

Séance du 27 mai 2019

Naître hier – aujourd'hui - demain

François LAFFARGUE

Professeur (h) à l'Université de Montpellier
Académie des Sciences et Lettres de Montpellier

MOTS-CLÉS

Accouchements, Moyen-Âge, Renaissance, Forceps, Césariennes, Mortalité maternelle et néonatale, et demain ?

RESUME

Donner la vie et naître a été un acte physiologique à très gros risque, tant pour la mère que pour l'enfant, depuis « la nuit des temps » jusqu'à l'avènement de l'anesthésie générale permettant de pratiquer les différentes manœuvres obstétricales et surtout la césarienne, c'est-à-dire jusqu'au milieu du XX^{ème} siècle...

L'avenir de la naissance ne concerne plus, tant l'obstétricien, que les multiples méthodes de procréations médicalement assistées, l'évolution de la place de la femme dans la société modifiant les mentalités... À ceci s'ajoute la prééminence de l'information numérique qui franchit toutes les frontières, posant des problèmes d'éthique médicale, variables d'un pays à l'autre...

Naître ou ne pas être n'est pas une question : c'est une évidence !!! Mais ce moment tant attendu est loin d'être évident, tant pour la mère que pour l'enfant... Il représente, sans nul doute, le seul acte physiologique à risque vital, que les humains aient à franchir avant la date fatidique... C'est pour cette raison qu'il a été, pendant des siècles, tant redouté, à l'origine d'angoisses, de soucis, de croyances des plus extravagantes. Pendant ma carrière de gynécologue obstétricien, c'est sans nul doute en salle d'accouchement que j'ai vécu les moments les plus angoissants : angoisse bien au-delà du stress que l'on peut éprouver parfois lors d'un acte chirurgical difficile.

Nous limiterons nos propos à l'évolution des pratiques médicales et sociétales essentiellement à celles de la France et de l'Europe.

De tous temps la grossesse et le moment de l'accouchement furent une « affaire » prise entièrement en charge par et entre femmes et ceci jusqu'au XVIème siècle. Mais ce n'est qu'à partir de l'antiquité que nous avons des écrits fiables. La mère de Socrate pratiquait la maïeutique qui était l'art de faire des accouchements. Terme qui revient à l'honneur de nos jours pour dénommer les écoles de sages-femmes depuis que le choix de cette discipline est inclus dans le concours de PACES (première année commune aux études de santé).

À Rome, la profession de maïeuticienne était règlementée. Les sages-femmes devaient avoir des enfants et être également ménopausées. Ce n'est qu'en cas de complications, qu'elles devaient faire appel à un médecin dont la connaissance était elle-

même, à mon sens, très limitée, compte tenu de la connaissance de l'anatomie de cette époque.

Naître en France au Moyen Âge

La période moyenâgeuse fut une période particulièrement sombre. Le poids des traditions et celui de la religion prophétisant que la femme devait accoucher dans la douleur afin de purger le « péché originel », n'étaient pas propices à l'évolution des comportements et au bien-être psychologique des parturientes au moment de leur accouchement. Tous les accouchements se faisaient à domicile. La sage-femme appelée également « Maire Mitaine » était donc une femme âgée qui elle-même devait avoir accouché et savoir réciter les formules du baptême, au cas où l'enfant viendrait à décéder. Il n'y avait aucun enseignement réglementé. La barrière des langues vernaculaires explique cela.

Aussi, je ne résiste pas à l'envie, en tant qu'ancien carabin, de vous éclairer à ce sujet en vous lisant le constat de défloration que trois sages-femmes au XVI^{ème} siècle ont effectué et remis au Prévôt de Paris en termes anatomiques fort éloignés du latin et / ou du français actuel :

« Matrones jurées de la ville de Paris, nous sommes allées visiter Henriette Péliciere, fille de 15 ans... Nous trouvons qu'elle a les barres froissées, l'entrechenard retourné, la babote abattue, le guilboquet fendu, le lipiol recroquevillé... ». Nous ne nous étonnerons pas que les pratiques médicales en obstétrique aient mis tant de temps pour se développer, particulièrement dans cette discipline que les médecins de l'époque dédaignaient complètement.

Le lieu de l'accouchement était la pièce principale de la maison, calfeutrée à la fois contre le froid, mais également pour empêcher les mauvais esprits de rentrer. La pièce était, par contre, remplie de femmes voisines qui sont là pour soutenir la parturiente, commenter leurs propres expériences et réciter des prières. Tous les nœuds de la maison étaient défaites pour conjurer les mauvais sorts : une tradition parmi tant d'autres recensées dans un livre très épais que l'on peut consulter à la bibliothèque universitaire de médecine de Montpellier. Chez les plus pauvres, l'accouchement avait lieu dans les étables afin que les bêtes donnent de la chaleur : aussi l'image de l'enfant Jésus dans la crèche de Noël n'avait rien de bucolique à l'époque... Aucun homme n'était admis : pudeur oblige !!!

Lorsque l'enfant tardait à venir, le médecin était alors appelé et il prescrivait, uniquement, des fumigations de plantes aromatiques, véritables emplâtres sur une jambe de bois et des embrocations (préparations huileuses à base de plantes, également) en intra vaginal qui n'étaient pas plus efficaces. Dans les villages, dans les cas extrêmes, on faisait appel à « l'embrasseur », homme fort du village pour qu'il vienne « secouer » la femme et/ou au forgeron afin qu'il « brandisse » un marteau au-dessus du ventre de la parturiente. Devant certaines dérives de ce genre, en 1580 fut promulguée une loi interdisant aux bergers et aux bouviers de pratiquer des accouchements... Ce qui laisse imaginer ce que pouvait être, alors, l'état de la qualité des soins à cette époque...

Comme nous l'avons dit au début, l'accouchement était effectué au domicile de la patiente. Cependant, dès le XIII^{ème} siècle, à l'hôtel Dieu de Paris, avait été organisé, par humanité, un service, en sous-sol, où pouvaient accoucher les femmes sans domicile, dites « femmes de petite vie ».

Au départ, les conditions d'hygiène étaient épouvantables. Souvent les femmes étaient plusieurs par lit avec leurs nouveau-nés, comme j'ai eu l'occasion de le voir, à

notre époque, lors de missions en Afrique. La fièvre puerpérale y était courante. Il y eu une seule survivante, sur 20, lors de la grande épidémie de 1746.

Cette maternité fut le point de départ de la première école de sages-femmes dans laquelle exercera, par la suite, François Mauriceau, dont nous reparlerons plus loin.

À la Renaissance

En France, Ambroise Paré (1510-1590) met au point les premières chaises percées pour faciliter l'expulsion. Il façonne le premier « griffon », destiné dans les accouchements difficiles, à extraire l'enfant par la tête, lorsque ce dernier était mort... Mais cet instrument était une source de graves mutilations des parties molles de la mère. En tant que barbier, faisant partie de la Confrérie de St Côme et surtout en tant que chirurgien du Roi Henri IV, il influe auprès de lui pour faire reconnaître la discipline de barbier-chirurgien dans l'art médical et introduit ainsi ces derniers dans les lieux d'accouchements.

François Mauriceau (1637-1709) publie le premier traité d'accouchement en Français et dénombre, grâce aux autopsies qu'il avait pratiquées, les différentes variétés de présentations du fœtus par rapport aux bassins maternels. Nait ainsi le départ de ce qui est convenu d'appeler la mécanique obstétricale, qui décrit la progression du mobile fœtal à travers la filiaire osseuse du bassin. Il est également à l'origine de la manœuvre d'extraction des enfants en présentation de siège qui porte son nom : « la grande manœuvre de Mauriceau », qu'aucun obstétricien ne pratique plus actuellement, mais qui a permis de sauver un certain nombre d'enfants au cours des siècles précédents.

Il prône, surtout, la nécessité de sauver la vie de la mère plutôt que celle de l'enfant. Voici ce qu'il dit dans son traité intitulé « l'art des accouchements » :

« Dans les accouchements contre nature (dystociques), il arrive rarement que le chirurgien expert ne puisse pas faire l'extraction de l'enfant mort ou vif en entier ou en pièces... sans qu'il soit nécessaire, par trop d'excès d'humanité, de cruauté et de barbarie, qu'il en vienne à la section césarienne pendant que la mère est vivante, comme quelques auteurs, par trop téméraires, ont ordonné, ce que plusieurs ignorants font encore tous les jours en campagne ».

En dehors de ces grandes figures de la médecine, les grands de ce monde ont joué aussi un rôle important dans l'introduction des chirurgiens dans cet art. En effet, Louis XIV fit appel à un barbier-chirurgien, nommé souvent à l'époque « homme-sage-femme », pour délivrer sa première maîtresse, Mademoiselle de la Vallière, laquelle rappelons-nous était boiteuse et devait avoir probablement un bassin vicié.

La mortalité maternelle durant toute cette période était extrêmement élevée. Selon l'étude de Bardet au XVIII^{ème} siècle, avec une natalité moyenne de 4,5 par union, voire plus, le risque pour une mère de mourir en couches est de l'ordre de 5%. Madame Lachapelle, sage-femme au XVIII^{ème} siècle à l'Hôtel Dieu, plus lapidaire et plus évocatrice, disait : « *Femme grosse : un pied dans la fosse* ».

L'avènement du forceps

L'invention du premier forceps adapté à l'extraction d'un enfant vivant fut réalisée par les frères Chamberlain, en Angleterre dans les années 1570. Durant quatre générations cet instrument fut tenu secret par la famille car celle-ci en faisait force commerce. Ils usèrent de subterfuges pour ne pas dévoiler cet instrument. Ils se rendaient, en grande pompe, au chevet de la parturiente avec l'instrument caché dans un

grand coffre porté par des valets. Au moment de la pause du forceps, seuls les frères Chamberlain demeuraient dans la pièce et les yeux de la parturiente étaient bandés. Ce n'est qu'en 1813 que l'on découvrit, dans leur demeure, l'instrument caché sous un plancher secret. Les différents types de forceps se sont, par la suite, multipliés et chaque équipe d'obstétriciens a sa préférence.

L'avènement de la césarienne

L'origine de la césarienne, ainsi que son appellation, se perd dans la nuit des temps... Nombreux sont les Dieux de l'Olympe et les grands de ce monde qui seraient nés par césarienne. Le nom de cette intervention a été attribué, *in fine*, à la naissance de César (100 ans avant notre ère). En fait, ce nom aurait pour origine la Lex Regia (loi royale). Cette loi imposait que l'abdomen de la femme enceinte décédée près du terme soit incisé afin de tenter d'extraire l'enfant vivant si cela était possible... Les Romains ne pratiquaient donc que des césariennes post-mortem.

À Paris, il a été recensé entre 1750 et 1800, 24 césariennes sans aucune survivante. La seule indication à cette époque étaient les bassins viciés, rétrécis, relativement fréquents à cause du mal de Pott lombaire lié à la tuberculose osseuse et également au rachitisme, rendant impossible l'accouchement par voie basse.

En fait, la césarienne n'a pu se répandre, vraiment, qu'à partir de la maîtrise du « mal joli », doux euphémisme pour dénommer la maîtrise de la douleur. Ce fut, tout d'abord, l'utilisation de l'azote, de l'éther, puis enfin du chloroforme, premier narcotique. Cette méthode fut utilisée pour l'accouchement de la Reine Victoria d'où le nom donné à cette technique nommée après : « méthode d'anesthésie à la Reine ». En 1850, furent recensées, en France, 40 000 naissances sous cette méthode.

À l'occasion de mes lectures concernant l'histoire de l'obstétrique, j'ai été frappé par le fait, qu'en aucun cas, il ait été fait mention de l'examen de la mère pendant la grossesse et encore moins de l'état de santé du fœtus *in-utero*. En effet, ce dernier ne peut être apprécié que par l'audition des bruits du cœur du fœtus, ce qui n'a été possible qu'après l'invention du stéthoscope de Laennec parue en 1816.

À la fin de ce chapitre d'histoire, il m'est venu à l'esprit, que depuis des siècles les nations ont honoré, d'une manière ou d'une autre, la mémoire des hommes morts au combat pour sauver la Patrie ; mais nous n'avons jamais pensé à honorer, d'une manière ou d'une autre, la mémoire des femmes mortes en couches pour sauver l'humanité... La fête des mères a une tout autre signification, elle est adressée à toutes les mères de leur vivant : tant mieux.

Naître aujourd'hui

Naître aujourd'hui, c'est naître sur une autre planète.

Le virage s'est effectué il n'y a pas si longtemps que ça, dans les années 1970-1980, lorsque sont apparus :

D'une part, une prise en charge médico-psycho-sociale optimum de la surveillance de la grossesse : elle comprend : 7 examens cliniques effectués par un gynécologue et/ou une sage-femme et depuis 1998, une consultation d'anesthésie obligatoire dans les 15 derniers jours de la grossesse, ainsi que 3 échographies fœtales : 1^{er}, 2^{ème} et 3^{ème} trimestre. Les accouchements ont lieu, maintenant, dans 99% des cas, en milieux hospitaliers, publics ou privés, en présence d'une équipe de garde sur place, 24 h sur 24, constituée d'un obstétricien, d'un anesthésiste, d'un pédiatre, d'une sage-

femme et de plusieurs infirmières. Ces établissements sont classés de types 1, 2, ou 3 en fonction des risques maternels ou fœtaux dépistés pendant la grossesse.

D'autre part, sur le plan technique, sont apparus :

– **L'échographie** pendant la grossesse permettant d'apprécier la croissance et le bien être fœtal, ainsi que le diamètre bipariétal de la tête de l'enfant permettant également d'apprécier le risque de disproportion entre les dimensions du bassin maternel au moment du travail.

– **le monitoring** permanent des bruits du cœur de l'enfant pendant le travail et durant toute la période d'expulsion, permettant de dépister une souffrance fœtale, indiquant soit une césarienne, soit une extraction rapide par forceps en fonction des degrés d'engagement de l'enfant.

– **L'anesthésie péridurale** est effectuée, actuellement, dans 80% des accouchements. Elle assure un confort, jusque-là inégalé pour la patiente. Elle a ramené le calme dans les salles d'accouchements et permet, en cas de nécessité, d'intervenir à n'importe quel moment, pour la pause d'un forceps ou la mise en route, rapidement, d'une césarienne.

Quel est le bilan actuel de ces nouvelles techniques et de cette organisation ?

La mortalité néonatale

Malgré les progrès de la néonatalogie, la mortalité néonatale (mort du nourrisson dans les 27 jours après la naissance) n'est pas nulle non plus en France : elle est de 2,3 décès pour 1 000 naissances, notre pays se retrouve ainsi en 17^{ème} position, mais à la virgule près, parmi les 28 pays de l'Union Européenne.

Sont en cause essentiellement :

– **L'âge maternel** à la première naissance qui augmente : 19% des femmes ont plus de 35 ans, en France.

– **La dangerosité des grossesses multiples**, induites par les fécondations in vitro (F. I. V.) ; beaucoup de pays les ont limitées, plus vite qu'en France, en pratiquant les réductions embryonnaires.

– Le fort taux de **femmes fumeuses** pendant la grossesse également : 17% en France contre 5% en Suède, par exemple...

– **La crise d'engorgement des maternités de type 3**, occasionnée par la fermeture des maternités de type 1, engendre des retards de prise en charge des grossesses à hauts risques.

La mortalité néonatale dans le monde est actuellement de 3,3 millions de nouveaux nés par an...

La mortalité maternelle

La mortalité maternelle correspond à un décès survenant pendant la grossesse ou pendant les 42 jours suivant l'accouchement, en relation avec une cause obstétricale ou un défaut de prise en charge. En France, en 2009, nous enregistrons 254 décès, soit : 10,3 sur 100 000 naissances.

En comparaison : la mortalité maternelle dans le monde est de 16 sur 100 000 naissances dans l'ensemble des pays industrialisés, mais de 230 sur 100 000 dans les pays en voie de développement. D'après une statistique de l'O. M. S., une femme décède, chaque minute, d'une complication liée à la grossesse : 1/2 million de femmes décèdent ainsi chaque année.

Naître demain

En ce qui concerne le moment de la naissance proprement dit, les gynécologues obstétriciens ont fait « leur devoir » ... Ils assurent, dans la majorité des cas, la santé de la mère et de l'enfant, en étroite collaboration avec l'équipe de sages-femmes, d'anesthésistes et de pédiatres.

Le « devenir » de la naissance, pour ne pas employer le mot « avenir » qui a une connotation positive, n'est plus entre leurs mains. Il dépend de deux paramètres qui interagissent en permanence : l'avancée de la science d'une part, et d'autre part, des modifications des comportements de la société qu'elle induit.

Sur le plan scientifique :

Depuis 1982, date de la première naissance du « bébé éprouvette » en France, le nombre d'enfants nés par une technique ou une autre de P. M. A. sera, selon l'I. N. E. D., de 400. 000 en 2019, soit 3,4% des naissances en France. Actuellement le nombre de naissances par F. I. V. serait de 8 millions. D'autre part, les techniques de P. M. A. vont en s'améliorant et en se diversifiant : F. I. V., F. I. V. -I. C. S. I., dons d'ovocytes. Progrès également en ce qui concerne la conservation des embryons humains, grâce à la technique de vitrification... et en embuscade, la présence des « mères porteuses » à quelques heures de la France en avion... ainsi que les techniques d'embryons génétiquement modifiés et le clonage humain : sommes-nous déjà dans la science-fiction ?

Sur le plan social :

La législation en faveur de l'égalité « homme femme » a profondément et rapidement modifié les fondements séculaires de notre société :

1967 : autorisation de la contraception orale : loi Neuwirth

1975 : autorisation de l'I. V. G. : loi Weill

1984 : congés parentaux pour la mère.

2002 : loi sur la transmission du nom de famille à l'enfant, nom de la mère ou du père ou des deux.

2013 : loi du mariage pour tous qui bouleversera totalement la donne en matière de P. M. A.

Mais aussi, l'accès de plus en plus fréquent des femmes aux enseignements supérieurs, font qu'elles souhaitent réussir leur carrière avant toutes autres contraintes, repoussant l'âge de la première grossesse avec ses conséquences sur la fertilité féminine.

En matière de reproduction humaine, le présent précipite l'avenir et bouscule les traditions.

Au sein du Comité Consultatif National d'Éthique :

Les prises de positions des membres de ce Comité vont d'une extrême à l'autre, comme par exemple :

Je cite : « entre connaissance éclairée et croyance, nous choisirons le champ de la connaissance et non celui des croyances obscures ». Et ceux qui rappellent : « le droit de l'enfant à avoir un père et une mère » ...

Mais, dès à présent, la notion d'éthique médicale, dans ce domaine surtout, n'est pas universelle et les lois sociales qui en découlent sont variables d'un pays à l'autre. Ainsi l'éthique a des frontières, mais le temps pour changer de pays est de plus en plus court. C'est un exemple de l'entrechoc des progrès de la médecine et de l'évolution des

comportements sociétaux actuels. Les articles de vulgarisation écrits, sans discernement, dans la presse « grand public » en prévision de la parution de la loi bioéthique 2019, décrivent toutes les techniques de procréation à venir, sans limite et sans questionnement... La diffusion de la science ne se fait plus à partir de revues scientifiques corrigées par des comités de lecture, mais à partir de news, fake news, tweets, réseaux sociaux et internet. Il faut se souvenir, alors, de la loi de Denis Gabor, prix Nobel de physique en 1979, laquelle dit : « tout ce qui est techniquement réalisable se fera un jour... Ce n'est pas la science qu'il faut encadrer mais c'est ce que l'homme en fera ».

Dès à présent, Apple et Face Book, annoncent qu'ils prendront en charge, financièrement, l'autoconservation des ovocytes de leurs employées, à l'âge optimum de fécondité, afin de les préserver en vue d'une future grossesse, pour leur permettre de poursuivre leur carrière...

Ésope, VI^{ème} siècle avant J. C., disait en parlant du langage : « Il n'y a rien de meilleur et de pire que la langue ». Au XXI^{ème} siècle, nous pouvons dire : « il n'y a rien de meilleur et de pire que la révolution numérique ». Souhaitons que le meilleur prenne le pas ! ...