en toute conscience, non seulement fonder, mais aussi légitimer la décision qu'il va prendre.

II. Accréditation et offre de soins

Cette approche de l'accréditation transparait également lorsqu'elle s'applique à l'offre de soins. Introduite officiellement en France par l'ordonnance 96-346 du 24 avril 1996, dans son article 4, l'accréditation de l'offre de soins a pour objectif d'améliorer la qualité des soins et la qualité des pratiques professionnelles. Il s'agit, par cette procédure, fortement inspirée de celles développées en Amérique du Nord, d'élaborer ou de valider, avec les professionnels de santé des référentiels qui permettent d'identifier des « bonnes pratiques » et de les diffuser.

Plus généralement, l'accréditation s'inscrit dans la mise en œuvre de la démarche qualité (▷ [cette entrée](#)) dans le système de santé français. Bien que les objectifs de l'accréditation soient *de facto* centrés sur le patient, en ce sens qu'il est le bénéficiaire de ces bonnes pratiques professionnelles ou de la bonne utilisation des référentiels adoptés, il faut souligner qu'elle est également, et peut-être surtout, un outil de maîtrise des dépenses de santé. À ce titre les RMO (références médicales opposables) introduites dans les conventions médecins Sécurité sociale en sont une modalité, même *a minima*. Elles définissent ce que les professionnels (qu'ils soient omnipraticiens ou spécialistes libéraux), ne doivent pas faire dans des circonstances données.

Le processus d'accréditation n'est pas un simple gadget destiné à satisfaire les exigences d'une mode administrative caractérisée par un engouement pour l'évaluation des politiques publiques. D'une part, son champ d'application est très large, puisque l'accréditation concerne « tous les établissements de santé publics et privés » (art. L. 6113-3 CSP), mais aussi, les réseaux de santé, les groupements de coopération sanitaire, et certains syndicats interhospitaliers (art. L. 6113-4 CSP). D'autre part, la procédure d'accréditation est obligatoire (*cf.* art. L. 6113-4 CSP), le législateur ayant, en particulier, prévu un mécanisme contraignant pour les établissements récalcitrants (art. L. 6113-5 CSP) faisant intervenir l'Agence régionale de l'hospitalisation (▷ [cette entrée](#)).

Afin d'optimiser la mise en œuvre du processus d'accréditation, l'ordonnance du 24 avril 1996, évoquée plus haut, portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, créa l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), succédant ainsi à l'ANDEM (Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale, introduite par la loi portant réforme hospitalière du 31 juillet 1991). L'ANAES était chargée, au titre de sa mission d'évaluation, d'élaborer et de valider des recommandations de bonne pratique clinique et des références médicales ou professionnelles en matière de prévention, de diagnostic ou de thérapeutique ; d'élaborer et de valider des méthodes d'évaluation ; de réaliser et de valider des études d'évaluation technologique. Au titre de sa mission d'accréditation, elle était chargée de l'élaboration et de la validation des référentiels de qualité des soins et des pratiques professionnelles, ainsi que de la mise en œuvre de la procédure d'accréditation des établissements publics et privés de santé, des réseaux de soins et des groupements de coopération sanitaire.

Mais, il convient aujourd'hui de parler de l'ANAES au passé, car la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie substituée à l'ANAES la « Haute autorité de santé » (▷ [cette entrée](#)). E. C.

▷ Agences

Acharnement thérapeutique : approche éthique

Le verbe « acharner » appartient au vocabulaire conquérant de la chasse : « acharner », c'est « donner le goût du sang et de la chair à un chien ». Cette étymologie nous dit quelque chose du potentiel de déshumanisation que renferme l'acharnement thérapeutique. Dans ce que l'on nomme aussi « l'escalade thérapeutique », l'action devient à elle-même sa propre fin. Fixée sur la chair et le sang d'un corps dépersonnalisé et anonyme, elle traite la maladie en maltraitant le malade. Elle se focalise sur l'objectivité du vivant en occultant la subjectivité de la personne.

Remarquons que si l'usage du terme est récent, la pratique ne l'est certainement pas. Dès 1753, Adam Smith faisait remarquer que « les médicaments du médecin sont souvent le plus grand tourment du malade incurable ». Historiquement parlant, c'est dans le cas des « comas dépassés » que s'est d'abord imposé l'usage de cette notion. Par la suite, celle-ci s'est étendue à l'ensemble des traitements qui prolongent la survie sans améliorer ni l'état de santé du patient ni sa qualité de vie. Elle en est venue alors à définir toute pratique médicale qui consiste à maintenir une thérapeutique lourde à visée curative alors même que l'espoir de parvenir à une amélioration de l'état du patient est faible et n'aboutit qu'à prolonger sa vie.

■
20

Si le traitement en question n'a pas d'impact curatif, il est permis de se demander s'il n'y a pas une contradiction dans les termes à qualifier cet acharnement de « thérapeutique ». Naturellement, quand il y a espoir de redonner vie (à un accidenté polytraumatisé par exemple), il est conforme au principe de bienfaisance de s'acharner à le guérir. « S'acharner » en pareil cas, c'est jeter toutes ses forces dans la bataille de la vie contre la mort. Mais lorsque la mort a déjà gagné, quand le patient est devenu irréversiblement inconscient, qu'il vit d'une vie végétative, l'expression « thérapeutique » devient problématique. Il est significatif au demeurant que dans sa dernière version, le code de déontologie n'utilise pas la notion d'acharnement thérapeutique. L'article 37 énonce qu'« en toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances de son malade, l'assister moralement et éviter toute obstination déraisonnable dans les investigations thérapeutiques ». Façon de rappeler que c'est à la raison et non à la confusion des émotions et des désirs contradictoires de déterminer les limites de la persévérance. Si la lutte est une chose, son sens en est une autre.

Reste à savoir s'il appartient au pouvoir de la raison de tracer *a priori* la frontière entre l'ultime tentative et l'acharnement thérapeutique. Si, au nom d'un pronostic péjoratif, un médecin s'abstient de recourir à des traitements lourds alors que le patient n'a opposé aucun refus de soins, ne peut-on pas lui faire grief d'avoir failli à « l'exigence de moyens » qui est