

Entretiens
de Bichat
Médecine
11 sept. 2008
Amphi D
16 h 30

Le diagnostic anténatal, la parentalité: enjeux cliniques et éthiques

S. Missonnier*

* Professeur de psychopathologie clinique de la périnatalité et de la première enfance à Paris V.
Psychanalyste (Institut de Psychanalyse, SPP).
e-mail : syl@carnetpsy.com

L'institution maternité serait-elle un temple moderne de la fécondité, de la puissance vitale, de l'immortalité ? Assurément, et à ce titre, la scène de tragédies quotidiennes où se jouent les multiples avatars de la naissance et de la filiation, indissociables de notre confrontation à la séparation, la castration et la mort. La rencontre d'un désir parental d'un enfant imaginaire parfait et d'un idéal médical complice peut certes favoriser « la croyance illusoire en des naissances merveilleuses, celles des contes de fées, des médecins-cigognes qui apportent les bébés [1] » mais la réalité, se charge trop souvent de la démentir avec violence. Parents et professionnels peuvent partager une même volonté de maîtrise technique de la « nature » dans ce qu'elle a de plus énigmatique – la sexualité, la fécondité, la douleur, la mort – le dénouement périnatal n'en illustrera pas moins, parfois cyniquement, les limites de cette toute puissance.

À ce jour, dans l'hexagone, le diagnostic anténatal (DA) joue un rôle bien spécifique sur cette scène complexe. Il donne une physionomie très singulière aux processus de parentalité et à la genèse prénatale de l'identité de l'enfant à naître. Son pouvoir d'influence est puissant sur le *premier chapitre de la biographie vraie* de tout individu handicapé ou non. Un premier chapitre anténatal *trop souvent oublié et dont, justement, le DA est désormais une composante essentielle.*

Pour explorer ce DA, je vais d'abord en tenter un survol historique et technique pour bien contextualiser mon propos. J'aborderai ensuite les aspects psychologiques du DA « tout venant » en me centrant essentiellement sur la redoutable incertitude du DA et la réponse anticipatrice unique de chacun.

LE DA

La définition légale du DA est de « détecter *in utero* chez l'embryon ou le fœtus une affection d'une particulière gravité » (loi du 29 juillet 1994). On parle de DA pour toute technique permettant cette détection.

Histoire

C'est au début des années soixante-dix qu'est apparue ce que l'on appelle maintenant la médecine fœtale ou la médecine prénatale. Le fœtus est devenu un patient à part entière auquel l'échographie et la biologie sont capables de proposer des explorations de plus en plus complexes pour poser un diagnostic d'anomalie, de maladie, de malformation.

Le diagnostic chromosomique (établissement du caryotype foetal) après amniocentèse a été l'une des premières méthodes biologiques utilisées. Elle est et sera dans les années à venir la technique d'exploration biologique du fœtus la plus utilisée face aux très fréquentes anomalies chromosomiques (1 sur 175 naissances).

La décennie des années quatre-vingt a vu l'essor important des techniques de biologie moléculaire et le clonage de nombreux gènes responsables de maladies génétiques relativement fréquentes (myopathie de Duchenne, mucoviscidose), ce qui a considérablement amélioré la fiabilité et la précocité du diagnostic prénatal et a permis d'identifier les porteurs sains (hétérozygotes) dans les familles. La méthode d'amplification de l'ADN par PCR (*Polymerase Chain Reaction*) a augmenté la puissance des tests génétiques ce qui a permis d'obtenir les résultats plus rapi-

dement et de travailler sur une quantité minimale d'ADN, donc de prélèvement foetal, moindre. Ces progrès sont notables car ils permettent aux couples appartenant à des familles douloureusement éprouvées par une maladie génétique de savoir s'ils ont un risque de mettre au monde un enfant atteint et le cas échéant de disposer d'un diagnostic génétique prénatal fiable et précoce leur permettant d'interrompre la grossesse dans de bonnes conditions si le fœtus est atteint.

Au troisième millénaire, de nouvelles technologies vont probablement bouleverser les méthodes de diagnostic sur le fœtus. Les puces à ADN (ou *DNA chips*) sont un procédé industriel capable en une seule réaction de tester l'ADN d'un individu (adulte, enfant ou fœtus) avec un nombre extraordinairement grand de mutations différentes. L'étude de l'ADN foetal dans le sang maternel pourrait révolutionner le dépistage de la trisomie 21 en permettant à toutes les femmes enceintes, par une simple prise de sang, de savoir si elles attendent un enfant porteur de trisomie.

Les vingt dernières années ont été marquées par une amélioration considérable des techniques échographiques. Les publications des années quatre-vingt se sont axées sur la description sémiologique des principales anomalies morphologiques. La généralisation des études morphologiques du 2^e trimestre a permis d'établir les syndromes échographiques à partir d'un affinement croissant des signes d'appel.

Si l'efficacité de la pratique d'un caryotype sur signe échographique est évidente lorsqu'il est indiqué dans le bilan d'un fœtus porteur d'une ou de plusieurs malformations sévères, l'efficacité des « petits signes », c'est-à-dire des variantes anatomiques de fœtus sans véritable malformation, n'a par contre jamais été prouvée scientifiquement.

Les années quatre-vingt dix ont été marquées par la révolution de l'échographie du 1^{er} trimestre et de la mesure de la clarté nucale réalisée en routine, qui s'avère être une alternative sérieuse et sûrement avantageuse aux marqueurs sériques du 2^e trimestre, d'autant qu'elle permet de filtrer également des anomalies morphologiques en particulier cardiaques et des syndromes génétiques.

Sur cette base, des équipes spécialisées multidisciplinaires permettent aujourd'hui la réalisation de diagnostic de maladies rares grâce à un va-et-vient entre l'échographie et la génétique. La biologie moléculaire vient de plus en plus souvent apporter une conviction diagnostique atteinte exceptionnellement par l'échographie dans des malformations caritales.

Enfin, le diagnostic génétique préimplantatoire (DPI) représente incontestablement l'innovation majeure du diagnostic anténatal de ces dernières années. Initiée au début des années quatre-vingt-dix en Angleterre, cette technique s'est développée rapidement en France depuis la loi du 29 juillet 1994 l'autorisant.

Ce dépistage de masse des malformations foetales, chromosomiques ou morphologiques, est indissociable des efforts financiers entrepris par les pouvoirs publics pour relayer une volonté médicale de :

- remboursement de trois échographies au cours de la grossesse ;
- remboursement et obligation de proposition du dépistage de la trisomie 21 par les marqueurs sériques pour toutes les femmes enceintes ;
- remboursement et obligation de proposition de l'amniocentèse aux femmes enceintes de plus de 38 ans ;
- dotations budgétaires pour les services de centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal.

Le juge et le DA: le paradigme de l'affaire Perruche

La Cour de Cassation, en assemblée plénière, a rendu le 17 novembre 2000 l'arrêt suivant : « Dès lors que les fautes commises par le médecin et le laboratoire dans l'exécution des contrats formés avec Mme X avaient empêché celle-ci d'exercer son choix d'interrompre sa grossesse afin d'éviter la naissance d'un enfant atteint d'un handicap, ce dernier peut demander la réparation du préjudice résultant de ce handicap et causé par les fautes retenues ».

Cet arrêt est rendu suite au procès intenté par Mme Perruche pour la naissance de son enfant Nicolas, né lourdement handicapé suite à une rubéole non détectée pendant la grossesse alors qu'elle avait explicitement exprimé sa volonté d'interrompre sa grossesse au cas où le diagnostic de la rubéole serait confirmé.

En admettant l'indemnisation du préjudice de l'enfant en plus de celui des parents, la Cour de cassation reconnaissait implicitement *qu'il y a des vies préjudiciables qui ne valent pas la peine d'être vécues*.

Formulé violemment : il vaut mieux ne pas vivre que vivre handicapé. L'élimination du fœtus potentiellement handicapé est une meilleure solution pour lui-même et ceux qui l'entourent qu'une survie de qualité incertaine et médiocre. Plus encore, l'idée du handicap est à ce point intolérable qu'une incertitude diagnostique et/ou pronostique suffirait à justifier l'interruption.

La mobilisation des professionnels

Les propos du Pr Israël Nisand, un des chefs de file de cette mobilisation méritent d'être cités : « Dans une société solidaire, la survenue d'un handicap entraîne, au nom d'une solidarité spécifique à l'espèce humaine, la prise en charge et l'aide nécessaire pour qu'une vie décente soit possible. Or ici, c'est tout le contraire que l'on observe. Lorsque la sécurité sociale (expression de la collectivité solidaire) se porte partie civile pour obtenir le remboursement des frais occasionnés et à venir liés à la naissance d'un handicapé, elle considère de fait qu'il n'aurait pas dû naître. Si la justice vient à confirmer cela, on se trouve dans un système qui, loin de donner une place normale à l'enfant handicapé dans notre société, le traite comme une charge anormale qui n'aurait pas dû exister.

L'arrêt Perruche est catastrophique en cela qu'il entérine une vision du handicap comme un accident anormal, pour lequel il faut chercher un responsable dont on obtiendra une indemnisation, là où il serait normal que les institutions de soin et la solidarité nationale soient sollicitées. Mais il est aussi catastrophique car il saisit un monde médical démuné d'argumentaire philosophique sur le sens de la médecine qu'il pratique et lui intime une obligation de résultats alors qu'il ne dispose que de l'euthanasie active pour se mettre en sécurité. Une certaine évolution de la société se dessine derrière tous ces faits où le progrès technique et scientifique, dont on attend réconfort et bien-être, risque de devenir le vecteur d'une certaine forme de réification de l'être humain. »

Annulation de la jurisprudence Perruche

Intégrant les idées maîtresses de cette opposition, Le 1er article de la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, intitulé « Solidarité envers les personnes handicapées » a mis fin à la jurisprudence Perruche :

I. - Nul ne peut se prévaloir d'un préjudice du seul fait de sa naissance.

La personne née avec un handicap dû à une faute médicale peut obtenir la réparation de son préjudice lorsque l'acte fautif a provoqué directement le handicap ou l'a aggravé, ou n'a pas permis de prendre les mesures susceptibles de l'atténuer.

Lorsque la responsabilité d'un professionnel ou d'un établissement de santé est engagée vis-à-vis des parents d'un enfant né avec un handicap non décelé pendant la grossesse à la suite d'une faute caracté-

sée, les parents peuvent demander une indemnité au titre de leur seul préjudice. Ce préjudice ne saurait inclure les charges particulières découlant, tout au long de la vie de l'enfant, de ce handicap. La compensation de ce dernier relève de la solidarité nationale.

Les dispositions du présent I sont applicables aux instances en cours, à l'exception de celles où il a été irrévocablement statué sur le principe de l'indemnisation.

II. - Toute personne handicapée a droit, quelle que soit la cause de sa déficience, à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale.

III. - Le Conseil national consultatif des personnes handicapées est chargé, dans des conditions fixées par décret, d'évaluer la situation matérielle, financière et morale des personnes handicapées en France et des personnes handicapées de nationalité française établies hors de France prises en charge au titre de la solidarité nationale, et de présenter toutes les propositions jugées nécessaires au Parlement et au Gouvernement, visant à assurer, par une programmation pluriannuelle continue, la prise en charge de ces personnes. »

Il reste aux législateurs à déterminer ce que doit recouvrir la « solidarité nationale ». Vaste débat comme on le sait que je n'aborderai ici.

La réaction du collectif contre l'handiphobie à cette annulation

« L'Assemblée nationale vient de mettre fin définitivement à la dérive de la jurisprudence Perruche » se réjouit Xavier Mirabel porte-parole du Collectif contre l'handiphobie le 12 février 2002 : « Je félicite le législateur pour son intervention. Devant le séisme provoqué par la jurisprudence Perruche, il fallait un signe fort pour les familles. Il fallait mettre un terme aux dérives de la Cour de Cassation. L'Assemblée a rappelé le droit et réaffirmé que toute vie mérite d'être vécue. Les familles et les personnes handicapées se réjouissent. Ce vote constitue une victoire du droit et de la dignité. Dans l'hémicycle, les parlementaires ont rappelé le rôle déterminant des familles de personnes handicapées, bouleversées.

L'amendement de ce soir – « Nul ne peut se prévaloir d'un préjudice du seul fait de sa naissance » – est une formulation que nous avons proposée il y a un an et demi. C'est une grande satisfaction pour le Collectif contre l'handiphobie et les personnes handicapées de constater qu'elles ont été enfin entendues. »

LES MENACES SCIENTISTE
ET EXTRÉMISTE DU DA

Il est temps maintenant de se tourner vers les aspects psychologiques du DA. Je souhaite inaugurer ce débat en soulignant d'emblée deux obstacles majeurs :

– le fréquent scientisme d'une médecine « *high tech* » qui mettrait sois disant l'usager à l'abri de la maladie, la mort et la castration ;

– l'*extrémisme* du DA : il tient à mon sens essentiellement en ceci : sous une apparence trompeuse, banale et anodine, il condamne ses usagers (parents et professionnels) à s'interroger sur *les limites de l'humain*. Plus précisément, il conduit à explorer ce qu'il y a de *virtuellement humain chez le fœtus* qui peut, certes, naître humain à l'issue de la grossesse, mais aussi, basculer à tout moment dans *la mort (l'IVG puis IMG), l'informe ou la monstruosité* [2].

Cette incertitude s'impose comme une des données psychologiques et éthiques majeures du DA. Elle est synonyme de « précarité ontologique » selon l'heureuse expression de G. Saulus.

Pour autant, cette incertitude est elle uniquement due au DA, historiquement récent ? Certainement pas, c'est le (re)devenir parent pendant la grossesse en elle même qui s'accompagne depuis que l'homme est homme de 1001 interrogations sources d'incertitudes.

« Ai-je envie, avons nous envie de donner la vie ? Que signifie le passage de fille/fils à mère/père, de couple à famille, de trio à quartet... ? Comment accueillir les modifications corporelles et psychiques périnatales ? Est-ce que le fœtus/bébé se développe normalement ? Quel est son héritage génétique ? Est-il bien contenu dans le nid périnatal ? Que ferais-je, que ferions-nous si il meurt ? Comment va se passer l'accouchement ? Et si on découvre à la naissance une maladie, un handicap ? Comment vont se dérouler le post partum, le nourrissage, les soins, la vie et la sexualité du couple dans la nouvelle famille, le retour au travail, la mise à la crèche, chez la nourrice... ? Quel sera le tempérament et le style relationnel du bébé ? Comment l'éventuelle fratrie va se recomposer ? Est-ce bien raisonnable de faire confiance à l'environnement médical, sa multiplicité d'interlocuteurs parfois mal coordonnés, son langage ésotérique, sa haute technicité et ses coutumes complexes?... ».

Bref, le DA ne crée pas l'incertitude de la grossesse mais elle l'amplifie en avançant dans le temps le ques-

tionnement sur la normalité médicale de l'enfant. Ainsi, le DA donne en temps réel des informations médicales précieuses là où autrefois persistait un point aveugle mais il n'évacue pas l'incertitude pour autant et, parfois, l'exacerbe singulièrement.

En périnatalité, comme dans la vie en général, l'humain confronté à cette incertitude multiforme et omniprésente apporte une réponse privilégiée : l'anticipation [3] sous les formes comportementale, affective et fantasmatique.

De fait, sur le versant de l'adoption symbolique du fœtus, la variable psychologique de *l'anticipation* est cruciale car, quand elle est créatrice, c'est elle qui permet de donner une relative souplesse, d'une part, à la conflictualité inhérente aux désirs parentaux, aux désirs soignants et, d'autre part, à la confrontation aux aléas du principe de réalité biologique.

Or, en la matière, il faut bien convenir combien les procédures médicales du suivi de grossesse ont singulièrement complexifié l'intendance de cette anticipation.

D'un côté, le fœtus est devenu un « patient » du diagnostic anténatal, il est aussi membre de la famille dès son premier cliché échographique exposé dans l'album, il est encore éventuellement « sujet » d'une possible ritualisation du « deuil » en cas de « décès », ou enfin si il est grand prématuré, survivant dans un utérus artificiel en néonatalogie dès 24 semaines... Finalement, ce fœtus est en risque permanent *d'imprudente accélération du processus d'humanisation par son entourage familial et professionnel*.

De l'autre, l'IMG¹, possible en France jusqu'à la fin de la grossesse, rappellent avec cynisme le statut du fœtus, au pire, de « débris humain », au mieux, de « d'humain potentiel » mais, au fond, de non humain juridiquement de plein droit.

Cette extrême tension paradoxale actuelle entre humanisation et eugénisme amplifie et complexifie l'adoption symbolique du fœtus, chemin de crête périlleux et incertain, entre le rien, la chose innommable (l'informe), le monstrueux et le virtuellement humain.

Au fond, cette incertitude décuplée inhérente au DA est en permanence potentiellement traumatogène. Et pour faire face à cette incertitude du DA, l'humain dispose notamment de l'anticipation, une variable individuelle, familiale, institutionnelle et sociétale que je crois essentielle à analyser dans ce débat pour comprendre les positions toujours uniques des parents et des soignants.

1. Interruption volontaire de grossesse.

INCERTITUDE/ANTICIPATION

Écartons d'emblée un malentendu. Une anticipation tempérée adaptative ne correspond pas à une (chimérique !) prévision exacte du futur mais bien à une inscription dans un *processus de symbolisation de la diversité et de la complexité des scénarios possibles*. Une des grandes vertus de l'approche systémique contemporaine est de mettre en exergue la critique d'une *récurtivité* des processus humains: un moyen pour atteindre une fin transforme cette fin, et, ce faisant, suggère déjà, irréversiblement, quelque nouveau moyen. *Tout acte engageant engendra toujours des effets non anticipés*. « *C'est à pouvoir rencontrer l'imprévu qu'il faut être préparé et non à tout prévoir [4]* ». *La santé de l'anticipation, c'est donc son ouverture à l'imprévisible*.

Mais l'anticipation –même normale– est source d'angoisse. Cette angoisse est la signature de l'anticipation. « (...) L'angoisse est la réalité de la liberté parce qu'elle en est le possible » affirme Søren Kierkegaard [5]. « L'angoisse signal [6] », paradigme de l'anticipation tempérée en terres psychanalytiques, en souligne la potentialité défensive adaptative : « (...) il y a dans l'angoisse quelque chose qui protège contre l'effroi [7] » nous livre Freud. « L'angoisse automatique ou traumatique [8] » en est la version pathologique qui a contrario muselle l'adaptation.

Ainsi définie, l'anticipation se révèle être un fil conducteur très prometteur pour la compréhension des variations tempérées et pathologiques du développement de la parentalité et de l'enfant face au DA. Quand le projet parental est attaqué par l'effraction d'un handicap, d'un trouble psychique chez l'enfant, l'analyse approfondie de l'anticipation de chacun des acteurs en présence se révèle cliniquement pertinente. Dans le domaine de l'anticipation familiale blessée, la qualité de l'anticipation du soignant et de son institution s'affirme comme un marqueur fidèle de la contenance cicatrisante du cadre. Anticipation meurtrie et anticipation soignante sont deux versants indissociables de la rencontre thérapeutique.

Par conséquent, pour aborder la complexe interaction du soin en périnatalité, il me semble utile de concevoir cet échange comme *une négociation entre les schèmes d'anticipation des parents et des soignants à l'égard du fœtus/bébé*. Dans ce creuset, évaluer cliniquement l'anticipation me paraît éclairant.

Dans le meilleur des cas, en périnatalité, l'anticipation soignante sera « sur mesure », jamais systématisée et elle suppléera l'anticipation parentale sans empiètement ni emprise qui induisent la dépendance et favorisent l'émergence de ce que la prévention prétend combattre.

LE DA : UN RITUEL DE VIE OU DE MORT ?

Pour finir et ramasser mon propos, j'aimerais évoquer le diagnostic anténatal aujourd'hui comme un rituel au milieu du gué, hésitant entre une fonction symbolique structurante et déstructurante, oscillant entre étayage culturel et obstacle iatrogène.

Le rituel créatif c'est celui que nous décrit les anthropologues. Le rituel morbide, c'est celui de la sémiologie psychiatrique.

Le premier est animé par une fonction organisatrice de transitionnalité et de liaison, il offre un moyen d'élaboration des angoisses archaïques, des conflits ou des excitations traumatiques et aide à la construction du sujet en interaction avec l'environnement.

Mixte d'affect et d'intellect, un rituel symboliquement efficient a un pouvoir de liaison individuelle et sociale dont l'immense paradoxe est de reposer sur la traversée d'une désorganisation transitoire féconde entre le *dedans* et le *dehors*. Les rites de baptême, par exemple, prototypes des rites de passage, ont été décrits comme des bains d'indifférencié d'où l'on ressort mieux différencié. Van Genep (1909) a nommé « marge » cette indifférenciation transitoire. Elle représente l'épicentre de la séquence rituelle : séparation / marge / intégration.

Dans sa version psychopathologique, le rituel individuel et social est un cadre symptomatique, révélateur d'une grave crise. Le contexte de la névrose obsessionnelle donne en effet à voir magistralement une version pathologique individuelle des rituels détournés de leur fonction organisatrice. Rempart contre l'angoisse invasive, ils envahissent la vie quotidienne et peuvent paralyser la vie sociale. Ils prennent un sens de prévention systématique pathologique en rupture avec une acuité anticipatrice raisonnable à l'égard de l'environnement.

Je crois que le DA valse-hésite aujourd'hui entre la définition du rituel anthropologique et du rituel psychiatrique.

Et au fond, ce malaise individuel et sociétal à l'égard du DA est crucial pour notre débat car il mérite d'être lu comme le *premier chapitre prénatal du livre des positions à l'égard du handicap à tous les ages de la vie suivants*.

Pour que le diagnostic foetal devienne un rituel de passage et s'écarte de la ritualisation obsessionnelle de fermeture, trois conditions au moins s'imposent :

– le sens vécu et partagé du rituel doit être l'objet d'une symbolisation commune entre parents et professionnels, condition *sine qua non* d'une « efficacité symbolique » partagée. Aujourd'hui dans les maternités, la qualité éthique de la négociation d'un authentique *consentement éclairé* [9] des procédures de

DA et l'investissement des stratégies de préparations individuelles, conjugales et groupales à la naissance dédiées précisément à ce sujet, représentent les deux marqueurs les plus fidèles de la qualité en présence ;
– les opérateurs professionnels du rituel méritent de bénéficier d'un espace de réflexion (Groupe Balint) où les attentes et la dynamique défensive de chacun des acteurs en présence seront mises en récit et réfléchi ;
– la violence de la traversée de la « marge » de la transparence psychique transitoire de la grossesse et de son amplification avec le diagnostic foetal doivent être reconnues et contenues. De nouveau, les propositions individuelles, conjugales et groupales de préparation à la naissance et à la parentalité sont essentielles dans cette perspective.

En l'absence de ce contexte bénéfique, la rencontre diagnostique ne pourra prétendre répondre positivement à la définition structurante du rituel favorisant l'élaboration individuelle et sociale de la précarité ontologique de la marge conceptionnelle frayant entre la mort, l'informe et le monstrueux du handicap.

En l'état, ce statut de rituel séculier constructif du diagnostic anténatal est donc à envisager comme un *objectif collectif à atteindre*. L'objectif premier de cet écrit est, finalement, de soumettre l'idée que les réponses aux questions cliniques, éthiques et politiques apportées au DA représentent un miroir fidèle des conceptions familiales, institutionnelles et sociétales de l'humain.

RÉFÉRENCES

1. FRYDMAN R. – De l'avortement aux bébés éprouvettes, Autrement, 1985, 68, 217-226.
2. MISSONNIER S. – La notion de « relation d'objet virtuelle » parents/fœtus que j'ai décrite prolonge cet aspect. Le premier chapitre de la vie. *Nidification parentale. Nidation fœtale. La psychiatrie de l'enfant*, L., 2007, 1, 61-80.
3. MISSONNIER S. – Pour un traitement psycho(patho)logique détaillé de l'anticipation périnatale. *La consultation thérapeutique périnatale*, Toulouse, Erès, p.55-74, 2003.
4. FAVEZ G., (1958). De la contestation. In: *La Psychanalyse, Perspectives structurales*. Colloque international de Royaumont. Cité par B. Golse en exergue de son ouvrage *Du corps à la pensée*, Paris, PUF, 1999.
5. KIERKEGAARD S. – (1844). *Le concept de l'angoisse*, Paris, Gallimard, 1976
6. FREUD S. – (1926). *Inhibition, symptôme et angoisse*, Paris, PUF, 1981.
7. FREUD S. – Au-delà du principe de plaisir (1920). In: *Essais de Psychanalyse*, Paris, Payot, 1982
8. FREUD S. – (1926). *Inhibition, symptôme et angoisse*, Paris, PUF, 1981.
9. SÉGURET S. – (2003), (sous la dir.). *Le consentement éclairé en périnatalité et en pédiatrie*, Toulouse, Erès.