

# ACCOUCHER ET NAÎTRE :

## de jadis à aujourd'hui

H. THOUMSIN (1), P. EMONTS (2)

**RÉSUMÉ :** De nos jours et dans nos régions industrialisées, la majorité des accouchements se déroulent à l'hôpital sous haute surveillance tant médicale que paramédicale, rendant le taux d'accidents très faible. Cette sécurité obstétricale s'est acquise au fil du temps au travers une maïeutique évolutive qui recèle tout à la fois des recommandations surprenantes et des conceptions ingénieuses. L'essor de la Médecine et l'émancipation de la Femme ont profondément modifié l'approche de l'accouchement et l'importance de ses différents acteurs. La tendance actuelle à démedicaliser l'accouchement est interpellante.

**MOTS-CLÉS :** *Accouchement - Obstétrique - Forceps - Césarienne - Sage-femme*

TO GIVE BIRTH : IN THE PAST AND TODAY

**SUMMARY :** Nowadays in industrialized regions, the majority of childbirths take place in a hospital under high medical and paramedical supervision; this renders the rate of perinatal events very low. This obstetrical safety progressively developed through a practice that, at times, was studded with strange recommendations as well as ingenious concepts. The progress of Medicine and the emancipation of Woman deeply modified the approach to child delivery and influence the importance of its different actors. The current tendency towards a «more natural delivery» may be stepping away from the security of childbirth in a hospital setting.

**KEYWORDS :** *Childbirth - Obstetrics - Forceps - Caesarean section - Midwife*

### INTRODUCTION

De nos jours, et dans nos régions favorisées, la majorité des accouchements se déroulent dans les hôpitaux, sous la surveillance d'un personnel qualifié, dans un environnement technique médical de haut niveau.

Pendant toute la durée du travail, l'état de l'enfant est «monitorisé» en permanence; la douleur de l'enfantement est atténuée, voire supprimée, par les méthodes modernes d'analgésie, telle la péridurale.

Ainsi, mère et enfant se trouvent placés dans des conditions de sécurité et de confort insoupçonnables il y a quelques décennies encore.

Les accidents obstétricaux sont à ce point devenus rares que, dans l'esprit de certains, ils sont même inexistantes, ce qui, hélas, est loin d'être le cas.

Jadis, nos femmes enceintes, nos parturientes, nos fœtus, nos nouveau-nés, ne bénéficiaient pas de tous ces avantages et l'accouchement fut, depuis des temps immémoriaux, un grand pourvoyeur de mort de femmes et d'enfants.

Nous nous proposons de retracer les grandes étapes de l'histoire de l'Obstétrique et des processus de médicalisation de la naissance, avec leurs bienfaits et leurs aléas, qui ont conduit aux conditions actuelles de l'enfantement.

### PENDANT L'ANTIQUITÉ

Chez les anciens Grecs déjà, quatre siècles avant J.C., tout ce qui concernait l'accouchement

normal relevait des sages-femmes dont la profession était réglementée : elles devaient avoir eu elles-mêmes des enfants et être ménopausées. La mère de Socrate était une de ces femmes dont le fils mit au point la «maïeutique» (maïeutikê = art de faire accoucher), méthode par laquelle il se flattait d'accoucher l'esprit des pensées qu'il contenait sans le savoir, tout comme sa mère «extrayait» de ses mains les bébés du ventre de leur mère (1).

En cas de complication sérieuse, la sage-femme devait faire appel à un médecin, toujours de sexe masculin. Soranos d'Ephèse était de ceux-là et disait : «...la sage-femme est sans reproche si elle s'acquitte de ses devoirs médicaux, tandis que nous dirons qu'elle est excellente, si elle affiche une bonne connaissance théorique, et si elle est calme, logique, rassurante, disciplinée, sobre et libre de toute superstition...» (2). Qu'ajouter à ce véritable code d'éthique comparable au serment d'Hippocrate des médecins ?

Au-dessus des sages-femmes ordinaires, se trouvait placé un groupe de consœurs plus évoluées, les seules autorisées à provoquer un avortement ou un accouchement avant terme, mais dont le devoir essentiel était de présenter le nouveau-né au père pour qu'il le reconnaisse (ou pas !) comme son propre enfant.

### AU MOYEN ÂGE

L'habitude a été prise de considérer qu'au cours du Moyen-Âge s'est opéré un recul de l'art médical comme de la science en général (3).

Dans le contexte obstétrical, la mortalité de la mère et du nouveau-né atteignit des sommets effrayants. Ceci était dû à l'indifférence aux souffrances de la femme, mais aussi à l'arrié-

(1) Médecin spécialiste en Gynécologie-Obstétrique, Professeur de clinique honoraire, (2) Médecin spécialiste en Gynécologie-Obstétrique, Chef de Clinique, Service d'Obstétrique, Département de Gynécologie-Obstétrique, ULg, CHR Citadelle, Liège.

ration culturelle et au peu de valeur accordée à la vie.

Il faut y ajouter le fait, qu'en 1580, fut promulguée une loi interdisant aux bergers et autres bouviers de pratiquer des accouchements, ce qui ne plaide évidemment pas pour la qualité de la pratique obstétricale de l'époque (4).

L'accouchement se déroulait à domicile, dans une pièce calfeutrée, surchauffée, où une assistance féminine nombreuse et bruyante entourait la parturiente.

Dans les classes aisées, on utilisait une chaise d'accouchement déjà conçue pendant l'antiquité. Ménageant la pudeur de la femme, la matrone travaillait sous les jupes (Fig. 1).

Des fumigations et embrocations vaginales étaient appliquées et, en cas de difficultés majeures, on faisait appel à «l'ensacheur» pour qu'il vienne secouer violemment la femme, ou au forgeron pour qu'il brandisse, menaçant, un marteau sur l'abdomen de la parturiente.

Selon les phases de la lune, l'enfant naissait «bien luné» ou «mal luné», et son avenir était ainsi prescrit.

Vers le XIII<sup>ème</sup> siècle, certaines institutions hospitalières vont admettre, avec réticence, des femmes en couches, s'il s'agit de nécessiteuses, voire de prostituées sans domicile ni aide.

Au XIV<sup>ème</sup> siècle, à Gand et à Bruges, des sages-femmes spécialement sélectionnées vont être accréditées et rémunérées par la municipalité. Elles devaient répondre à un code de déontologie strict où l'on retrouve par exemple, qu'en cas de complication, elles devaient faire appel à un «médecin instruit». Celui-ci n'était cependant requis que pour poser un diagnostic et conseiller un traitement, sans qu'il doive nécessairement consentir à se salir lui-même les mains. C'est le chirurgien ou le barbier qui était chargé d'exécuter une manœuvre compliquée. Ces derniers étaient soigneusement tenus à l'écart par les médecins «en bonnet carré» qui se chargeaient, eux, de l'anamnèse, des purges et des saignées (5, 6).

## LA RENAISSANCE

C'est en 1513 que fut imprimé le premier traité d'obstétrique, les précédents ouvrages étant manuscrits. Alors qu'à l'époque le latin était de mise, il fut rédigé en allemand par un certain Eucharius Rösslin et s'intitule : «Le jardin des roses de la femme enceinte et de la sage-femme » (der Swangern Frauen und Hebbamen Rossgarten). Le Rossgarten comme surnommé, décrit entre autres choses ce



Figure 1 : Matrone médiévale au travail. Gravure anonyme, XIV<sup>ème</sup> siècle, coll. Stichting Brabantse Dag, Heeze, Pays-Bas.

qu'était pour l'heure, un accouchement difficile. Voyons comment le Professeur Fernand Leroy dans son remarquable ouvrage «Histoire de Naître, 2002» (7) a compris les choses : «Il était avant tout de bon ton pour une dame bien conseillée, de prendre régulièrement des bains de siège de graisse et d'huile pendant le dernier mois de la grossesse. Au début de son travail d'accouchement, elle était supposée monter et descendre plusieurs fois une volée de marches en criant bien fort. Supposons que son accouchement ne progresse guère, la matrone va lui enduire la vulve et le vagin d'huile et de graisse de diverses natures. Si la sage-femme a des lettres, elle mettra dans la main gauche de la parturiente une pierre aimantée ou elle sortira de son attirail une valvule cardiaque calcifiée de cerf qu'elle lui attachera au nombril. En même temps, elle lui fera avaler une nourriture abondante et variée, dont on peut penser qu'elle la vomira une fois sur deux, ce qui provoque de bons mouvements expulsifs de l'abdomen. Si, après toutes ces mesures, la parturiente n'a pas eu la chance d'accoucher, elle se verra placer sous le siège des braises sur lesquelles on versera de la bile de vache et de la fiente de pigeon. On introduira ensuite dans le vagin une racine imbibée de jus de rue officinal. ... Si la patiente survit et finit par accoucher et si par malchance le placenta se trouve retenu, la sage-femme exercera de vigoureuses tractions sur le cordon. En cas d'échec, pour la bonne mesure, une nouvelle rasade d'huile sera versée. Finalement, la sage-femme ne s'avouera vaincue qu'après avoir introduit dans le vagin la tête d'une pipe dont le tuyau trempe dans un récipient contenant une décoction d'herbes médicamenteuses rendu

bien étanche, pour que l'assistance ne soit pas incommodée par l'odeur qui s'en dégage. Rien de tout ceci n'est exagéré, tous ces conseils sont bel et bien donnés dans le «Rossgarten» (8).

Ce traité eut un énorme succès en Europe Occidentale pendant plus de deux siècles, en allemand, latin, français, anglais, italien et flamand. Rien qu'en allemand et en flamand, trente-neuf éditions se succédèrent. Un modèle de chaise d'accouchement à dossier incurvé et munie de poignées latérales pour que la parturiente puisse s'agripper y est également décrit (Fig. 2).

En France, la figure emblématique de la renaissance médicale fut incontestablement Ambroise Paré, surnommé père de la chirurgie. Dans le domaine obstétrical, Paré reste assez classique. Il recommande l'usage de la chaise d'accouchement décrite par Rösslin, mais bricoleur de génie, il perfectionne l'instrumentation de fumigation vaginale, crée les spéculums ainsi que les «pieds de griffon» destinés, dans un accouchement difficile, à extraire l'enfant par la tête quand il était mort *in utero* (Fig. 3). C'était à l'époque une situation à laquelle les chirurgiens étaient souvent confrontés, et on imagine les mutilations que ces instruments étaient susceptibles d'entraîner (9).

#### LES «ENVIES»

Les âmes simples et crédules sont convaincues que l'imagination, les émotions, les désirs contrecarrés de la femme enceinte peuvent être à l'origine de certaines anomalies de l'enfant ou des malheurs lors de l'enfantement. Ces croyances ont existé de tout temps et chez tous les peuples (10).

Ambroise Paré lui-même les cautionna en évoquant notamment le cas de Madeleine Sarcoucart qui, prise de fièvre, suivit les conseils d'une voisine et tint en main une grenouille vivante pendant ses étreintes conjugales, ce qui lui valut la mise au monde d'un enfant à face de grenouille.

Plus récemment, en 1726, ce fut le cas Mary Tofts qui fut rendu public et qui fit l'objet d'un procès retentissant avant que le tribunal, malgré les avis divergents des experts, ne conclût à la supercherie. Cette jeune paysanne enceinte de quelques semaines avait vainement tenté d'attraper des lapins bondissant dans les champs. Elle en conçut un immense désir de manger du lapin qui ne la quitta plus, mais qu'elle ne put satisfaire, étant fort indigente. Elle accoucha plus

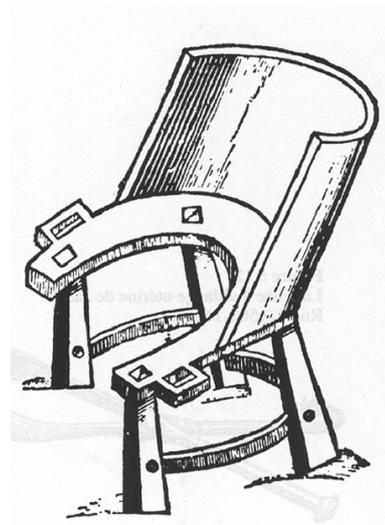


Figure 2 : Chaise d'accouchement du XVI<sup>ème</sup> siècle. Rösslin Eucharius, *Der Swangern Frauen und Hebbamen Rossgarten*, 1513.

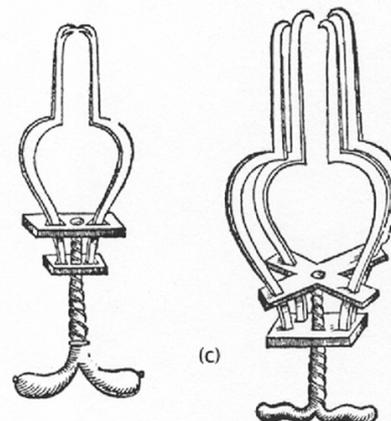


Figure 3 : Pieds de griffons. Paré Ambroise, *De la Génération de l'Homme recueilli des Anciens et Modernes*, 1575.

tard d'une prolifique portée de quinze lapereaux (11, 12).

Il est encore aujourd'hui des naïfs pour croire ces balivernes.

#### SAGES-FEMMES CONTRE ACCOUCHEURS MASCULINS

##### INTRUSION DU CHIRURGIEN DANS LA CHAMBRE D'ACCOUCHEMENT

Les précédents chapitres ont montré que, depuis des temps immémoriaux, l'accouchement était l'affaire exclusive des femmes, leurs congénères masculins n'étant appelés à la rescousse qu'avec beaucoup de réticences, pour leur force

physique ou pour une compétence particulière devenue incontournable (13).

Le chirurgien masculin opérait alors sous un large drap, dans une pièce occultée, de façon à ménager la pudeur de la parturiente (Fig. 4).

Beaucoup de femmes refusaient d'être secourues par le sexe fort, préférant encore subir une issue fatale (14).

Cette situation finit par opposer les deux clans professionnels.

Les chirurgiens se plaignent de l'ignorance des sages-femmes incultes et incompetentes qui font appel à eux quand la situation est devenue irrémédiable, tandis que les sages-femmes stigmatisent l'outrecuidance et l'indécence de ces hommes qui veulent à tout prix s'immiscer dans les problèmes intimes des femmes et qui, par leur brutalité et l'usage d'instruments barbares, ne sont bons qu'à provoquer des désastres. Pendant deux siècles au moins, vont se succéder libelles et pamphlets diffamatoires venus de part et d'autre (15).

C'est donc dans ce contexte d'antagonisme farouche qu'émergeront de fortes personnalités d'obstétriciens qui vont, par leur rayonnement et leurs écrits, initier une grande modification de la pratique des accouchements.

Le passage du XVII<sup>ème</sup> au XVIII<sup>ème</sup> siècle va sonner le glas de la suprématie féminine.

Il a été dit que ce sont les sages-femmes, elles-mêmes, qui ont introduit volontairement le médecin dans la chambre d'accouchement pour qu'en échange, celui-ci leur fournisse une meilleure formation professionnelle, notamment sur le plan de la théorie. La réalité est tout autre: c'est le médecin qui a forcé la porte et a déposé la sage-femme de son monopole.

L'attitude des «grands de ce monde» a incontestablement joué un rôle dans cette évolution. Louis XIV ne fit-il pas appel à un accoucheur masculin pour délivrer sa maîtresse, Mademoiselle de la Vallière, tout en assistant à l'événement caché derrière un rideau ?

De plus, les honoraires du médecin étant plus élevés que ceux de la sage-femme, il devint de bon ton pour la bourgeoisie d'afficher son aisance financière et son statut supérieur en ayant recours à un homme.

Cet avènement de l'accoucheur masculin s'inscrit, par ailleurs, dans un contexte plus global de revalorisation du chirurgien jusqu'alors subalterne du médecin.



Figure 4 : Accouchement sous les draps. Janson S., Korte en Bondige Verhandeling van de Voortteelingen't Kindrbaren, Amsterdam, 1711.

#### LE FORCEPS : L'ARME SECRÈTE

Le forceps a mauvaise presse dans l'opinion publique; cet instrument, par ailleurs remarquable, destiné à extraire l'enfant en «le prenant par la tête», a la réputation d'être traumatisant tant pour l'enfant que pour les parties génitales de la mère.

Et, pourtant, que de vies sauvées grâce à cet outil prodigieux à une époque où la science obstétricale n'avait rien de mieux à proposer. En 1822, il était reconnu que «...de tous les instruments obstétricaux dont s'est enrichi l'art des accouchements, le forceps était celui qui avait emporté les succès les plus éclatants et les plus réellement utiles... » (7).

Même si, de nos jours, la place de l'outil s'est considérablement réduite, son avènement n'en fut pas moins une révolution dont les retombées se sont étalées sur plus de trois siècles.

L'inventeur du forceps fut sans doute Peter Chamberlen, fils d'un chirurgien français huguenot émigré en Angleterre en 1596 pour échapper aux guerres de religion.

Ce qui est extraordinaire, c'est que pendant quatre générations de Chamberlen, c'est-à-dire cent-vingt ans, la nature exacte de l'instrument fut tenue secrète, bien que son existence fut connue. Les membres de la famille, de père en fils, usèrent de subterfuges élaborés pour garder leur secret et promouvoir leur réputation d'accoucheur hors du commun. Ils arrivaient au domicile de la parturiente en grand équipage. Leur voiture fastueuse contenait un grand coffre orné qui devait être transporté par deux laquets, laissant croire qu'il contenait une machine compliquée. Un bandeau était imposé

à la femme et seuls les Chamberlen demeuraient dans la pièce d'où parvenaient bientôt, aux oreilles de l'entourage terrifié, des bruits insolites et sinistres tels que sons de cloches, coups de tonnerre, etc... Ne pas divulguer la formule d'une potion médicamenteuse était pratique courante et admise à l'époque, mais les comportements excessifs des Chamberlen pour garder leur secret, relèvent d'un égoïsme clanique qui frise la psychopathologie. On se demande d'ailleurs comment ce fut possible étant donné leur domesticité nombreuse (16).

En 1649, le Docteur Peter Chamberlen, l'aîné, fut radié du Collège des Médecins pour motif d'absentéisme. Il mourut, l'esprit passablement dérangé, dans leur grande propriété de l'Essex où ce n'est qu'en 1813 que l'on découvrit, cachés sous un plancher secret, leurs forceps originaux (Fig. 5).

En 1929, on dénombrait pas moins de 550 modèles de forceps conçus depuis cette époque et dont certains servent encore. C'est dire l'importance qu'a prise cet instrument dans la pratique obstétricale, importance essentiellement justifiée par le fait qu'il permettait d'éviter le recours à l'opération césarienne alors grevée d'une mortalité maternelle effroyable.

## LA CÉSARIENNE ET SES MYTHES

L'origine de la naissance par incision abdominale se perd dans la nuit des temps (17). Aucun témoignage digne de foi ne permet de situer les premières tentatives. La mythologie fait souvent allusion à des naissances par césarienne; citons sans être exhaustif : Indra, maître suprême des dieux védiques, Bouddha, Esculape (dieu de la médecine), Dionysos (Bacchus), Tristan, Rustom, héros Perse ...

Si l'origine du geste reste nébuleuse, celle du mot ne l'est pas moins. La version la plus répandue, est celle selon laquelle Jules César serait né par incision abdominale. Cette interprétation fut transmise par les auteurs du Moyen-Âge chrétien (Fig. 6).

Le mot césarienne aurait pour origine la Lex Regia, édictée au VII<sup>ème</sup> avant JC, devenue Lex Caesarea, sous les empereurs (donc après la prétendue césarienne de Jules César), imposant que l'abdomen de toute femme enceinte subitement décédée près du terme de la grossesse soit incisé pour tenter d'extraire l'enfant vivant. Les Romains ne pratiquaient donc que des césariennes *post-mortem*, or la mère de Jules César, Aurélia, était encore bien vivante pendant la campagne des Gaules.

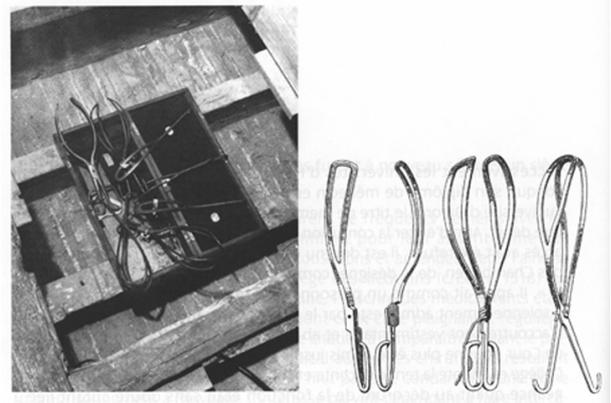


Figure 5 : Les forceps de la famille Chamberlen, découverts en 1813. ph. Percival R.C., F.R.C.O.G., The London Hospital.



Figure 6 : Représentation médiévale de la naissance de Jules César. Suetone, La Vie des Douze Césars, 1506.

L'autre hypothèse veut que le mot césarienne dérive simplement du participe passé du verbe *caedere*, couper, comme le suggère Pline.

Alors, César a-t-il donné son nom à l'intervention ou est-ce l'inverse ? L'énigme étymologique reste entière.

Durant l'antiquité, la césarienne *post-mortem* avait donc force de loi, et cette pratique relancée par divers synodes ou conciles a perduré jusqu'à une époque récente, pour des motifs essentiellement religieux.

Qu'en est-il de la césarienne sur la femme vivante ?

Cette pratique constituait le plus souvent un verdict de mort pour la mère. Les accoucheurs de l'époque se résignaient donc, quand l'enfant ne pouvait passer par les voies naturelles, à le dépecer pour l'extraire en morceaux par voie basse, non sans avoir pris soin de le baptiser au préalable par injection d'eau bénite dans le vagin!

C'est en 1581 qu'apparaît le premier ouvrage entièrement consacré à la césarienne, rédigé par François Rousset, chirurgien à Montpellier. Il rapporte quelques observations dont toutes ne se soldent pas par une issue fatale.

La première se situe à Siegerhausen, en Suisse actuelle (18).

Elizabeth Alespach désespérait de la venue de son premier enfant. Dans les douleurs depuis plusieurs jours, les lumières de non moins de treize sages-femmes venues des alentours, n'avaient été d'aucun secours. C'est alors que son mari, Jacob Nufer, châtreur de porcs de son état, décida, dans le besoin et en homme digne de ce nom, de prendre ses responsabilités. Après quelques difficultés, il obtint du juge de Frauenfelden, l'autorisation de pratiquer une césarienne sur sa propre épouse. Ce qui fut dit fut fait : avec l'aide des deux matrones les plus courageuses, Jacob incisa le ventre de sa femme et «...du premier coup, il en tira l'enfant...». «...Les onze sages-femmes restées à la porte et ayant ouï crier l'enfant, souhaitaient fort d'y être, mais elles n'y purent entrer qu'après que l'enfant eut été nettoyé et la plaie cousue, suivant la manière dont il cousait les animaux...». L'année suivante, Elizabeth accouchait de jumeaux par les voies naturelles. Quant à son premier fils, il vécut assez vieux pour devenir lui-même juge à Siegerhausen.

Ces relations enthousiastes furent suivies d'autres, mais il n'en demeure pas moins qu'au XVII<sup>ème</sup> siècle, on ne recommande la césarienne que «lorsqu'elle est devenue le seul espoir de sauver la mère» et certes pas pour sauver l'enfant au péril de la vie de sa mère, quoique certains grands accoucheurs moralisateurs français estimaient, quant à eux, que «cet excès d'inhumanité, de cruauté, de barbarie ne se justifiait que si l'enfant devait être le successeur d'un grand Royaume, car alors la vie de l'enfant prévalait sur celle de la mère, le salut public passant avant celui d'un particulier...». Seules les Impératrices, les Reines et les Princesses auraient donc l'honneur, victimes de leur devoir, de mourir d'une césarienne (19).

Au XVIII<sup>ème</sup> siècle, les indications de la césarienne vont être précisées, la plus habituelle étant bien sûr les rétrécissements extrêmes du bassin rendant impossible toute application de forceps et toute extraction par voie naturelle sans tuer l'enfant. Mais, jusqu'au siècle dernier, l'intervention restera périlleuse pour la mère.

Maintenant, les indications se sont considérablement élargies et concilient l'intérêt de la mère et celui de l'enfant. N'étant plus grevée

que d'un risque maternel faible, c'est la sauvegarde du fœtus qui est le plus souvent en jeu, tant et si bien qu'à l'heure actuelle, c'est *quasi* un accouchement sur quatre qui se clôture par «l'incision de l'abdomen».

## LA MAÎTRISE DU MAL JOLI

Le «Mal Joli» était le terme par lequel on désignait autrefois les douleurs de l'accouchement. C'est dire à quel point elles étaient minimisées par ceux qui n'avaient pas à les subir ! Le texte de la Genèse ne décrétait-il pas que la femme était censée enfanter dans la douleur ?

Il faudra attendre le milieu du XIX<sup>ème</sup> siècle seulement pour qu'apparaissent les premiers essais d'une lutte efficace contre la douleur.

Ce furent d'abord les gaz, le protoxyde d'azote (gaz hilarant), l'éther, puis plus tard le chloroforme.

Le célèbre Ecossois James Simpson publia, vers 1840, une série de quelques 150 accouchements, réalisés sur moins d'un an, avec anesthésie à l'éther délivré au moyen d'un masque couvrant le nez et la bouche. Son usage s'est vite généralisé en Europe (20).

Mais le produit était dangereux pour l'organisme, malodorant et surtout inflammable. Il fut, peu avant 1850, remplacé par le chloroforme, narcotique puissant, d'odeur plaisante, ininflammable et, surtout, bon marché. Au cours de l'année 1850, 40.000 naissances eurent lieu, en Ecosse, sous anesthésie au chloroforme.

Bien que très controversée par l'Eglise et les Pairs de Simpson, la technique fut finalement cautionnée par la Reine Victoria qui l'utilisa pour son huitième accouchement d'où l'expression anesthésie «à la Reine» (Fig. 7).



Figure 7 : Inhalateur de chloroforme portable. Snow,J., 1853, Dessin anonyme, extr ; de Histoire de Naître, Leroy F., ed. DeBoeck, 2002.

La découverte en 1865 de la cocaïne, suivie de peu des morphiniques de synthèse (xylocaïne ...) va permettre un nouvel essor de l'analgésie obstétricale sous la forme des anesthésies locales et loco-régionales, dont l'application la plus courante est la péridurale.

La première péridurale lombaire pour un accouchement date de 1921. Elle fut assez largement utilisée dans les pays Anglo-saxons jusqu'en 1940, avant de tomber dans un certain oubli. Relancée depuis les années septante, la technique tend, dans des mains expertes, à se généraliser dans toutes les maternités de notre pays au grand bénéfice de nos parturientes.

Etant situé à la croisée du biologique et du culturel, le combat contre le Mal Joli fut, on s'en doute lorsqu'il s'agit d'émancipation de la femme, un processus long, controversé, passionnel et empreint d'une misogynie dont on imagine mal l'ampleur de nos jours.

#### ACCOUCHER À LA MATERNITÉ DE L'UNIVERSITÉ DE LIÈGE AU DÉBUT DU XX<sup>ÈME</sup> SIÈCLE

Nous ne résistons pas à l'envie de présenter au lecteur quelques extraits de la communication faite en 1900 à l'Association Médico-Chirurgicale de Liège, par le Professeur Fraipont pour se plaindre des conditions lamentables de pratique et d'enseignement de l'obstétrique à la Maternité de l'Université de Liège. Celles-ci illustrent ce qu'était le «top niveau» il y a cent ans (21).

«...C'est dans l'hospice de la rue des Carmes qu'est installée la maternité. Elle occupe une partie du rez-de-chaussée, l'autre partie comprenant le cabinet du directeur, le logement de la maîtresse sage-femme et la cuisine. Le bâtiment date de deux siècles... Il y a deux salles, une de quatre lits, l'autre de huit, soit au total douze lits qui autorisent la réalisation de 300 accouchements par an, ce qui est tout à fait insuffisant pour l'enseignement des étudiants... Beaucoup d'accouchements ne profitent pas aux étudiants: il y a ceux qui se font pendant les vacances, alors que les étudiants ont quitté la ville, ceux qui marchent trop vite, ceux qui se font la nuit alors que personne, ni assistant, ni chef de clinique, ni élève, ni domestique, ne loge à la maternité... (22).

D'après un vieux règlement du début du siècle encore en vigueur aujourd'hui, on ne peut admettre à la maternité que des femmes en travail d'accouchement; les femmes ayant des complications de grossesse ne peuvent y trouver place...

Il n'y a pas d'infirmière à la maternité. Les parturientes sont soignées par les élèves sages-femmes... Quand celles-ci doivent assister aux leçons des professeurs, elles sont abandonnées à elles-mêmes, comme pendant la nuit, sans aucune surveillance...

Quand la maternité est encombrée, si une femme vient à mourir, on doit la laisser dans la salle où elle se trouve, au milieu des autres qui entendent ses cris et les spasmes de son agonie...

Vous comprenez, Messieurs,... que la maternité de l'Université de Liège ... lieu exigu et insalubre quels que soient les résultats qu'on y obtienne...»

On comprend surtout pourquoi, à l'époque, il valait mieux accoucher chez soi !

#### ET NUNC

A l'instar des autres branches de la médecine, le XX<sup>ème</sup> siècle a fait bénéficier l'obstétrique d'un arsenal de plus en plus étoffé de moyens diagnostiques et thérapeutiques.

Globalement, on peut citer la découverte des microbes et l'antibiothérapie, l'immuno-hématologie et la prévention de l'incompatibilité de groupe sanguin entre la mère et le fœtus, les ultrasons, l'électronique appliquée à la surveillance du rythme cardiaque du fœtus, et tout récemment, la génétique moléculaire et le diagnostic prénatal.

Dans la foulée, s'est également concrétisée la mise en place d'une pratique obstétricale préventive. Quelle grossesse de nos jours n'est pas étroitement surveillée par un médecin ou une sage-femme avec, à l'appui, prises de sang, échographies etc... ? Quel accouchement ne se passe pas en maternité dans un confort et une sécurité optimisés, sous «monitoring» et péridurale ?

Jusqu'aux années cinquante, la mise au monde d'un enfant était un événement privé qui se déroulait dans l'intimité du foyer familial sans autre aide spécialisée que celle du médecin de famille.

La haute technicité mise en œuvre dans le processus d'accouchement a nécessité son transfert vers le lieu où toute la technologie se trouve concentrée, c'est-à-dire l'hôpital.

Etant donné la haute valeur symbolique attribuée à l'acte d'enfantement, cela constitue un bouleversement social plus profond qu'il n'y paraît. L'hôpital et la maternité sont perçus comme des milieux aliénant la personnalité et l'autonomie individuelle. L'utilisation de plus

en plus envahissante de multiples appareillages, monitoring, perfusions, péridurales n'a fait qu'amplifier ce sentiment de déshumanisation d'un acte qui, même potentiellement dangereux pour la mère et l'enfant, n'en demeure pas moins naturel. Partout se font jour des mouvements qui avancent, que la surmédicalisation de l'accouchement a des effets pervers en termes notamment de taux de césariennes, et qui prônent sa «démédicalisation» pour le restituer à la mère et au couple.

L'obstétrique est à la croisée des chemins; faut-il humaniser l'hôpital ou organiser des maisons de naissance plus proches des aspirations des couples ou même réorganiser l'accouchement à domicile ?

Le débat est ouvert et nul doute que la pression sociale et la volonté politique de réduire les coûts de la santé vont modifier le paysage de l'obstétrique belge dans la prochaine décennie.

#### BIBLIOGRAPHIE

1. Barbaut J.— Histoire de la naissance à travers le monde, Paris, éd. Plume (Calmann Levy), 1990.
2. Burguière P, Gourevitch D, Malinas Y.— Soranos d'Ephèse. Maladies des femmes, traduit et commenté Paris, éd. Les Belles Lettres, 1988.
3. Devraigne L.— L'Obstétrique à travers les Ages, Paris, éd. Doin & Cie, 1939.
4. Laurent S. — Naître au Moyen Age. Paris, éd. Le Léopard d'Or, 1989.
5. Pecker A, Roulland H.— L'accouchement au cours des siècles, Paris, éd. Da Costa, 1958.
6. Radcliffe W.— Milestones in Midwifery, Bristol, J.Wright and sons éd. LTD, 1967.
7. Leroy. F.— Histoire de Naître. ed. De Boeck Université, Bruxelles, 2002.
8. Rosslin, E.— Het Klein Vroedwijsboek ofte Vemeederen Roosengaert. Amsterdam, éd Michel Degroot, 1667.
9. Dumont M, Morel P.— Histoire de la Gynécologie et de l'Obstétrique. Lyon, éd. Simep, 1968.
10. Demangeon JB.— De l'imagination dans ses effets directs sur l'homme et les animaux et ses effets indirects sur les produits de la gestation. Paris, éd. Rouen Frères, 1829.
11. Graham H.— The Mysreries of Birth and Customs that surround it. Eternal Eve, London, Hutchison, 1960.
12. Michael JO, Elliot EP.— The History of Obstetric and Gynaecology. éd. The Parthenon Publishing Group, New York, 1994.
13. Coulon Arpin M.— La maternité et les sage-femmes de la préhistoire au XX<sup>e</sup> siècle. Paris, éd. Da Costa, 1976.
14. Speert H.— Obstetric and Gynecology Milestones. ed. The Macmillan Company, New York, 1958.
15. Gelis G.— La sage-femme ou le médecin. Paris, éd. Fayard, 1988.
16. Aveling LH.— The Chamberlens and the Midwifery Forceps. London, éd. Churchill, 1882.
17. Pundel JP.— Histoire de l'opération césarienne. Bruxelles, éd. Presses Academ Europ, 1969.
18. Fasbender H.— Geslichte der Geburschilfe. Hildenschein, Georg Olm Verlag, 1964.
19. Thiery M.— De Geschiedenis van Verloskunde. Gent Universiteit, 1996.
20. Mann RD.— The History of the Management of Pain : from Early Principles to Present Practice. éd. The Parthenon Pub Group. Park Ridge, NJ, 1988.
21. Fraipont H.— La maternité de Liège et l'enseignement obstétrical et gynécologique à l'Université. *Annales de la Société Médico-Chirurgicale de Liège*, 1900, 1-24.
22. Florkin M.— La maternité de la rue du crucifix. *Rev Méd de Liège*, 1954, 9, 376.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Dr. P. Emons, Service de Gynécologie-Obstétrique, CHR Citadelle, 4000 Liège, Belgique.