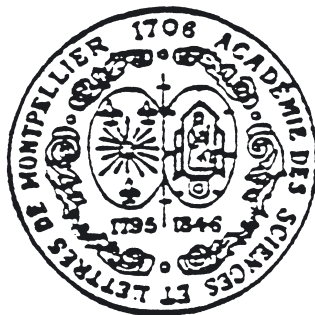


BULLETIN
DE
L'ACADÉMIE DES SCIENCES
ET LETTRES
DE
MONTPELLIER



NOUVELLE SÉRIE
TOME 39
ANNÉE 2008

ISSN 1146-7282

Séance publique du 3 mars 2008

Naître à Montpellier au XX^{ème} siècle

par Robert DUMAS

Naître n'a jamais été de tout repos. Obstétriciens, sages femmes, pédiatres évoquent volontiers le traumatisme de l'accouchement. Mais que dire alors des conditions de la grossesse et de l'accouchement au début du siècle dernier ! C'est cette formidable évolution qui sera l'objet de notre conférence.

Le début du siècle

Au début du XX^{ème} siècle la mortalité infantile, très élevée à Montpellier, est perçue comme une fatalité. En 1896 la ville compte 700 00 habitants. Cette année on enregistre 1560 naissances et 260 décès avant l'âge de trois ans. La mortalité infantile est comprise entre 10 et 15%. Cette mortalité est attribuée aux broncho-pneumonies hivernales mais surtout aux diarrhées estivales, appelées ici choléra infantile. En juillet et août on déplore un ou deux décès de nourrisson chaque jour. Le docteur Quétand, médecin du bureau d'hygiène, attribue cette mortalité à des conditions économiques et culturelles défavorables.

L'hygiène des Montpelliérains laisse à désirer. Il existe encore des égouts à ciel ouvert. Les maisons sont insalubres et abritent de nombreux animaux, chiens, chats, lapins, volailles. Les laiteries de Montpellier sont surpeuplées. Les bêtes, maintenues dans des locaux sans lumière, sont trayées sans aucune précaution d'hygiène et les laitiers se crachent dans les mains pour faciliter la traite.

La bataille contre la mortalité infantile sera d'abord celle du lait. Les pédiatres hospitaliers montpelliérains et les hygiénistes vont activement participer à cette lutte.

Une consultation de nourrissons est ouverte en 1903 à l'Hôpital Général, confiée au professeur Frédéric Bosc, aidé du docteur Cotsaftis. Cette consultation instruit les jeunes mères des dangers de l'été. Des conseils sont donnés pour stériliser les biberons. Des distributions gratuites de lait stérilisé vont bientôt être organisées. L'œuvre des enfants à la montagne expédie mères et nourrissons fragiles dans les hauteurs de l'arrière pays. Cette action dans les quartiers défavorisés comme Figueroles, Boutonnet, les abattoirs est rapidement efficace. La mortalité des nourrissons passe de 190 à 120 de 1896 à 1908.

En 1909 Etienne Leenhardt crée la "Goutte de lait". C'est un Centre d'éducation de l'hygiène de la première enfance où l'on distribue du lait de vache stérilisé (500 biberons par jour en 1914).

En 1919 des femmes de la bonne société créent "L'œuvre de la Pouponnière montpelliéraine". Ce sont d'abord 25 berceaux destinés à recevoir des nourrissons, de la naissance à trois ans, dont les mères pauvres et souvent célibataires ont de la difficulté à les élever. En 1927 la Pouponnière montpelliéraine devient une institution hospitalière, installée 17 rue Chaptal, dirigée par Etienne Leenhardt assisté du docteur Desfour et de Mademoiselle Fraisse. En 1930, la mortalité dans cet établissement tombe à 5% . Les vaccinations antivariolique, antidiptérique, antitétanique

et par le BCG deviennent systématiques. La pouponnière fonctionne comme un centre d'élevage surveillé, dispatchant les enfants de 0 à 5 ans vers des nourrices agréées soumises à des visites systématiques.

L'absence de contraception efficace est responsable de nombreuses grossesses non désirées avec leur cortège d'avortements clandestins, souvent mortels, et d'abandons d'enfants. En France le nombre d'enfants confiés à l'assistance publique dépasse 150 000 et l'on estime le nombre d'abandons à 10 000 par an.

Le législateur s'est préoccupé d'aider les jeunes mères en difficulté matérielle et psychologique. La loi Roussel, en 1876, établit la surveillance par l'autorité publique de l'enfant du premier âge placé en nourrice. La loi de novembre 1909 accorde aux femmes enceintes employées dans l'industrie et le commerce un congé de maternité payé de deux mois. La loi Strauss en 1913 prévoit une allocation supplémentaire à la mère allaitante.

La maternité de Montpellier, installée dans de nouveaux locaux est confiée à Henri Vallois. Dans ces locaux, au rez de chaussée de l'aile ouest du Collège des sages femmes, on organise un Dépôt des enfants assistés de un jour à trois ans. Ce dépôt est réaménagé en 1936 avec six box d'isolement et une biberonnerie.

En 1922 on crée à Paris, dans l'ancien asile Charenton, la Maison nationale de Saint-Maurice qui accueille de jeunes accouchées avec leur nouveau-né pendant deux à quatre mois. A Montpellier, le Conseil d'administration décide la création d'une Maison des mères installée au dessus du Dépôt des enfants assistés. Elle comporte bientôt deux dortoirs, un réfectoire, un ouvroir, une salle de bain et un accès à un jardin privatif. Les mères, au nombre d'environ 25, peuvent être gardées avec leur enfant pendant environ un an. La surveillante chef, qui est aussi Directrice du Collège des sages femmes, est responsable de la Maison des mères aidée d'élèves sages femmes.

Ainsi s'organise dans le premier tiers du siècle une protection maternelle et infantile efficace et la mortalité effroyable du nouveau-né et du jeune nourrisson est considérablement réduite avec l'éducation des jeunes mères et l'élévation du niveau de vie.

La surveillance de la grossesse et la sécurisation de l'accouchement n'ont pas cessé de s'améliorer tout au long du siècle. Mais les progrès sont lents et il faut attendre les années soixante et dix pour voir apparaître une véritable analgésie pendant l'accouchement avec le développement de l'anesthésie péridurale de confort.

La prise en charge du nouveau-né se fait d'abord dans l'unité de prématurés organisée par le professeur Jean Cadéras de Kerleau aidé de Jean Balmes pédiatre.

Plus tard Jean-Louis Viala établira des rapports confiants avec les pédiatres et des services de réanimation néonatale apparaissent dans les années soixante et dix à Montpellier. Celui de l'hôpital Saint Charles est dirigé par le professeur Hubert Bonnet secondé par le docteur Françoise Montoya. Désormais, le transport des nouveau-nés en détresse vers les unités de réanimation est assuré par le SAMU qui utilise des véhicules spéciaux. Les pédiatres participent de plus en plus activement à la réanimation du nouveau-né en souffrance et s'installent à la Maternité. Il faudra attendre 1993 pour que la collaboration obstétrico-pédiatrique s'organise vraiment dans le nouvel hôpital mère enfant Arnaud de Villeneuve. En 1998, la présence d'un pédiatre réanimateur devient obligatoire en salle de travail.

Le contrôle des naissances

Dans les années trente la physiologie de l'ovulation féminine est mieux connue.

La période de fécondité dans le cycle menstruel peut être déterminée avec une relative imprécision en mesurant en particulier avec soin l'évolution de la température matinale. La méthode Ogino sera appliquée pendant de nombreuses années avant l'apparition d'une contraception vraiment efficace.

En 1956 Mme Evelynne Sullerot et le docteur Marie-Andrée Weill-Hallé gynécologue, fondent "La maternité heureuse" qui devient en 1960 le "Mouvement français pour le planning familial". Entre 1961 et 1967 on ouvre en France, en toute illégalité, des Centres de planification familiale, lieux d'accueil et d'information, où l'on peut se procurer souvent en l'achetant à l'étranger, les instruments nouveaux de la contraception en particulier les capes cervicales ou diaphragmes, les gels spermicides et les premières pilules contraceptives venues des Etats-Unis. En 1967 la loi Neuwirth autorise la fabrication et la vente de contraceptifs sur ordonnance mais il faut attendre 1972 pour qu'un décret autorise la création de Centres d'information et de planification pour la contraception féminine. A Montpellier Jean-Louis Viala et ses élèves se préoccupent de contraception et s'intéressent aux traitements hormonaux à visée contraceptive, en particulier chez les adolescentes.

La loi Veil en 1975 autorise l'interruption volontaire de grossesse. La loi Pelletier, en 1978, officialise la possibilité de réaliser une interruption jusqu'à douze semaines d'aménorrhée et oblige les centres hospitaliers publics à organiser un secteur d'orthogénie où l'on réalise, gratuitement et anonymement, les interruptions de grossesses.

Avec beaucoup d'humanité et de courage, Jean-Louis Viala prend en charge l'organisation du nouveau centre d'orthogénie. Il est installé dans la résidence de Bionne au dessous de la Maison maternelle qui s'y trouve déjà depuis 1953. Une équipe médicale de vacataires composée de gynécologues mais aussi de médecins généralistes s'engage avec enthousiasme dans l'application de la nouvelle loi. Citons parmi eux Françoise Balmès, François Thuile, François et Philippe Commeinhes.

Les jeunes femmes admises au centre en début d'après-midi avec un test positif de grossesse et une échographie sont soumises à un entretien avec une assistante sociale et une psychologue. L'interruption de grossesse est réalisée le lendemain sous anesthésie générale.

Le docteur Eliane Ferragut, anesthésiste réanimateur, s'investira beaucoup dans la réception et la préparation des patientes. Le nombre d'interruptions de grossesses est de douze à quinze par semaine.

Au début des années quatre-vingt-dix l'avortement chimique remplace la technique classique.

Lorsque Bionne ferme ses portes en 1993, pour s'établir à l'hôpital Arnaud de Villeneuve on a réalisé ici environ 30 000 avortements.

La procréation médicalement assistée.

Le problème de la stérilité du couple est une des préoccupations de Jean-Louis Viala. Il va être en partie résolu en une quinzaine d'années.

En 1973, à l'hôpital Kremlin-Bicêtre, Georges David réalise la première insémination d'une femme avec du sperme prélevé sur un donneur et crée le premier Centre de Conservation des Œufs et du Sperme (CECOS). A Montpellier

Georges Catayée organise en 1975 un CECOS bientôt confié à Claude Humeau. Installé à la Maternité le CECOS permet de réaliser des inséminations avec du sperme recueilli chez des donneurs anonymes.

Le problème de la stérilité féminine est évidemment plus difficile à résoudre.

Cette stérilité est parfois liée à une obstruction tubaire que l'on peut tenter de corriger en réalisant des opérations sous microscope au niveau des trompes. Bernard Hédon se consacre bientôt à ce problème. Cependant la chirurgie tubaire a ses limites et de nouvelles techniques vont révolutionner le problème des stérilités d'origine tubaire.

En 1979, à Londres, Louise Brown est le premier nouveau-né venu au monde grâce à la technique de la Fécondation In Vitro (FIV). C'est à l'hôpital de Oldham que l'exploit est réalisé par le gynécologue Patrick Steptoe assisté du biologiste Robert Edwards. En France, en 1982, Jacques Testard et le professeur Frydman réalisent à Clamart la première FIV française.

La fécondation in vitro reproduit en laboratoire ce qui se déroule normalement dans la trompe utérine entre le moment où l'ovocyte II est expulsé par l'ovaire et celui où l'embryon s'implante dans l'endomètre utérin. La détermination de la maturation de l'ovule peut se faire par échographie mais aussi par des dosages hormonaux, en particulier urinaires, de l'oestradiol et de l'hormone lutéinisante (LH). L'ovocyte est alors prélevé par caelioscopie et mis en présence de spermatozoïdes pendant quelques heures. Quand l'œuf est formé on le réimplante dans l'endomètre maternel. L'implantation de l'embryon ne réussit qu'une fois sur dix

Jean-Louis Viala comprend l'intérêt de la nouvelle technique et charge son élève Bernard Hédon de la mettre au point à Montpellier.

Le CECOS dirigé par Claude Humeau, aidé d'Yvette Kochoyan et de Marcel Chalet, est installé à la Maternité depuis 1980. Il prend en charge le prélèvement et la conservation du sperme. Le docteur Olivier Flandre, de l'équipe du professeur Crastes de Paulet, est chargé le premier de la fécondation in vitro de l'ovule et la préservation de l'embryon. Il est assisté, puis remplacé par le docteur Françoise Arnal.

Les dosages hormonaux sont réalisés à la Maternité par Pierre Cristol. L'équipe obstétricale, dirigée par Bernard Hédon, comporte en outre Pierre Mares et Régis Deanjean.

Le 13 août 1983, Elodie vient au monde grâce à la deuxième FIV française. Les indications de la fécondation in vitro vont s'étendre rapidement. Les femmes dont la stérilité est due à l'absence d'ovulation malgré une vigoureuse stimulation hormonale peuvent bénéficier de cette technique. Il suffit par fécondation in vitro de leur implanter un embryon issu de l'union d'un spermatozoïde et d'une ovule provenant d'un don anonyme et gratuit, autorisé en France depuis 1990. Elles deviennent ainsi des mères porteuses. En France, à ce jour (2008), la Gestation Pour Autrui (GPA) est interdite par la loi. Il est donc impossible pour un couple français de faire implanter leur œuf chez une mère porteuse qui assumera la grossesse et restituera le nouveau-né sans prétendre à aucun droit sur lui.

La FIV permet aussi le diagnostic anténatal d'une maladie familiale dont l'anomalie génétique est connue et l'implantation d'un œuf indemne de cette maladie. En cas d'oligospermie on dispose bientôt d'une nouvelle technique facilitant la fécondation in vitro, l'injection intra cytoplasmique du sperme (ICSI).

Le diagnostic anténatal

Il débute dans les années quatre-vingts avec l'application de l'échographie fœtale qui, la première, permet de repérer des malformations du fœtus comme une agénésie rénale, un spina-bifida ou les signes échographiques d'un trisomie 21.

La génétique apporte au diagnostic anténatal une aide décisive. Les maladies génétiques comportant une anomalie visible du caryotype comme la trisomie 21 sont rapidement confirmée par un caryotype réalisé sur les cellules du liquide amniotique prélevé par amniocentèse. Ces prélèvements permettent de faire le diagnostic anténatal de maladies comportant une modification minimale de l'ADN fœtal déjà repérée dans d'autres membres de la fratrie comme la myopathie de Duchenne ou la mucoviscidose.

Bientôt on réalise des prélèvements du sang du fœtus par ponction du cordon. Des maladies infectieuses maternelles redoutables pour le fœtus comme la toxoplasmose peuvent être diagnostiquées par une étude sérologique du sang fœtal. On peut ainsi affirmer l'infestation fœtale, qui n'est pas systématique, et décider à bon escient d'une interruption de grossesse. Pierre Boulot, à la Maternité, prend en charge l'ensemble des examens réalisées chez le fœtus.

Bien évidemment ces techniques sophistiquées permettent de proposer à la famille une interruption médicale de grossesse (IMG), décidée d'une manière collégiale avant la vingt huitième semaine de gestation.

En 1993 la Maternité de l'avenue du professeur Grasset déménage dans le nouvel hôpital Arnaud de Villeneuve. Une photographie, prise sur le perron de l'établissement réunit quatre générations de gynécologues obstétriciens, soit près de cinquante années d'activité.

Nous avons essayé de montrer les extraordinaires transformations de la prise en charge des grossesses et des accouchements pendant ces cinquante dernières années. La sécurisation de la grossesse et de l'accouchement est très efficace et la mortalité infantile en France, soit quatre pour mille, est la deuxième d'Europe, inférieure à celle des Etats-Unis.

La prématurité reste élevée, peut-être en raison de l'âge toujours plus avancé de la première grossesse. La réanimation du prématuré extrême, par exemple de moins de vingt-six semaines de gestation pesant moins de cinq cents grammes, expose à des complications neurologiques et pulmonaires parfois sévères faisant discuter son opportunité.

La contraception, en particulier chez les adolescentes, est souvent insuffisante et le nombre d'avortements reste trop élevé dans notre pays.

Les progrès du diagnostic anténatal, très populaire en France, aboutissent à une situation d'eugénisme masqué diversement appréciée selon le contexte religieux ou social.

La procréation médicalement assistée pose aussi de nombreux problèmes. Elle ne respecte pas toujours les droits fondamentaux de l'enfant, par exemple celui de connaître ses origines.

Les couples français qui désirent faire appel à un don anonyme d'ovule ont des délais d'attente très longs. Ceux qui désirent, au contraire, un enfant conçu par GPA doivent s'adresser à l'étranger où elle sera réalisée moyennant finance. Ils risquent ensuite, à leur retour, d'avoir beaucoup de difficultés pour faire reconnaître l'enfant comme leur.

Ce que nous appelons progrès, qui n'est en fait qu'un éventail de nouvelles possibilités techniques et de nouvelles exigences, nous entraîne dans un monde inconnu, dont il nous faut réécrire les lois et la morale.