

Table des matières

Introduction.....	1
1. Problématique et méthodologie.....	2
1.1. Problématique.....	2
1.2. Méthodologie.....	2
2. Rappels anatomiques et mécanique obstétricale.....	3
2.1. Le bassin osseux.....	3
2.2. Les articulations et mouvements.....	5
2.2.1. Les mouvements intrinsèques.....	6
2.2.2. Les mouvements extrinsèques.....	7
2.3. Les tissus mous.....	7
2.4. Les différentes étapes de l'accouchement.....	8
3. Analyse des positions maternelles et leurs conséquences sur la mécanique obstétricale.....	10
3.1. Les postures horizontales.....	10
3.1.1. Description.....	10
3.1.2. Conséquences sur la mécanique obstétricale.....	11
3.2. Les postures verticales.....	12
3.2.1. Description.....	12
3.2.2. Conséquences sur la mécanique obstétricale.....	14
3.3. Ce qu'il faut retenir de cette analyse.....	14
3.4. Et la respiration dans tout cela.....	16
4. Historique des accouchements de la Préhistoire à nos jours.....	18
4.1. L'accouchement à la Préhistoire.....	18
4.2. L'accouchement durant l'Antiquité.....	19
4.2.1. Accoucher dans l'Egypte Ancienne.....	19

4.2.2. Accoucher chez les Hébreux.....	20
4.2.3. Accoucher dans la Grèce Antique.....	21
4.2.4. Accoucher dans la Rome Antique.....	23
4.3. L'accouchement au Moyen Age.....	25
4.3.1. Les connaissances obstétricales.....	25
4.3.2. Le déroulement de l'accouchement.....	25
4.3.3. La formation des sages-femmes de l'époque et leurs rôles.....	28
4.4. L'accouchement à la Renaissance.....	29
4.4.1. Les connaissances obstétricales de l'époque.....	29
4.4.2. Le déroulement de l'accouchement.....	30
4.5. L'accouchement au XVII ^e siècle.....	31
4.5.1. Le vécu de la grossesse et de l'accouchement.....	31
4.5.2. L'accouchement durant l'Ancien Régime.....	32
4.5.3. La naissance de la rivalité entre chirurgiens et sages-femmes.....	33
4.5.4. L'influence des chirurgiens dans la posture d'accouchement.....	33
4.6. L'accouchement au XVIII ^e siècle.....	35
4.6.1. La posture d'accouchement.....	35
4.6.2. L'apogée de la rivalité entre chirurgiens et sages-femmes ou la naissance de la formation en maïeutique.....	36
4.7. L'accouchement au XIX ^e siècle.....	38
4.7.1. La maternité au XIX ^e siècle.....	38
4.7.2. Aménagement de la profession de sage-femme.....	38
4.7.3. L'accouchement à l'hôpital et la lutte contre la fièvre puerpérale.....	39
4.7.4. Les prémisses de la maîtrise du mal joli.....	41
4.8. Accoucher au XX ^e siècle.....	41

4.8.1. L'explosion technologique et la prise en charge de la douleur....	42
4.8.2. Le triomphe des médecins.....	43
4.9. L'accouchement au cours du XXI ^e siècle.....	44
4.9.1. Les revendications des femmes.....	44
4.9.2. Accoucher autrement.....	45
5. Discussion.....	46
5.1. Critique méthodologique.....	46
5.2. Les apports de la science.....	46
5.3. La notion de risque en obstétrique.....	48
5.4. Sécurité ou humanité ? Telle est la question.....	50
Conclusion.....	54
Références bibliographiques	
Bibliographie	
Annexes	

Table des illustrations

Figure 1 : Bassin osseux, vue de face (<i>Atlas d'anatomie humaine par Netter</i>).....	3
Figure 2 : Les détroits du bassin (<i>Bouger en accouchant de B. Calais-Germain</i>).....	4
Figure 3 : Les diamètres du bassin (<i>Mécanique et techniques obstétricales de J-P. Schaalt</i>).....	5
Figure 4 : La contre-nutation (<i>Mécanique et techniques obstétricales de J-P. Schaalt</i>)...	6
Figure 5 : La nutation (<i>Mécanique et techniques obstétricales de J-P. Schaalt</i>).....	7
Figure 6 : Signe de Démelin (<i>Disponible sur http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/mecanisme_accouchement_sommetbis/site/html/1.html</i>).....	8
Figure 7 : Position gynécologique (<i>Bouger en accouchant de B. Calais-Germain</i>).....	10
Figure 8 : Position en décubitus latéral (<i>Bouger en accouchant de B. Calais-Germain</i>).....	11
Figure 9 : Position debout (<i>Bouger en accouchant de B. Calais-Germain</i>).....	12
Figure 10 : Position assise (<i>Bouger en accouchant de B. Calais-Germain</i>).....	13
Figure 11 : Position accroupie suspendue (<i>Bouger en accouchant de B. Calais-Germain</i>).....	13
Figure 12 : Position à 4 pattes/à genoux (<i>Bouger en accouchant de B. Calais-Germain</i>).....	14
Figure 13 : Scène d'accouchement – temple de Kôm' Ombo (<i>Disponible sur https://www.routard.com/photos/egypte/94094-temple_de_kom_ombo_.html</i>).....	20
Figure 14 : Succussion hippocratique (<i>Histoire des accouchements chez tous les peuples de G.J. Witkowski</i>).....	22
Figure 15 : Bas-relief représentant une scène d'accouchement placé sur la tombe de Scribonia à Ostie, I ^{er} siècle après J-C. (<i>Disponible sur : https://www.cairn.info/revue-societes-et-representations-2009-2-page-153.html#</i>)	24
Figure 16 : Scène figurant un accouchement durant le Moyen Age (<i>Disponible sur : https://medecinemedievaleeurope.wordpress.com/2015/04/05/62/</i>)	27

Figure 17 : Chaise d'accouchement (<i>Histoire des accouchements chez tous les peuples de G.J. Witkowski</i>).....	29
Figure 18 : Lit de misère (<i>Histoire des accouchements chez tous les peuples de G.J. Witkowski</i>)	34
Figure 19 : Mannequin de Madame Du Coudray (Disponible sur : https://www.patrimoines-rouen-normandie.fr/le-musee-de-la-medecine_23-janvier-2016.html).....	37

Table des annexes

Annexe I : Frise chronologique

Annexe II : Biographie de François Mauriceau

Annexe III : Biographie de Louise Bourgeois

Annexe IV : Biographie de Madame Angélique Marguerite Le Boursier Du Coudray

Annexe V : Biographie de Marie-Louise Lachapelle

Introduction

A travers le monde, la grossesse comme l'accouchement sont deux évènements universels dans la vie d'une femme et plus généralement dans celle d'un couple. Chaque culture y consacre des rites et des coutumes particuliers qui régissent leur déroulement (1).

Pendant la grossesse, il est d'usage de préparer la naissance et notamment le matériel, en choisissant le praticien qui réalisera l'accouchement ainsi que le lieu de l'enfantement. Une autre composante à prendre en compte est la posture d'accouchement.

Dans notre société actuelle, selon les études de 83 à 86% des patientes (2-3), soit une très grande part des femmes, accouchent en position dite gynécologique, c'est-à-dire sur le dos et les cuisses fléchies sur la poitrine. Cependant, il n'en fut pas toujours ainsi. En effet, la position gynécologique n'a été adoptée qu'à partir du XVII^e siècle sous l'impulsion de chirurgiens-accoucheurs tels que François Mauriceau. Pendant des siècles, la position gynécologique n'était donc pas une posture spontanément adoptée par les parturientes, ces dernières leur préférant la mobilité et des postures dites verticales (4-5) à savoir celles pour lesquelles une ligne reliant les centres de la 3^{ème} et de la 5^{ème} vertèbre lombaire est plus près de la verticale que de l'horizontale (5 - 6).

Le changement de postures des parturientes a été motivé notamment par les nouvelles découvertes dans le domaine de l'obstétrique telles que l'invention du forceps et, de fait, par la médicalisation de l'accouchement. D'autre part, la modification du statut professionnel des sages-femmes n'est pas étrangère à cette mutation. Ainsi la position gynécologique s'est, peu à peu, ancrée dans les mœurs.

Néanmoins, de nombreuses études, réalisées dès le milieu du XX^e siècle, tendent à démontrer que cette même position n'est pas la plus adaptée pour l'enfantement (6-13). Par ailleurs, avec l'essor des projets de naissance - à savoir des demandes particulières de la patiente pour son accouchement - il existe une demande croissante de la part des parturientes qui souhaitent accoucher dans des positions différentes de la position sur le dos. Ceci amène les structures hospitalières à s'adapter et à proposer une offre de soins plus large.

1. Problématique et méthodologie

1.1. Problématique

Cette étude a pour but de retracer l'évolution des postures d'accouchement au fil des siècles en Occident et à comprendre comment est née et s'est imposée la position gynécologique dans la culture de l'accouchement.

Nous essayerons par ailleurs de répondre à deux hypothèses que soulèvent ce questionnement. La première hypothèse concerne le fait que cette position facilite la réalisation d'actes par les professionnels de santé. D'autre part, la seconde hypothèse se rapporte au fait que la position gynécologique n'est pas favorable ou, du moins, modifie la dynamique obstétricale.

1.2. Méthodologie

Nous tenterons de répondre à cette question et à ces hypothèses en réalisant une revue de la littérature.

Les recherches ont été effectuées en français et en anglais via différentes bases de données telles que BIUS et FLORA notamment pour les ouvrages et via CISMEF, Persée, Cairn, Cochrane Library, BDSP, Google Scholar, Science-Direct et Pubmed pour les articles.

Pour les recherches en français, les mots-clés étaient les suivants : « histoire » et « accouchement », « positions d'accouchement », « mécanique obstétricale ». En anglais, nous avons utilisé le vocabulaire qui suit « maternel posture », « history » and « birthing positions » et « positions » and « childbirth ».

La méthodologie de ce travail est essentiellement fondée sur celle d'un mémoire à visée historique. L'étude des différentes ressources utilisées a permis de dégager plusieurs axes de réflexion et une trame pour ce mémoire.

Pour répondre pleinement à la problématique initiale et aux hypothèses, une première partie sera dédiée à l'étude de la mécanique obstétricale puis s'ensuivra l'analyse des postures d'accouchement depuis la Préhistoire à nos jours selon un découpage par périodes historiques. Enfin, nous porterons une réflexion sur plusieurs points notamment les limites de cette étude, la médicalisation de l'accouchement et les notions de risque et de sécurité en obstétrique.

2. Rappels anatomiques et mécanique obstétricale

Durant un accouchement voie basse, plusieurs éléments doivent être pris en compte notamment le mobile fœtal et la filière génitale, encore appelée canal pelvi-génital. Il est limité par une partie osseuse, le bassin, qui est recouvert par ce que nous appelons des tissus mous (13-14).

2.1. *Le bassin osseux*

Le bassin osseux se compose de plusieurs os. En avant et latéralement, se placent les deux os coxaux – composés eux-mêmes de trois parties, l'ischion, l'ilium et le pubis – et en arrière le sacrum et le coccyx. Le bassin s'articule avec la dernière vertèbre lombaire du rachis au niveau du sacrum (14, 15).

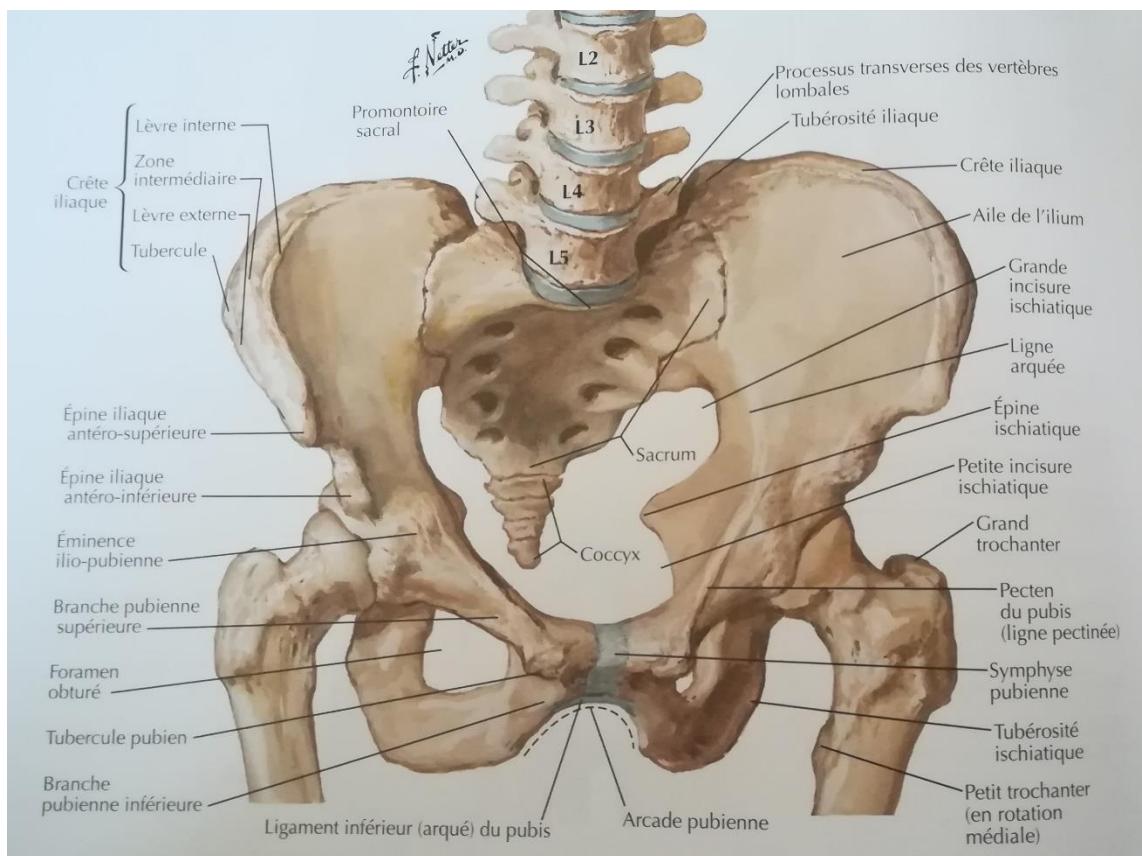


Figure 1 : Bassin osseux, vue de face (Atlas d'anatomie humaine par Netter)

Le bassin peut être divisé en deux grandes parties : le grand bassin qui intéresse peu les spécialistes de l'obstétrique et le petit bassin.

Le grand bassin est composé de la cavité abdominale, des fosses iliaques des os coxaux et des ailes du sacrum.

La partie basse du bassin, plus communément appelée petit bassin, peut être elle-même divisée en trois parties : l'orifice supérieur, l'orifice inférieur et entre les deux l'excavation pelvienne.

L'orifice supérieur ou détroit est restreint par le promontoire sacré en arrière, les lignes innominées ou lignes arquées latéralement et le bord supérieur du pubis en avant. Le plan du détroit supérieur est oblique en bas et en arrière formant un angle de 45° avec la verticale quand la patiente est en position gynécologique.

Le bord inférieur de la symphyse pubienne en avant, les branches ischio-pubiennes et les tubérosités ischiatiques latéralement ainsi que la pointe du coccyx en arrière forment l'orifice inférieur.

L'excavation pelvienne, qui se place entre les orifices supérieur et inférieur, est un cylindre fortement coudé, bordé par la face postérieure de la symphyse pubienne en avant, les surfaces quadrilatères sur les côtés et la face antérieure du sacrum. Les épines ischiatiques réduisent l'excavation en délimitant le détroit moyen. Son axe général suit une ligne courbe concave en avant qui s'enroule autour de la symphyse pubienne (13-14).

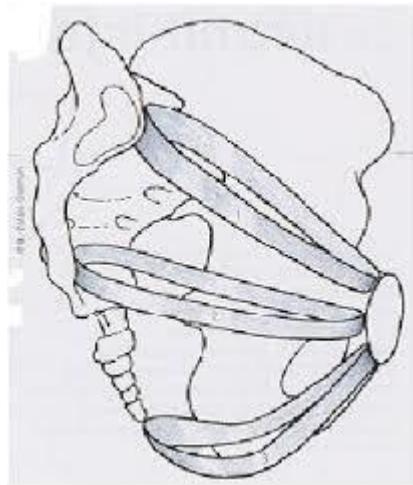


Figure 2 : Les détroits du bassin (Bouger en accouchant de B. Calais-Germain)

Chaque détroit est caractérisé par des diamètres importants pour le bon déroulement de l'accouchement.

Ainsi, le détroit supérieur comprend cinq diamètres : le promonto-rétro-pubien qui mesure 10.5 centimètres, le transversal maximal mesurant 13.5 centimètres, le transversal médian d'une longueur de 12 centimètres et les diamètres obliques médians qui mesurent 12 centimètres.

Le détroit moyen est réduit par les épines ischiatiques. Le diamètre s'étirant d'une épine à l'autre doit mesurer 10 centimètres au minimum.

Enfin, le détroit inférieur se caractérise par le diamètre sous sacro-sous-pubien de 11.5 centimètres et le diamètre bi-ischiatique mesurant 11 centimètres (14).

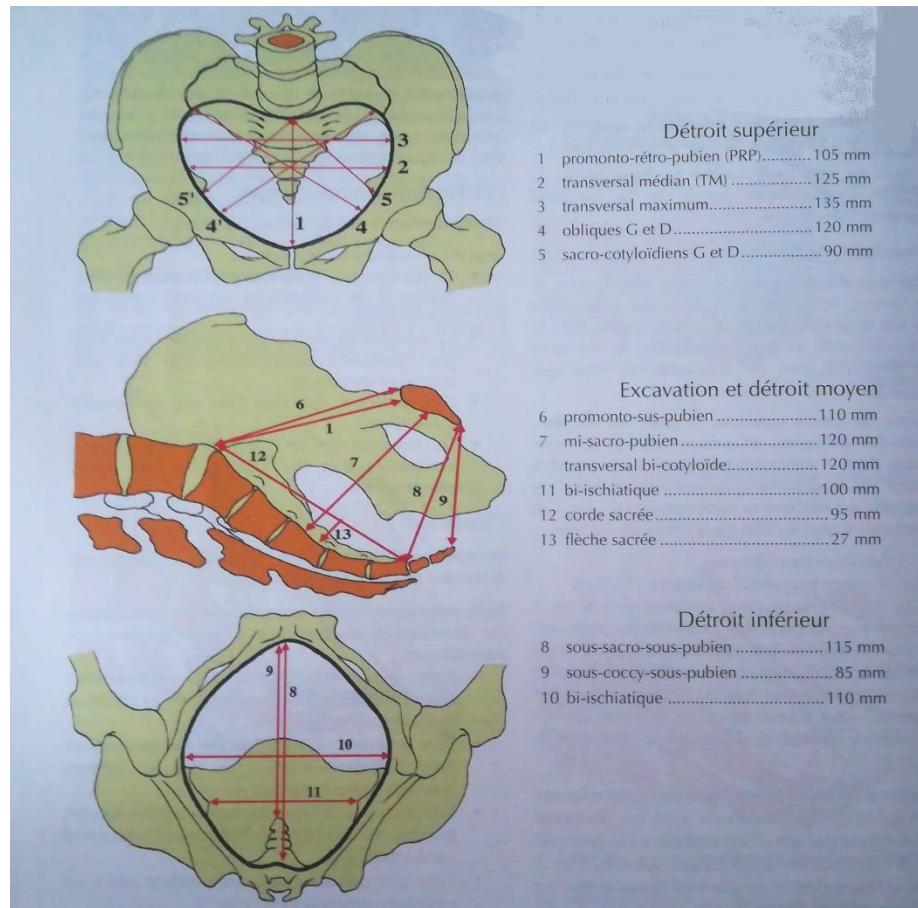


Figure 3 : Les diamètres du bassin (Mécanique et techniques obstétricales de J-P. Schaalt)

Classiquement, le bassin est de forme gynoïde chez les femmes mais peut prendre d'autres profils tels que le bassin platypelloïde ou bassin plat, le bassin anthropoïde ou ovale ou encore le bassin androïde et triangulaire. Ces variations modifient les diamètres décrits ci-dessus et modifient donc la dynamique obstétricale (14).

2.2. *Les articulations et mouvements*

Les différents os du pelvis s'articulent entre eux. Ainsi, le bassin est composé de quatre articulations : deux articulations sacro-iliaques entre le sacrum et les iliaques, l'articulation sacro-coccygienne et enfin la symphyse pubienne (15). Grâce aux articulations, ces différentes parties sont mobiles entre elles.

2.2.1. *Les mouvements intrinsèques*

En dehors de la grossesse, les mouvements intrinsèques sont minimes voire inexistant mais du fait de l'imprégnation hormonale durant la grossesse, le bassin acquiert une certaine laxité augmentant l'amplitude de ses mouvements.

Nous pouvons décrire des mouvements dans les plans frontal et transversal parmi lesquels l'abduction et l'adduction des ailes iliaques qui permettent d'augmenter alternativement le détroit supérieur puis le détroit inférieur. De même, la rotation interne et la rotation externe de l'iliaque permettent d'écartier les épines sciatisques en les faisant tourner vers l'extérieur puis vers l'intérieur facilitant ainsi la progression du mobile fœtal au niveau du détroit moyen.

Nous pouvons aussi détailler des mouvements dans le plan sagittal. Nous retrouvons notamment un mouvement de bascule du coccyx de quelques millimètres vers l'arrière que nous appelons rétropulsion coccygienne. Ce mouvement permet l'agrandissement du diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur. Deux autres mouvements, très importants, liés au sacrum s'inscrivent dans le plan sagittal. Ce sont les mouvements de nutation et de contre-nutation du sacrum.

La contre-nutation est un mouvement de bascule du sacrum vers l'arrière, écartant les ailes iliaques. Il favorise l'engagement du fœtus en augmentant le diamètre promonto-réto-pubien et donc les dimensions du détroit supérieur. Il réduit aussi les diamètres du détroit inférieur. Ce mouvement peut être obtenu par l'extension des cuisses sur le bassin (13-14).

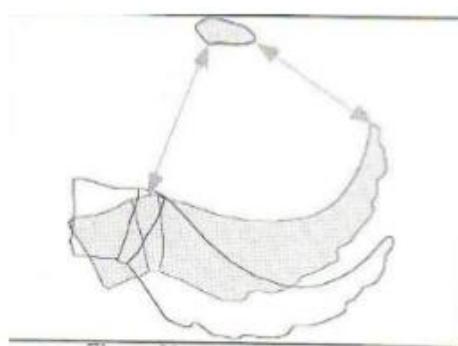


Figure 4 : La contre-nutation (Mécanique et techniques obstétricales de J-P. Schaalt)

A l'inverse, la nutation consiste en la bascule du sacrum vers l'avant. Les ailes iliaques se rapprochent lors de ce mouvement. La nutation favorise le dégagement lors de l'accouchement en augmentant le diamètre sous-sacro-sous-pubien du diamètre inférieur. Cependant, elle favorise quand même l'engagement en faisant concorder les axes du

détroit supérieur et l'axe de la poussée. Ce mouvement peut être obtenu par la flexion des cuisses sur le bassin (13 - 14).

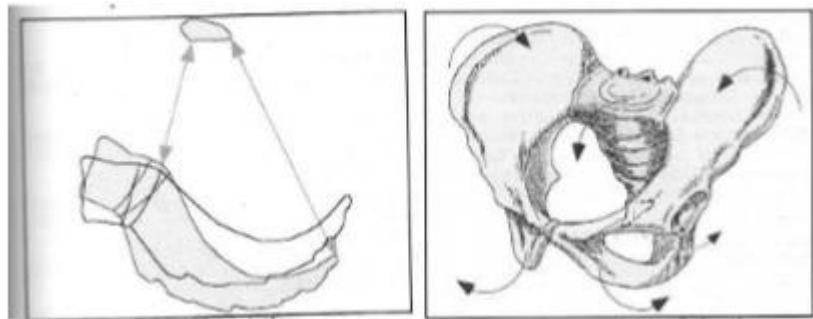


Figure 5 : La nutation (Mécanique et techniques obstétricales de J-P. Schaalt)

2.2.2. *Les mouvements extrinsèques*

Le bassin bouge avec les hanches. Les mouvements de flexion et l'extension ainsi que les mouvements d'abduction et d'adduction des fémurs permettent les mouvements du bassin et les accentuent.

Par exemple, une abduction de la hanche amène une adduction iliaque et inversement une adduction de hanche entraîne une abduction iliaque. De même, la rotation interne des fémurs provoque une rotation interne des iliaques et écarte les épines sciatisques.

Le bassin bouge également avec la colonne vertébrale. Une forte flexion de la colonne vertébrale au niveau lombaire entraîne une nutation sacrée par traction musculaire. La contraction des muscles dorsaux provoque une nutation sacrée et leur décontraction une contre-nutation sacrée (13 - 14).

2.3. *Les tissus mous*

Le bassin osseux est recouvert de tissus mous. Il s'agit principalement de muscles. Le détroit inférieur est ainsi fermé par un complexe de muscles et d'aponévroses formant un véritable plancher que nous appelons plancher pelvien ou encore diaphragme pelvien.

Cette structure complexe est formée de deux muscles pairs : le muscle élévateur de l'anus, lui-même composé de deux portions - le muscle pubo-rectal et les faisceaux iliaque et ischiatique – et le muscle coccygien.

Le diaphragme pelvien délimite deux régions : une région supérieure pelvienne et une région inférieure périnéale, formant elle-même deux étages, le diaphragme urogénital qui est profond et le diaphragme superficiel. Chaque niveau est composé de muscles

différents qui s'insèrent sur les parois du bassin et sur une structure tendineuse, le centre tendineux du périnée.

Associé à ce diaphragme pelvi-périnéal, les tissus mous comprennent le vagin.

Nous venons donc de rappeler la composition du bassin osseux et des tissus mous qui le recouvre et expliquer les mouvements intrinsèques et extrinsèques possibles grâce à ses articulations. Voyons maintenant les différentes étapes de l'accouchement.

2.4. *Les différentes étapes de l'accouchement*

Classiquement, nous décrivons trois temps durant l'accouchement proprement dit : l'engagement, la descente du fœtus et le dégagement. Ces différentes étapes sont précédées d'une phase de dilatation qui peut prendre plus ou moins de temps en fonction des femmes et sont suivies de la délivrance, encore appelée troisième stade du travail.

La première étape de l'enfantement est donc la phase d'engagement. Elle correspond au passage du détroit supérieur par le plus grand diamètre de la présentation fœtale, à savoir le diamètre sous-occipito-bregmatique qui mesure 9.5 centimètres quand la présentation est céphalique et bien fléchie. La partie fœtale qui se présente au-dessus du détroit supérieur va s'adapter, s'orienter le plus favorablement possible pour envisager son passage dans la filière génitale. Le fœtus s'engage ainsi dans l'axe le plus favorable du bassin : l'axe oblique du détroit supérieur. Le diagnostic d'engagement peut se faire de deux manières différentes. Le signe de Farabeuf décrit l'engagement lorsque seulement deux doigts trouvent place entre la présentation fœtale et le plan sacro-coccygien. L'autre diagnostic d'engagement est celui de Demelin. Le pouce est placé contre la symphyse pubienne et l'index perpendiculaire suit le trajet du deuxième parallèle de Hodge. S'il bute contre la présentation, celle-ci est engagée.

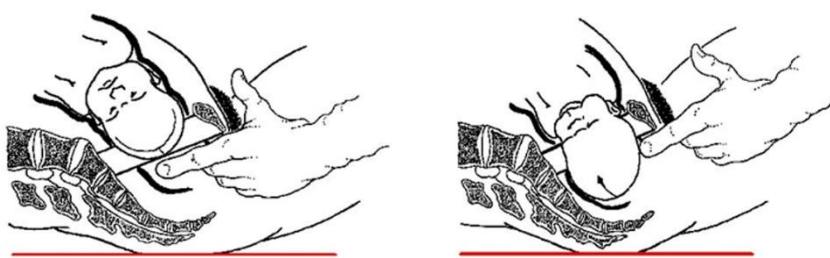


Figure 6 : Signe de Demelin (Disponible sur http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/mecanisme_accouchement_sommabis/site/html/1.html)

Suite à l'engagement, le fœtus doit progresser dans la filière génitale. La descente du fœtus est caractérisée par sa rotation. En effet, l'anatomie du périnée fait que l'axe

d'engagement n'est pas le même que l'axe de dégagement. Le fœtus doit donc nécessairement effectuer une rotation entre son engagement et son dégagement. Ce mouvement de rotation plus ou moins ample est facilité par la poussée utérine et la mise en tension des muscles releveurs de l'anus. Cela favorise l'enroulement de l'enfant autour de la symphyse pubienne et la suite de la descente fœtale.

La dernière étape de l'accouchement est le dégagement. La présentation fœtale franchit le détroit inférieur mais aussi l'orifice vulvaire. Cette phase peut se découper en plusieurs parties. Il y a tout d'abord un changement de direction de la tête fœtale qui bute contre le périnée. L'axe de progression est horizontal avant de devenir oblique vers le haut et l'avant au moment du passage de l'anneau vulvaire en se fléchissant complètement. Quand le sous-occiput entre en contact avec la symphyse pubienne, la tête se défléchit et se désolidarise du tronc. Puis le périnée se distend progressivement, c'est l'ampliation. Une fois la tête dégagée, un phénomène de restitution amène l'occiput fœtal dans le prolongement du dos.

Toutes les phases de l'accouchement et notamment l'engagement sont possibles grâce à l'adaptation de la tête fœtale. L'accommodation comprend quatre opérations : la flexion, l'orientation en oblique, l'asynclitisme et les déformations plastiques. Ces quatre étapes se font simultanément. Deux d'entre elles revêtent un caractère facultatif à savoir l'asynclitisme et les déformations plastiques (14 ; 16).

Les positions maternelles durant le travail et l'accouchement peuvent influer sur ces différentes étapes en les favorisant ou bien en les défavorisant d'où l'intérêt de bien connaître la physiologie de l'accouchement pour conseiller au mieux la patiente.

3. Analyse des positions maternelles et de leurs conséquences sur la mécanique obstétricale

Durant tout le travail, la femme enceinte peut adopter de nombreuses postures afin de tantôt se reposer, tantôt soulager la douleur des contractions utérines ou encore favoriser la dilatation du col par l'appui de la présentation fœtale ou l'engagement dans le bassin.

Ces positions peuvent se diviser en deux grandes catégories : les postures horizontales et les postures verticales (5 ; 6). Cette classification se définit par l'angle d'inclinaison que la ligne reliant les 3^{ème} et 5^{ème} vertèbres lombaires réalise par rapport à l'horizontal. Si cet angle est inférieur à 45°, il s'agit d'une position horizontale alors que s'il est supérieur à 45°, c'est une position verticale.

3.1. *Les postures horizontales*

Parmi les positions horizontales, nous détaillerons plusieurs variantes de la position en décubitus dorsal à savoir la position allongée sur le dos.

3.1.1. *Description*

Comme dit précédemment, la position la plus adoptée par les femmes est la position dite gynécologique ou position de lithotomie. Cette posture est un décubitus dorsal avec les cuisses en abduction et fléchies vers le bassin et les jambes fléchies sur les cuisses. Afin d'avoir une hyper-flexion des jambes, l'utilisation d'une barre d'accouchement ou d'étriers est souvent nécessaire.

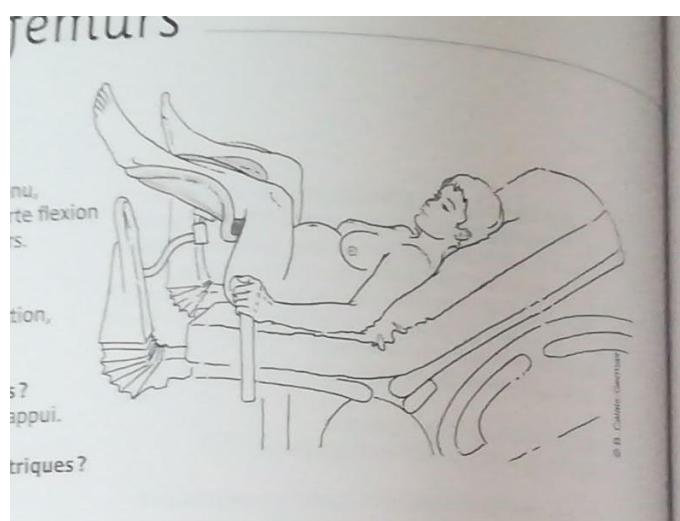


Figure 7 : Position gynécologique (Bouger en accouchant de B. Calais-Germain)

Lors des accouchements, une posture de plus en plus utilisée en France, est la position en décubitus latéral gauche ou droit. Pour ce type de position, la patiente est couchée sur le côté, une jambe est fléchie, bien souvent la jambe supérieure et l'autre jambe est en extension. Cette posture, bien que peu utilisée en France jusqu'à récemment est utilisée en Angleterre depuis plusieurs siècles.

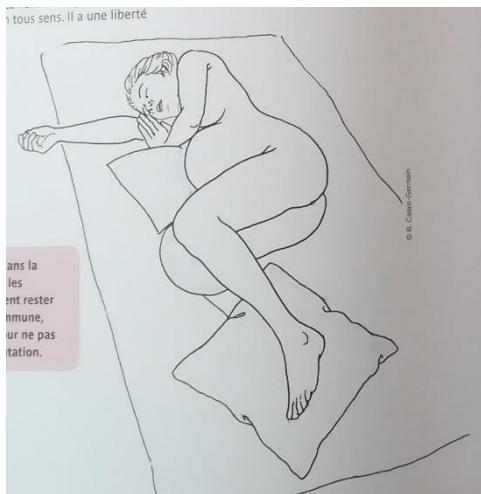


Figure 8 : Position en décubitus latéral (Bouger en accouchant de B. Calais-Germain)

Nous pouvons également noter que la position déclive est exceptionnellement adoptée lors des accouchements.

Pour toutes les positions horizontales, le poids du corps de la patiente repose essentiellement sur le dos (4 ; 13).

3.1.2. Conséquences sur la mécanique obstétricale

La position en décubitus dorsal et la position gynécologique sont des postures souvent favorisées par les parturientes pour se reposer durant le travail et par les professionnels de santé pour les examens qui sont plus faciles. Cependant, elles ont tendance à accentuer la courbure sacrée, ce qui empêche le mouvement de nutation. D'autre part, en position gynécologique notamment, l'axe de poussée utérine et l'axe de descente du mobile fœtal ne sont pas vraiment concordant, ce qui dirige le fœtus vers l'avant. La mobilité du bassin est également réduite par le fait que le poids de la patiente repose sur son dos et en partie sur le sacrum. En outre, ces postures, bien que reposantes, favorisent la compression des gros vaisseaux (aorte et artère cave) et donc le syndrome cave.

Afin de libérer le sacrum, il est possible de mettre la parturiente en décubitus latéral. Cette position présente, par ailleurs, plusieurs avantages. En effet, en plus d'être une position reposante, elle favorise une respiration abdominale automatique très utile pour oxygénier

l'utérus et le fœtus. Le bassin de la parturiente est libre et nous pouvons positionner ses jambes soit en flexion soit en extension pour favoriser l'engagement ou bien l'expulsion selon le moment de l'accouchement. De même, l'orientation des fémurs en interne ou en externe permet une meilleure descente du fœtus dans le bassin. D'autre part, cette posture permet aux forces des contractions d'agir dans le bon sens et ainsi de favoriser l'engagement. Au moment de l'accouchement, elle a également tendance à protéger le périnée postérieur.

Dans ces positions horizontales, il faut tout de même noter qu'il n'y a aucun effet de la gravité (4 ; 5 ; 13 ; 14 ; 17).

3.2. *Les postures verticales*

Les postures verticales sont les plus nombreuses et peuvent être adoptées durant le travail comme l'accouchement. Nous en distinguons plus précisément quatre : les positions « debout », les positions assises, les positions accroupies et les positions à genoux ou à quatre pattes. Pour chaque posture, il existe également des variantes avec souvent l'utilisation d'accessoires.

3.2.1. *Description*

En position debout, l'appui est essentiellement pédestre. Beaucoup utilisée en début de travail, la déambulation est très intéressante pour favoriser la dilatation cervicale, la gravité y étant maximale. Des variantes de cette position consistent à ajouter une suspension ou bien un appui pour permettre éventuellement des mouvements du bassin qui est alors totalement libre.



Figure 9 : Position debout (Bouger en accouchant de B. Calais- Germain)

Les positions assises sont caractérisées par leur appui fessier. La patiente peut également fléchir les genoux dans cette posture. Dans tous les cas, le dos de la parturiente est à la verticale. Une galette ou bien un ballon peut aussi être placée sous ses fesses afin de gagner en mobilité du bassin.



Figure 10 : Position assise (Bouger en accouchant de B. Calais-Germain)

Dans la position accroupie, la patiente a le dos bien à la verticale et le poids du corps est supporté par les pieds. Il n'y a aucun appui au niveau des fesses, ce qui favorise la mobilité du bassin. Cette posture est souvent associée à la suspension afin de pouvoir être maintenue.

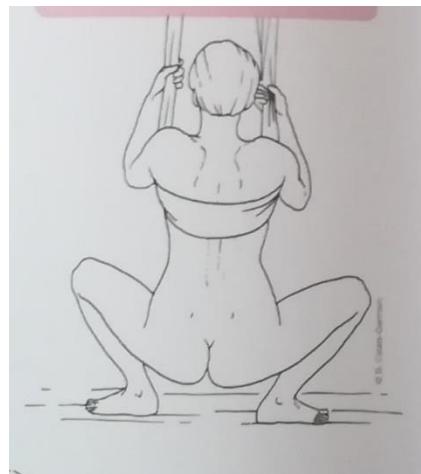


Figure 11 : Position accroupie aidée d'une suspension (Bouger en accouchant de B. Calais-Germain)

Enfin, en position à genoux, la répartition du poids de la patiente varie en fonction de l'appui des mains. D'autre part, cette posture permet de varier la rotation des fémurs en interne ou en externe, ce qui peut favoriser soit l'engagement soit l'expulsion. Afin de réduire le poids au niveau des poignets notamment dans la position à quatre pattes, nous pouvons placer un coussin sur les jambes de la patiente sur lequel elle pourra s'asseoir. (4 ; 13).



Figure 12 : Position à quatre pattes/à genoux (Bouger en accouchant de B. Calais-Germain)

3.2.2. Conséquences sur la mécanique obstétricale

Les positions verticales présentent de nombreux avantages. Elles dynamisent l'utérus et favorisent la gravité et donc la descente du fœtus. Il existe une synergie entre la pesanteur et la force des contractions utérines. Elles sont peut-être moins fréquentes mais sont intensifiées, mieux coordonnées et donc plus efficaces, ce qui facilite le travail, le rendant plus efficace et plus rapide (4).

D'autre part, elles ont un effet variable sur les dimensions du bassin. Ainsi, la position accroupie est celle qui facilite le plus la nutation sacrée. Nous retrouvons globalement les mêmes effets posturaux pour les positions à genoux ou à quatre pattes. En revanche, la position assise limite ce mouvement.

Les positions verticales notamment les positions accroupies, debout ou à genoux et à quatre pattes présentent également l'avantage de n'impliquer aucun appui postérieur. Le bassin est donc totalement libre et facilite l'engagement ou l'expulsion selon le stade du travail et de l'accouchement proprement dit. Cependant, il nous faut noter que ces postures augmentent la pression exercée sur le périnée, ce qui peut être trop fatiguant et/ou trop douloureux pour certaines femmes, notamment pour les parturientes ayant un périnée fragile (4 ; 13 ; 14 ; 17).

3.3. Ce qu'il faut retenir de cette analyse

Finalement, les différentes étapes de l'accouchement ne nécessitent pas nécessairement les mêmes positions. C'est la mobilisation de la parturiente qui présente un véritable intérêt pour le bon avancement du travail. Nous pouvons jouer sur plusieurs éléments : la dynamique utérine, la douleur maternelle, l'adaptation de la tête fœtale au bassin maternel.

Ainsi, pour la dilatation cervicale, il faudrait encourager la déambulation et la verticalisation. Les balancements et les bercements apportent également un élément supplémentaire favorable à la dilatation.

Au moment de l'engagement, il convient d'optimiser les dimensions du détroit supérieur en provoquant une nutation sacrée et une rotation externe des fémurs ainsi qu'en évitant une hyperlordose. Une posture d'engagement largement utilisée est le décubitus latéral asymétrique. La jambe supérieure est en hyper-flexion, la cheville légèrement abaissée par rapport au reste de la jambe afin d'obtenir une rotation externe du fémur. L'autre jambe est en extension.

La descente fœtale dans le bassin maternel peut être obtenue par plusieurs postures. Par exemple, si une patiente souhaite être assise, nous pouvons placer une barre devant elle afin qu'elle puisse se pencher en avant et agrandir le diamètre bi-épineux ou encore si elle souhaite rester en décubitus latéral, nous pouvons conserver la posture en décubitus latéral asymétrique en modifiant la rotation de la cuisse vers l'intérieur et non plus vers l'extérieur comme lors de l'engagement.

Enfin pour le dégagement, la position idéale est le quatre pattes. En effet, le bassin est totalement libre ce qui permet la nutation et la contre-nutation au moment de l'accouchement. De plus, cette posture permet un dégagement très rapide. Cependant, cette posture n'est que très peu utilisée en France car considérée comme trop proche de la parturition animale, trop primitive. En position gynécologique, posture classique d'accouchement dans les hôpitaux, le fœtus s'engage en oblique et commence sa descente dans le même axe mais il est obligé de tourner pour franchir les épines sciatisques, de défléchir sa présentation pour remonter sous la symphyse pubienne. Enfin les épaules restent dans l'axe d'engagement. Ce trajet complexe rend peu directe la poussée en provenance du fond utérin transmise à la tête fœtale à partir du sacrum. Il existe donc une succession d'angu-

lations qui diminuent l'efficacité de cette propulsion. Ainsi, il est indispensable d'aménager les postures comme le préconise le Dr. Bernadette de Gasquet (17) ou de proposer d'autres postures plus favorables au dégagement (13 ; 14).

Le changement de positions au cours du travail permet ainsi d'améliorer le confort de la patiente en diminuant les douleurs, en diminuant également la durée du travail à tous les stades et l'utilisation d'oxytociques. Ces changements favorisent également les accouchements par les voies naturelles en diminuant le nombre de césariennes et préservent le périnée des lésions de grade III et IV (9).

En fin de compte, la décision finale à condition qu'elle soit éclairée devrait revenir à la patiente, ce que souligne, par ailleurs, l'Organisation Mondiale de la Santé : « *Les femmes devraient être libres de choisir, et encouragées à le faire, la position qu'elles préfèrent pour l'accouchement. Elles changeront souvent de position car aucune d'elles n'est confortable pendant longtemps* » (18).

Nous venons donc de voir que c'est la mobilisation de la patiente qui favorise le bon avancement du travail mais un autre élément très important doit être pris en compte : la respiration.

3.4. Et la respiration dans tout cela...

La respiration est un élément à prendre en compte et à ne surtout pas oublier au cours du travail et de l'accouchement. Il ne peut y avoir de mouvements sans respiration. Elle est à la base de la détente, une source d'énergie et d'oxygénation pour les muscles et les viscères.

Il existe deux types de gestes respiratoires. Le premier fait jouer les côtes. A l'inspiration, les côtes s'ouvrent et à l'expiration, elles se ferment, c'est la respiration thoracique. Le second joue sur le caisson abdominal. A l'expiration, l'abdomen se rentre et à l'inspiration, il se bombe et le diaphragme s'abaisse. C'est la respiration abdominale.

Au cours du travail, il faut privilégier la respiration abdominale qui doit être profonde et ample. Elle favorise le drainage circulatoire des viscères abdominaux et donc de l'utérus. Elle favorise également le péristaltisme, la relaxation et tonifie la partie basse du tronc.

Comme nous venons de le voir, la respiration abdominale met donc en jeu le diaphragme, muscle très important sur lequel nous pouvons jouer pour une poussée moins traumatique. En effet, les muscles du plancher pelvien et le diaphragme sont liés par leur

fonctionnement. Ainsi au moment de l'accouchement proprement dit, il existe deux types de poussées. La poussée à inspiration bloquée consiste à faire inspirer la patiente puis tout en bloquant son air, elle doit pousser vers le bas. Le diaphragme et les abdominaux sont contractés. La poussée sur le périnée est brutale, ce qui ne permet pas toujours une bonne ampliation de ce dernier et favorise les déchirures. L'autre type de poussée est la poussée en expiration suspendue. Il s'agit de conserver une petite expiration sur une longue durée, en freinant l'air, tout en poussant vers le bas. Le diaphragme appuie moins sur l'utérus. Cela permet d'obtenir une compression plus progressive sur la musculature qui se laisse ainsi détendre. Elle est donc moins traumatique pour le périnée.

Pour pouvoir respirer correctement, il faut donc corriger les postures. Pour une respiration optimale, le dos et la colonne vertébrale doivent être bien étirés, la tête le plus loin possible du coccyx (13 ; 17).

A travers ces premières parties, nous avons rapidement résumé les éléments indispensables à la mécanique obstétricale ainsi qu'exploré les différentes positions que peuvent envisager d'utiliser les femmes durant la parturition et leurs différents effets positifs comme négatifs sur la dynamique obstétricale. Voyons maintenant l'évolution des positions d'accouchement de la Préhistoire jusqu'à nos jours.

4. Historique des postures d'accouchement de la Préhistoire à nos jours

Au cours de l'Histoire, les femmes adoptent diverses positions pour accoucher. Ces postures s'inscrivent dans un contexte magico-religieux propre à chaque époque. L'art obstétrical empreint de ces superstitions évolue progressivement vers une discipline plus médicale grâce aux découvertes scientifiques au cours des siècles jusqu'à être la spécialité que nous connaissons aujourd'hui.

4.1. *L'accouchement à la Préhistoire*

La Préhistoire est généralement définie comme la période précédant la naissance des premiers écrits.

Les données obstétricales que nous avons de l'époque sont donc peu nombreuses et précises. Les informations, dont nous disposons, proviennent de sculptures et de peintures rupestres découvertes lors de fouilles archéologiques.

Parmi ces découvertes, deux sont intéressantes dans l'étude de la position d'accouchement à la Préhistoire. La première représentation très controversée a été découverte dans la grotte de Laussel sur Beune en Dordogne et daterait du Paléolithique. Il s'agit d'un bas-relief où figureraient, entre autre, un accouchement selon certains préhistoriens, un accouplement pour d'autres. La deuxième représentation que nous avons est une scène gravée sur une palme de renne trouvée à Laugerie en Dordogne représentant certainement un accouchement. Au cours des fouilles archéologiques, il a, également, été retrouvé de nombreuses statuettes votives dédiées, a priori, à la déesse Maia, mère de l'univers, génitrice et protectrice des êtres humains. Elle est invoquée pour protéger la mère et faciliter les accouchements douloureux (19). L'accouchement revêt donc un caractère sacré nécessitant une protection spirituelle.

Ces illustrations nous informent que les femmes accouchent généralement seules, à même le sol, près d'une source ou d'une forêt afin d'accroître le pouvoir vital de la terre. L'enfantement doit être très naturel comme celui des animaux, vraisemblablement en position accroupie ou, du moins, les jambes fléchies sur l'abdomen du fait de la conformation du bassin (19-22).

En effet, le passage de la quadrupédie à la bipédie change considérablement l'accouchement en modifiant la conformation du bassin. Le détroit supérieur est ainsi

incliné de 40° vers l'avant, le défilé pelvien n'est plus rectiligne ce qui induit un décalage des axes d'entrée et de sortie qui ne sont donc plus dans la même direction. L'accouchement est alors plus difficile car les axes de poussées et des contractions utérines ne correspondent plus, rendant les contractions moins efficaces.

Une autre problématique vient s'ajouter à la modification d'inclinaison du bassin. Le développement du cerveau humain, appelé encéphalisation, augmente le volume du cerveau et donc de la tête fœtale. De plus, l'insertion du placenta est plus profonde dans la paroi utérine. Toutes ces modifications physiologiques augmentent la difficulté de la parturition qui est donc plus longue, plus dangereuse et forcément plus douloureuse (21-23).

4.2. L'accouchement durant l'Antiquité

L'Antiquité est la période s'étendant de la naissance de l'écriture jusqu'au Moyen Age. Les historiens estiment qu'elle débute au IV^e millénaire avant notre ère et se termine à l'époque des grandes invasions eurasiennes, soit aux alentours du V^e siècle après Jésus-Christ. Dans l'histoire européenne, la fin de l'Antiquité est marquée par la chute de l'Empire Romain occidental en 476. Cette période historique regroupe de nombreuses civilisations avec des traditions très différentes autour de l'accouchement.

4.2.1. Accoucher dans l'Égypte ancienne

Dans l'Égypte antique, la naissance possède une dimension sacrée, empreinte de religion. Ainsi, de nombreuses divinités féminines telles qu'Isis et Hathor sont vénérées et honorées lors des accouchements, ce qui transparaît beaucoup dans l'iconographie et les écrits de l'époque. Ainsi, il nous est transmis qu'Hathor accouche assise sur un lit assistée par deux déesses et plusieurs servantes ou encore que Mout accouche accroupie sur le sol accompagnée de six femmes (19). D'autres bas-reliefs retrouvés montrent que certaines femmes accouchent en position allongée ou agenouillée. L'utilisation de briques de naissance et de chaises spéciales est également démontrée (19-22 ; 24).



Figure 13 : Scène d'accouchement – Temple dédié à Hathor à Kôm'Ombo (Egypte)
Disponible sur https://www.routard.com/photos/egypte/94094-temple_de_kom_ombo_.html

Lors de la parturition, l'homme n'a pas sa place et l'accompagnement est exclusivement féminin. En effet, non seulement l'accouchement est une histoire de femme mais en plus, la femme, à cette époque, a une place juridique, intellectuelle et morale. Elle est l'égale de l'homme. L'obstétrique est exercée par des sages-femmes professionnelles (la première école ayant été créée au VIIème siècle avant Jésus-Christ) ayant une position privilégiée et respectée, à l'instar des médecins (19 ; 21 ; 22).

Ces sages-femmes professionnelles sont formées dans les temples par les sages-femmes-prêtresses. Y est enseignée la médecine, empreinte de magie, l'obstétrique ainsi que la gynécologie. A travers les écrits retrouvés, nous savons que la pratique du toucher vaginal est d'usage ainsi que le recours à la contraception. L'utilisation de philtres, breuvages, d'injections vaginales et de fumigations est également très répandue à cette époque pour les pathologies gynécologiques mais aussi pour assurer une bonne progression du travail (19). Certains écrits mentionnent aussi que les Égyptiens connaissent et pratiquent la césarienne post-mortem (25).

4.2.2. *L'accouchement chez les Hébreux*

La période hébraïque s'étend de l'an 1900 av. J.-C. jusqu'à 500 ap. J.-C. environ et se découpe en deux époques : l'époque biblique et l'époque talmudique.

A l'époque biblique, l'idée du péché originel est omniprésente, la femme est ainsi considérée comme inférieure à l'homme. Elle n'a aucun droit ni aucune liberté et reste sous l'autorité d'un homme, son père ou son mari une fois mariée. Son seul rôle est d'assurer une descendance mâle.

Dans cette société, seules les sages-femmes ont un rôle plus important que le commun des femmes. La pratique obstétricale est entièrement entre leurs mains. La transmission du savoir plutôt conséquent – les connaissances anatomiques sont importantes, de même les manœuvres obstétricales sont régulièrement pratiquées, tout comme la césarienne post-mortem - se fait de mère en fille ou de sage-femme à femme (19).

Les textes, dont nous disposons, précisent que les femmes hébraïques accouchent plutôt facilement et que les sages-femmes n'interviennent qu'en cas d'accouchements dystociques comme en cas de présentation du siège. En effet, les sages-femmes ne reconnaissent normales que les présentations céphaliques. L'accouchement se fait à genoux ou accroupi ou bien parfois assis sur les genoux d'une tierce personne. Les extraits de l'Ancien Testament (Samuel) et de la Genèse mentionnent aussi le terme « *abnaïm* » signifiant littéralement « deux pierres ». Les linguistes ne sont pas tous d'accord sur le sens exact du mot et certains le traduisent comme « chaise obstétricale ». Nous pouvons donc imaginer que les femmes hébraïques accouchent également sur une chaise obstétricale (19 ; 24).

A l'époque Talmudique (de 400 av. J.-C. à 500 ap. J.-C.), il y a peu de changement par rapport à l'époque biblique. Les sages-femmes constituent toujours une catégorie spéciale de femmes. Nous savons, en revanche, qu'en plus de pratiquer l'art obstétrical, elles pratiquent également la médecine infantile et celle des femmes. Elles sont aussi appelées comme expertes dans les cas litigieux et juridiques (19).

4.2.3. Accoucher dans la Grèce antique

Les nombreuses connaissances égyptiennes se transmettent, par la suite, aux Grecs et plus généralement en Occident. Durant la période hellénique, la grossesse et l'accouchement revêtent une dimension profane et sacrée. Ainsi les femmes honorent Artémis, déesse de la chasse, de la maternité et de la fécondité mais aussi Déméter, Aphrodite et Héra.

Parallèlement à la médecine traditionnelle encore empreinte de magie se développe une médecine « plus » scientifique. Cette époque voit alors s'écrire de nombreux traités notamment le fameux Corpus Hippocratique décrivant de nombreuses scènes d'accouchements ainsi que nombre de pathologies liées à la grossesse et à l'enfantement notamment la fièvre puerpérale (23). Par ailleurs, il dépeint des accidents liés aux avortements. Il ne reconnaît de naturel que l'accouchement par la tête et condamne celui par les pieds. Dans ce cas, il recommande une version par manœuvre externe du fœtus. Il

note aussi que la femme qui accouche pour la première fois, a un travail plus long (26 ; 27). D'autre part, dans la situation où l'accouchement serait dystocique (trop long ou avec une présentation contre-nature non engagée), il préconise une méthode brutale et dangereuse, la succussion, décrite ci-dessous :

« *Pour hâter la sortie du fœtus, prendre un lit élevé et solide, le garnir, coucher la femme sur le dos, disposer autour de la poitrine, des aisselles et des bras une écharpe, ou un linge large et souple qui la fixe au lit ; faire plier les jambes et les attacher aux talons, disposer un fagot de branchages souples ou quelque chose de semblable qui ne permettra pas au lit lancé contre terre de toucher le sol... Recommander à la femme de prendre le lit avec les mains ; tenir le lit élevé du côté de la tête, afin qu'il y ait impulsion du côté des pieds... Dresser le lit autant que possible afin que les pieds ne touchent pas le sol, le lit étant lancé... de manière que le lit tombe perpendiculairement avec régularité et égalité. On fera la succussion au moment de chaque douleur* » (28).



Figure 14 : Succussion hippocratique (Histoire des accouchements chez tous les peuples de G.J. Witkowski)

Dans ses traités, Hippocrate et ses disciples réalisent une synthèse des expériences et observations du passé transmises oralement par les sages-femmes et les médecins. De nombreux scientifiques pensent que c'est en se référant aux sages-femmes qu'Hippocrate pu traiter de cet art qu'est l'obstétrique (19).

Les accouchements sont, effectivement, réalisés par les sages-femmes, héritières des prêtresses. Elles doivent avoir faits preuves de leur fécondité et avoir l'âge de la ménopause pour pouvoir exercer afin d'honorer Artémis. Il existe également un groupe de sages-femmes « au-dessus » des sages-femmes ordinaires qui peuvent réaliser les

avortements, les accouchements prématurés ainsi que les manœuvres obstétricales et la présentation du nouveau-né au père de famille (21 ; 29).

L'accompagnement des femmes au cours de l'enfantement est, en effet, toujours féminin hormis en cas d'accouchement laborieux. Dans ces cas précis, elles ont le devoir de prévenir un médecin, qui est toujours un homme (19 ; 21 ; 22 ; 29).

En ce qui concerne la position d'accouchement, il y a débat parmi les historiens. Malgré un nombre important de traités, l'iconographie est pauvre. Seuls les accouchements des Dieux, peu ordinaires, sont représentés (20). Autrement dit, seuls les écrits nous guident sur la position adoptée par les femmes pendant l'accouchement.

D'après les auteurs, les positions à genoux (position analogue à celle de Léto pour l'accouchement d'Apollon) ou semi-allongées sont privilégiées. Cependant, de nombreux auteurs décrivent également des accouchements assis, plus ou moins avec utilisation d'une chaise obstétricale (19 ; 21 ; 22 ; 24 ; 30). En revanche, nous savons avec certitude que les femmes sont toujours accompagnées d'au moins deux ou trois femmes y compris la sage-femme lors de leur accouchement. Ainsi, elles n'enfantent jamais seules (20 ; 21 ; 24 ; 30).

4.2.4. Accoucher dans la Rome Antique

L'obstétrique dans la civilisation romaine est le fruit du transfert des connaissances de la Grèce Antique. Rome voit ainsi s'installer plusieurs médecins et sages-femmes grecs notamment Galien, Soranos d'Ephèse ou encore Moschion.

Galien apporte à la Rome Antique de nombreuses connaissances anatomiques et physiologiques basées sur les dissections et son expertise en tant que chirurgien des gladiateurs (21).

Soranos d'Éphèse, quant à lui, est considéré comme le père de l'obstétrique et l'un des rares accoucheurs de son temps. Il est l'auteur de plusieurs traités d'obstétrique et de gynécologie dans lesquels il décrit très précisément la grossesse et l'accouchement. Il détaille notamment l'accouchement assis sur une chaise de parturition que décrira par la suite son élève Moschion. Il expose également des techniques de respiration, en particulier la respiration abdominale qu'il encourage car soulageant la douleur et favorisant l'expulsion, ainsi que diverses manœuvres obstétricales dont la version podalique interne (19 - 22 ; 24 ; 31).

Son élève, Moschion, pense que chaque sage-femme doit être instruite de tout ce qui regarde les femmes. Il nous laisse donc un traité des maladies des femmes où il détaille les qualités, aptitudes et connaissances que doivent posséder les sages-femmes (19 ; 26). Ainsi, pour lui, la sage-femme « *devra rester calme, ne pas s'effrayer du danger et rester capable d'établir avec logique une base à ses actions, rassurera la patiente et sera sympathique, disciplinée et sobre, libre de toute superstition* » (32).

Il catégorise les sages-femmes, alors appelées « *obstetrix* » (littéralement « se tenir devant ») en deux classes : les sages-femmes inexpérimentées qui ne doivent agir que dans le cadre de la physiologie et les sages-femmes expérimentées qui peuvent réaliser des accouchements dystociques (19).

Ces sages-femmes sont intégrées à la corporation des « *mobilitas obstetricium* » et sont soumises à une hiérarchie institutionnelle. Ainsi, elles doivent faire appel à un médecin en cas de complications graves lors de l'accouchement (19 ; 22).

Comme nous l'avons vu précédemment, les femmes romaines imitent le modèle grec et accourent donc, pour la plupart, assises sur une chaise obstétricale ou bien sur les genoux d'une femme robuste. Elles ne sont, évidemment, jamais seules pour accoucher. Au moins trois femmes les accompagnent, en plus de la sage-femme placée devant la parturiente au moment de l'expulsion pour accueillir le nouveau-né (19 – 22).



Figure 15 : Bas-relief représentant une scène d'accouchement placé sur la tombe de Scribonia à Ostie, Ier siècle ap. J.-C. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-societes-et-representations-2009-2-page-153.html#>

D'autre part, la sage-femme a le rôle d'examiner l'enfant et de le présenter à son père. Ce dernier choisit ou non de garder le nouveau-né. S'il le prend dans ses bras, cet enfant sera élevé dans la famille. Dans le cas inverse, il sera soumis à l'exposition, pratique qui consiste à abandonner l'enfant à son propre sort. Le « *Pater familia* » a donc droit de vie ou de mort sur sa descendance. Ainsi, il a une dimension symbolique dans ce rituel de la naissance.

4.3. *L'accouchement au Moyen Age*

Le début du Moyen Age est marqué par la chute de l'Empire Romain occidental en 476 et s'achève au moment des grandes découvertes mondiales au XV^e siècle. Les historiens donnent comme repère la chute de Constantinople en 1453.

4.3.1. *Les connaissances obstétricales*

Après l'effondrement de l'Empire Romain, les institutions se dégradent, l'art médical n'échappe pas à cette règle. En l'absence de textes, il est à présumer que l'art des accouchements subit le même sort (33). Le Moyen Age est donc marqué par une atrophie des connaissances entourant l'accouchement. Le peu de notions restantes sont influencées par le pouvoir religieux mais restent néanmoins empreintes de magie et de coutumes celtes et gauloises (22).

La médecine médiévale se base sur les traités écrits durant l'Antiquité à savoir le Corpus Hippocratique ou encore les traités de Soranos d'Ephèse. Le savoir anatomique repose sur la description des organes faite durant l'Antiquité notamment par Galien (34). Les écrits arabes sont également traduits en latin et en hébreu mais les conceptions se perdent au fil des siècles (21).

Par ailleurs, plusieurs écoles voient le jour au Moyen Age notamment la célèbre école de Salerne où est enseignée la doctrine d'Hippocrate et de Galien. Elle est créée au XI^e siècle et voit son apogée au XIII^e siècle. L'un de ses plus célèbres élèves est la sage-femme Trotula (XIII^e siècle) qui nous léguera un traité sur l'art des accouchements où elle nous conseille de retourner l'enfant avant la naissance s'il est en position anormale et nous donne également quelques conseils sur la réparation des déchirures périnéales (19 ; 21 ; 26). D'autres écoles religieuses à orientation médicale font leur apparition à partir du XII^e siècle comme le collège des Bernardins en France puis plus tardivement l'université de Paris où on enseigne « l'art de guérir le corps et de conserver la santé » à partir de

1210. L'enseignement est exclusivement réservé aux hommes (33). Au XIV^e siècle, l'Office des accouchées est créé au dernier étage de l'Hôtel-Dieu à Paris (21).

4.3.2. Le déroulement de l'accouchement

Au Moyen Age, l'accouchement est affaire de femmes. Ainsi, l'accompagnement de la parturiente est exclusivement féminin et souvent très nombreux. En plus de la sage-femme alors appelée matrone, les membres féminins de la famille sont présents ainsi que les voisines. L'accouchement est entièrement entre les mains de la matrone. Elle a, cependant, le devoir de prévenir un médecin et un chirurgien-barbier (toujours des hommes) en cas d'accouchement dystocique ; le médecin étant là pour donner la conduite à tenir et le chirurgien-barbier pour exécuter l'extraction en cas de besoin. La matrone travaille toujours sous les jupes afin de ménager la pudeur de la parturiente. C'est, par ailleurs, une des raisons évoquées par les parturientes, pour que la sage-femme ne fasse pas appel au chirurgien en cas de problème, au péril de leur vie parfois. En outre, elle peut avoir recours à certains procédés tels que l'administration de potions et d'ergot de seigle, les fumigations ou encore la succussion, encore pratiquée à cette époque. Dans les cas d'accouchements difficiles, uniquement, la présence du père peut être requise. Grâce à sa force, il peut soutenir sa femme et aider à l'accouchement de cette dernière (20-23 ; 29 ; 30 ; 34 ; 36 ; 37).

L'accouchement est donc une pratique quotidienne non médicalisée mais, dans certains cas, l'accouchement peut, aussi, être pratiqué par une religieuse car l'habit religieux donne aux femmes le même statut qu'aux hommes et la médecine conventionnelle se pratique aussi dans les monastères féminins (36).

Les accouchements sont pratiqués à domicile, dans une pièce calfeutrée et surchauffée, bien souvent la pièce commune de la maison. Dans les familles aisées, par exemple à la cour de Bourgogne, les femmes accouchent dans le domaine familial (38 - 39). Des draps sont tendus dans la pièce principale où se trouve généralement la cheminée pour chauffer l'eau. Divers objets sont disposés pour protéger les parturientes de la maladie notamment des amulettes et pierres en référence à la Sainte Vierge ou encore à Sainte Marguerite (21 ; 29 ; 34 ; 40). Par ailleurs, si les femmes accouchent encore en grande majorité à domicile, les femmes dans le besoin ou sans domicile vont accoucher à l'hôpital (21 ; 22 ; 24 ; 29 ; 36).

En ce qui concerne la position d'accouchement, elle est très variable d'une région à l'autre. Cependant, les postures privilégiées restent verticales à savoir accroupies, à

genoux ou à quatre pattes, debout et assises. Ce n'est que bien plus tard, au cours de la deuxième partie du Moyen Age, que la chaise obstétricale sera introduite (21 ; 22 ; 24 ; 29 ; 34 – 36).



Figure 16 : Scène figurant un accouchement durant le Moyen Age
Disponible sur :
<https://medecinemedievaleeurope.wordpress.com/2015/04/05/62/>

Au cours du travail, il est, par ailleurs, fort probable que la déambulation ainsi que la mobilisation soient encouragées afin de soulager les douleurs de l'enfantement. En effet, à cette époque, la douleur est une fatalité. La mère est stigmatisée par la faute de la première femme qui a succombé à la tentation comme nous le rappelle la Genèse « Tu enfanteras dans la douleur » (41). La douleur est rédemptrice (22 ; 31).

D'autre part, au Moyen Age, la mortalité est très élevée notamment la mortalité infantile. C'est pourquoi, pour s'assurer du salut de l'enfant, il doit être baptisé le plus tôt possible, y compris en cas d'accouchement difficile nécessitant une extraction par crochet. Ainsi, la matrone peut, dans ces circonstances, baptiser l'enfant in utero à l'aide d'un dispositif spécifique. A partir du XIII^e siècle, tous les fidèles doivent savoir baptiser un enfant en cas de nécessité (23 ; 30 ; 40).

Dans l'optique de préserver leur salut, les femmes en couche doivent se confesser avant leur accouchement. La vie de la mère est toujours privilégiée en cas d'accouchement difficile car elle peut encore avoir des enfants par la suite (23 ; 30 ; 40). Mais en cas de décès maternel durant l'accouchement, une césarienne post-mortem pouvait être pratiquée dans l'espoir de sauver et de baptiser le fœtus (25 ; 36).

4.3.3. La formation des sages-femmes de l'époque et leurs rôles

Au début du Moyen Age, la transmission des connaissances est orale et, dans la grande majorité des cas, se fait de matrone à élève sur le terrain. Autrement dit, n'importe quelle femme peut prétendre être matrone. Elle doit simplement avoir une autorisation du curé de la paroisse pour exercer, être bonne chrétienne et savoir baptiser *in utero*. Aucun certificat d'apprentissage n'est demandé (33 ; 34).

A partir du XIII^e siècle, de nouvelles sages-femmes, plus compétentes, voient le jour. Pour être reconnues, elles doivent passer un examen devant leurs paires et des représentants de la municipalité et des gildes. A l'issu de cet examen, la sage-femme est reconnue « ventrière » encore appelée « meraleresse ». Dans les villes, certaines d'entre elles, constituent un corps de métier médical (21 ; 33 ; 36).

Ce n'est, pourtant, qu'en 1350, qu'une définition de ventrière est donnée par Barthélémy de Glanville : « *la ventrière est une femme qui a l'art d'aider à la femme quand elle enfante à fin qu'elle ayt l'enfant légèrement et que l'enfant ne soit pas en péril* » (33). Elle a pour rôle de donner des conseils d'hygiène et de diététique au cours de la grossesse. Elle connaît l'utilisation des plantes et en fait des pommades et onguents. Elle réalise des massages lors des accouchements et les pratique (21, 33 ; 36).

La sage-femme est aussi un témoin privilégié de la mémoire collective et de l'intimité des femmes. Elle est, ainsi, appelée comme experte dans les affaires judiciaires de filiations, de vols d'enfant, de grossesses cachées, ou encore d'infanticides par exemple (33 ; 36).

Leur proximité avec les patientes et leur connaissance des plantes, leur valut aussi quelques démêlés avec l'Église. En effet, elles sont longtemps suspectes d'être des sorcières et certaines sont, ainsi, brûlées pour hérésie et sorcellerie (30). Elles sont aussi impliquées dans les interruptions clandestines de grossesse et au XIV^e siècle dans le trafic de mort-nés. Une légende rapporte que pour se protéger de la lèpre, certains médecins préconisent le contact avec un enfant mort-né. Les sages-femmes sont, alors, sollicitées pour procurer l'enfant. Cette pratique étant, parfaitement, illégale, certaines matrones y laissent leur vie (33).

Finalement, au Moyen Age, l'obstétrique est entièrement aux mains de matrones, plus ou moins bien formées, qui doivent prévenir un chirurgien en cas d'accouchements dystociques. Il faudra attendre la fin du Moyen Age pour que les chirurgiens soient

pleinement admis lors des accouchements et le XVI^e siècle pour que les connaissances scientifiques, médicales et plus spécifiquement obstétricales se développent.

4.4. L'accouchement à la Renaissance

La Renaissance est à la fois une période historique et un mouvement artistique. Elle voit tout d'abord le jour aux XIV^e et XV^e siècles en Italie et s'étend progressivement à toute l'Europe. Elle marque la fin du Moyen Age et le début des Temps modernes. Elle se termine à la fin du XVI^e siècle.

4.4.1. Les connaissances obstétricales durant la Renaissance

Le XVI^e siècle est marqué par la naissance de l'imprimerie en 1454 et avec elle une diffusion plus aisée des connaissances de l'époque (22).

Ainsi, le premier traité d'obstétrique imprimé date de 1513 et est rédigé par un médecin allemand, le docteur Rosslin. Il y décrit un « modèle de chaise d'accouchement à dossier incurvé et incliné et munie de deux poignées latérales que la parturiente saisissait lors des poussées expulsives » (21 ; 29).

D'autre part, le Renaissance marque également l'essor de la dissection sous l'impulsion de Vésale et Falloppio et de chirurgien tel qu'Ambroise Paré, ce qui permet de décrire notamment les organes génitaux féminins avec plus de réalisme que ce qui était décrit auparavant.

Praticien génial de l'époque, Paré recommande l'utilisation de la chaise d'accouchement. En outre, il perfectionne certains instruments connus depuis l'Antiquité comme le spéculum ou encore les pieds de griffon servant pour les extractions instrumentales lorsque l'enfant est décédé in utero (21 ; 22 ; 24 ; 29). Cette époque voit aussi la création du premier forceps, instrument créé par Peter Chamberlen (22 ; 29).

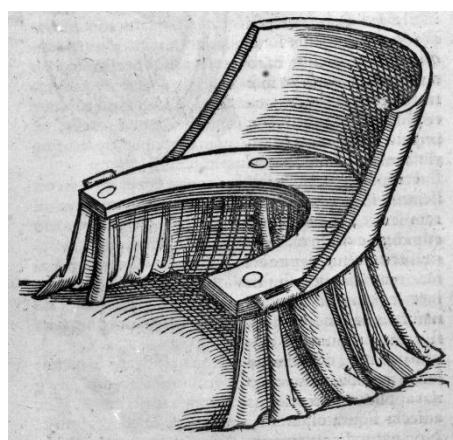


Figure 17 : Chaise d'accouchement (Histoire des accouchements chez tous les peuples de G-J Witkowski)

Les premières notions de césariennes sur des femmes vivantes datent également de la Renaissance et notamment du XVI^e siècle. Les premiers cas sont décrits en 1581 par François Rousset dans le « *Traité nouveau de l'hystérotomotkie* » (25). Paré, n'est pas de cet avis et précise qu'elle ne peut être faite sur une femme vivante (26).

Cependant, malgré ces diverses avancées scientifiques, la mortalité reste néanmoins très élevée et la douleur, symbole de rédemption, n'est pas encore prise en charge.

4.4.2. *Le déroulement de l'accouchement*

Durant la Renaissance, l'art des accouchements est encore le monopole des matrones dans les campagnes et des ventrières dans les villes. Néanmoins, elles ont toujours le devoir de prévenir un chirurgien-barbier en cas d'accouchement dystocique. Sans pour autant participer à l'accouchement, ils sont de plus en plus souvent présents dans la dimension théorique de la physiologie notamment. En effet, quelques médecins et chirurgiens commencent à reprocher aux sages-femmes leur illettrisme (40).

Afin de faciliter l'accouchement, les sages-femmes préconisent de monter et de descendre des marches en criant. Si le travail ne progresse pas, elles enduisent la vulve et le vagin d'huile ou de graisse. De même, elles recommandent une nourriture abondante et variée durant le travail afin de faire vomir la parturiente. En effet, les vomissements provoquent de violents spasmes au niveau abdominal et favorisent ainsi l'expulsion. Si cela est insuffisant, des braises sont déposées sous le siège d'accouchement dans l'espoir de faire avancer le travail. L'utilisation de fumigation est également préconisée par Paré en cas de stagnation (21 ; 29). Pour faire accoucher les femmes, les sages-femmes pratiquent aussi l'expression fundique, à savoir une forte pression sur le fond utérin (24), pratique bannie depuis une quinzaine d'années seulement.

En ce qui concerne la posture d'accouchement, les femmes accouchent sur une chaise obstétricale dans la majorité des cas. Cependant, certains accoucheurs tels que Guillemeau ou encore Mercurio détaillent d'autres positions pour accoucher. Ainsi, Mercurio décrit une posture impliquant une cambrure excessive du dos et une pendaison des jambes dans le vide. Cette posture rappelle celle que préconisait Avicenne en cas d'accouchement difficile notamment l'enfantement des femmes obèses. Elle sombre dans l'oubli au XIX^e siècle car désagréable et défavorable pour l'accouchement. Guillemeau, quant à lui, en 1598, conseille un accouchement sur lit inclinable. Pour lui, le lit facilite le travail, est confortable pour la patiente et facilite certaines techniques (21 ; 29 ; 42).

4.5. L'accouchement au XVII^e siècle

Le XVII^e siècle marque la fin de la Renaissance. En France, les historiens le font débuter en 1610 à l'assassinat du roi Henri IV et le font terminer à la mort du Roi Soleil, Louis XIV, en 1715.

A cette époque, l'accouchement est la conjugaison de savoirs rationnels découverts durant la Renaissance et de superstitions et de pratiques rituelles héritées du Moyen Age (22).

4.5.1. *Le vécu de la grossesse et de l'accouchement*

Durant l'Ancien Régime, la maternité revêt un caractère de résignation. La grossesse est mal connue et généralement mal vécue. La femme est assimilée à une personne malade. En effet, la grossesse n'est décrite qu'à travers ses malaises. Elle est « considérée comme une charge, un état préjudiciable, source d'embarras, de gêne et comporte une élimination temporaire de la vie courante » (43).

Accoucher dépend d'une pression sociale et culturelle dont les mutations sont très lentes. En effet, d'une part, la femme ne sait rien d'elle-même et ne veut rien en savoir et d'autre part, toute femme dont l'enfant est illégitime est soumise à la réprobation. Cela en fait des êtres traqués, cherchant à masquer leur grossesse voire à avorter, pratique totalement interdite à l'époque. De plus, toute pratique contraceptive est un secret qui engendre la culpabilité du couple (43).

L'accouchement traditionnel est un fait culturel dont « le dolorisme est l'acte central et la douleur le mode d'expression » (43). Le temps de l'accouchement est estimé entre 12 heures et 3 jours. La femme s'extériorise violemment par des cris, des vomissements, des convulsions voire des syncopes. Cela entretient l'appréhension et une crispation que plusieurs générations n'ont pu effacer. La douleur, n'est pas encore, prise en charge. Il faudra attendre encore quelques siècles pour que la douleur ne soit plus un fardeau pour les femmes. Jusque-là, elle est encore synonyme fatalité et de rédemption, héritage de la religion. Il ne faut, en effet, pas oublier qu'une grande partie de l'Occident est chrétienne (43 – 44). Une femme qui enfante sans souffrir est suspecte. C'est une punition universelle et individuelle. L'ignorance, la précipitation ou la violence des accoucheurs et accoucheuses sans formation reviennent sans cesse dans le discours médical (37).

4.5.2. *L'accouchement durant l'Ancien Régime*

Durant la première moitié du XVII^e siècle, l'obstétrique est encore aux mains des sages-femmes. Les hommes ont un savoir théorique mais certains médecins et chirurgiens commencent à pratiquer les accouchements comme Mauriceau par exemple (23).

L'accouchement se déroule dans la très grande majorité des cas à domicile avec une distinction en fonction de la hiérarchie sociale. Dans les familles aisées, la parturiente accouche dans le domaine familial pour le premier enfant en présence de sa mère notamment et pour les accouchements suivants, la mère de la future accouchée se déplace au domicile de sa fille. Dans les familles modestes, l'accouchement a lieu dans la pièce principale de la maison, généralement à côté de la cheminée (39). Les femmes indigentes et les filles enceintes trouvent un refuge dans les hospices pour accoucher (21 ; 22 ; 24 ; 29 ; 37 ; 39).

L'enfantement se fait en présence de plusieurs personnes, surtout féminines. Deux femmes soutiennent la parturiente, une troisième appuie sur son ventre et la sage-femme se trouve devant la patiente, prête à recevoir l'enfant (37 ; 40). Ainsi, Marie de Médicis, femme de Henri IV, ou encore Marie-Thérèse d'Autriche, femme de Louis XIV, n'employèrent que des femmes lors de leurs accouchements (21 ; 27 ; 30 ; 40).

La position de la parturiente varie en fonction des régions mais la majorité des femmes accouche assise sur une chaise d'accouchement. Si elle ne peut rester assise, elle se place sur un lit couvert de draps et de coussins pour surélever le buste de la parturiente, le siège est un peu plus bas mais plus haut que les pieds, les genoux sont aussi fléchis vers les fesses (21 ; 24 ; 27 ; 40 ; 45). En 1633, A. Bosse publie une série de gravures dont la troisième représente un accouchement d'une femme semi-allongée sur un lit de misère, soutenue par des coussins, devant une cheminée (20).

En outre, à cette époque, la formation des sages-femmes repose sur la transmission des connaissances par les ainées. Il y a, en effet, une hiérarchie dans la profession. Les sages-femmes enseignent aux élèves. Ainsi, Louise Bourgeois, célèbre accoucheuse de Marie de Médicis, publie en 1609 un manuel à l'usage des sages-femmes. Elle y décrit le déroulement de la grossesse ainsi que plusieurs accouchements en fonction de la présentation de l'enfant. Elle détaille également la procédure à suivre en cas de fausse couche, ainsi que celle en cas de décollement placentaire (27).

Il faudra attendre 1630, pour que l'Office des accouchées de l'Hôtel-Dieu à Paris commence à pratiquer l'apprentissage de nouvelles sages-femmes. Cette formation dure 3 mois et se déroule auprès d'une sage-femme. A l'issue de l'apprentissage, les aspirantes sages-femmes reçoivent un brevet. Elles peuvent alors exercer (33 ; 46). Les accouchements des miséreuses servent à faire les démonstrations auprès des étudiantes (37).

4.5.3. La naissance de la rivalité entre les chirurgiens et les sages-femmes

Jusqu'au XVII^e siècle, les médecins et chirurgiens ne sont appelés qu'en cas d'accouchement laborieux. Le chirurgien opère alors sous un large drap, dans une pièce occultée afin de ménager la pudeur des patientes. Muni de lames tranchantes, de ciseaux ou de crochets, il extraie l'enfant en le découpant à l'aveugle. Il a aussi parfois recours à la césarienne pour sauver la mère (21 ; 22 ; 29 ; 30).

Cependant, de nombreux chirurgiens commencent à reprocher aux sages-femmes leur ignorance et leur illettrisme. Ils se plaignent notamment que les sages-femmes ne fassent appel à eux que lorsque la situation est irrémédiablement compromise tandis que ces dernières leurs renvoient des accusations de brutalité et de barbarie notamment du fait de l'utilisation d'instruments lors de l'accouchement pouvant provoquer des mutilations génitales, des descentes de matrices, etc... Elles stigmatisent également l'outrecuidance et l'indécence de ces hommes qui veulent à tout prix s'immiscer dans les problèmes intimes des femmes (21 ; 29 ; 43).

Toutefois, certaines sages-femmes reconnaissent l'importance des chirurgiens. En effet, Louise Bourgeois, accoucheuse de Marie de Médicis, blâme les sages-femmes qui hésitent à appeler un chirurgien au cas où un accouchement se révélerait impossible sans instrument. Mais elle s'oppose au fait que certaines femmes désirent se faire accoucher par un chirurgien alors que la naissance s'annonce normale (40).

4.5.4. L'influence des chirurgiens dans la posture d'accouchement

Comme nous venons de le voir, les chirurgiens sont de plus en plus présents lors des accouchements. Ainsi, la deuxième moitié du XVII^e siècle marque l'invasion des hommes dans les salles de naissances. L'utilisation d'instruments lors de l'accouchement, notamment du forceps, confère aux chirurgiens une certaine autorité et selon eux, une supériorité par rapport aux sages-femmes. L'accouchement de Madame de La Vallière, maîtresse de Louis XIV, par Julien Clément, chirurgien-accoucheur de son état, sonne,

ainsi, le glas du monopole des sages-femmes sur l'accouchement. En effet, les honoraires des médecins étant plus élevés, les femmes issues des classes aisées de la société ont tendance à avoir plus facilement recours à des accoucheurs pour montrer leur fortune (21 - 23 ; 27 ; 29 ; 30 ; 40 ; 42 ; 47 ; 48).

A cette époque, François Mauriceau, accoucheur français, élève l'obstétrique en spécialité médicale en réprimant toutes pratiques profanes et superstitions entourant l'accouchement. Il substitue la chaise d'accouchement par le lit d'accouchement et encourage la position couchée ou semi-couchée pour l'accouchement à partir de 1668. En effet, il considère que cette position est la plus confortable pour les femmes, en améliorant leur respiration et en leur donnant plus de force lors des efforts expulsifs, mais aussi pour les accoucheurs. Ainsi, cette position favorise une meilleure prévention des lésions périnéales et une facilité d'accès au périnée pour les examens et en cas d'utilisation d'instruments. D'autre part, de nombreux chirurgiens jugent les positions courbées ou accroupies comme impudiques, barbares et beaucoup trop bestiales (5 ; 20 - 22 ; 37 ; 42 ; 45 ; 47).

En outre, Louis XIV n'est pas étranger à cette pratique de l'accouchement sur le dos. En effet, une légende dit que cette position serait un caprice pervers de Louis XIV pour mieux observer l'accouchement. Il tient également pour fait que l'accouchement soit réalisé par des hommes, suite à la réussite de l'accouchement de Madame de La Vallière en 1663 (21 ; 40 ; 42)

L'influence des chirurgiens pénètre plus rapidement les milieux urbains et avec eux l'habitude d'accoucher allongé d'où la création des lits de travail spécifiques à la parturition aussi appelés lits de misère, utilisés de peur de salir la literie (24 ; 37).

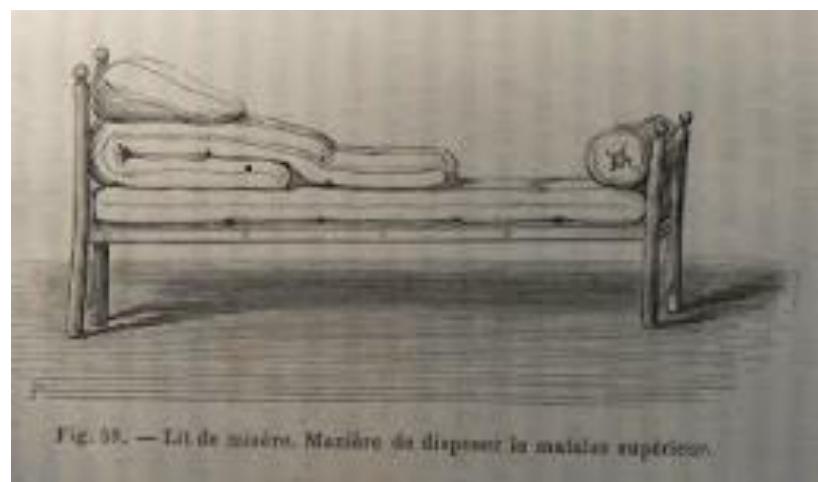


Fig. 38. — Lit de misère. Manière de disposer le matelas supérieur.

Figure 18 : Lit de misère (Histoire des accouchements chez tous les peuples de G.-J. Witkowski)

La diversité des attitudes et postures d'accouchement disparaît progressivement après l'uniformisation de la position alitée qu'imposeront les chirurgiens pour leur propre aisance d'intervention (37). L'influence de Mauriceau, notamment, est telle que cette position va progressivement s'imposer comme la norme lors des accouchements, en France.

4.6. L'accouchement au XVIII^e siècle

Le siècle des Lumières voit l'émergence de nouveaux outils et techniques obstétricales comme le forceps perfectionné par Levret, la pelvimétrie de Baudelocque ou encore le spéculum remis en usage par Récamier. Les césariennes ou l'épisiotomie développée par Ould en 1742 sont des pratiques chirurgicales alors reconnues (21 ; 22 ; 30 ; 42 ; 47 ; 49 ; 50).

4.6.1. La posture d'accouchement

En France, les idées de Mauriceau dominent et la position gynécologique devient une posture de plus en plus utilisée d'où l'abandon progressif des chaises obstétricales et lits de travail au grand dam d'Astruc, médecin français du XVIII^e siècle (24 ; 27 ; 37). La femme est, ainsi, installée sur le bord de son propre lit au pied duquel deux personnes aident la patiente à plier les genoux et l'empêchent d'étendre les jambes et deux autres lui tiennent les mains (43).

La position de lithotomie ou « *French position* » devient, ainsi, une posture plus confortable pour les accoucheurs mais pas forcément pour les patientes (22 ; 45). Certains auteurs diront même qu'il s'agit de la position la plus méchante qui soit, le travail étant plus long, plus douloureux et moins sûr pour le fœtus (45).

Ainsi, un autre père de l'obstétrique Hollandais, H. Van Deventer, recommande plutôt une position assise pour accoucher et conseille l'utilisation d'une chaise percée (21). De même, en 1711, S. Janson publie un traité d'obstétrique dans lequel il illustre un accouchement où nous pouvons voir la parturiente assise, soutenue par trois compagnes, entièrement vêtue. L'accoucheur travaille uniquement au toucher pour respecter la décence (20).

F. Ould, médecin irlandais, développeur de l'épisiotomie, quant à lui, préconise un accouchement sur le côté pour une meilleure surveillance du périnée (20).

En Angleterre, l'utilisation de la chaise obstétricale est encore d'actualité. John Burton d'York recommande aussi l'accouchement sur le côté, l'accoucheur ou la sage-femme étant placée derrière la patiente pour récupérer l'enfant (24).

Au XIX^e siècle, le docteur Engelmann porte sa réflexion sur l'accouchement au XVIII^e siècle et doute que la position couchée soit la moins pénible. En effet, il décrit la position allongée comme un état d'esprit qui voit l'accouchée comme une malade ou une martyre. Il nous dit également que « le calme et la confiance comptent plus que la posture pour les accoucheurs. L'affolement et la crispation accusent l'irritation et la compression des nerfs qui créent la douleur » (43).

4.6.2. L'apogée de la rivalité entre chirurgiens et sages-femmes ou la naissance de la formation en maïeutique

Le XVIII^e siècle voit aussi l'apogée de la querelle entre sages-femmes et chirurgiens qui s'accusent mutuellement de brutalité et de barbarie. Une politique de dénigrement des matrones voit le jour. Elles symbolisent, ainsi, tout ce que nous n'acceptons plus et ce qu'il faut faire disparaître. Les accoucheurs, quant à eux, ont bonne presse car compétents pour manier les instruments obstétricaux (22 ; 46 ; 51 ; 52).

Le savoir des sages-femmes et des hommes n'est, en effet, pas homogène, les hommes possèdent une connaissance théorique de l'art des accouchements tandis que les sages-femmes ont des connaissances essentiellement empiriques. Leurs savoir-faire est également différent, les sages-femmes ayant un savoir-faire manuel, tandis que celui des accoucheurs est instrumental. Ce perfectionnement instrumental, a, en partie, médicalisé l'art des accouchements. La pratique empirique devient une science appliquée théorisée par les accoucheurs. La relation entre sages-femmes et accoucheurs devient asymétrique et inégalitaire : les sages-femmes travaillent sous la dépendance des chirurgiens et se retrouvent limitées dans leur champ de compétences (40).

Tout ceci est particulièrement vrai dans les milieux urbains mais les chirurgiens peinent à se faire une place dans les campagnes. L'accouchement est encore, en majorité, le monopole de matrones parfois peu formées et peu scrupuleuses voire dangereuses. Durant la deuxième moitié du XVIII^e siècle, la monarchie et certaines sages-femmes formées tirent la sonnette d'alarme. Les matrones doivent être mieux formées pour sauvegarder la population. En effet, seules quelques sages-femmes sont formées par grâce à l'Office des accouchées de l'Hôtel-Dieu à Paris.

Ainsi, en 1760, le pouvoir royal promulgue un décret qui entérine l'obligation de formation des sages-femmes. Ce texte ouvre la voie à de nouvelles méthodes d'apprentissage enseignées notamment par Mme Angélique Marguerite Le Boursier Du Coudray. Elle organise des leçons initialement destinées aux matrones mais rapidement suivies par des chirurgiens et des médecins souhaitant se former à l'art des accouchements. Ses cours se déroulent en deux parties, la première étant théorique et la seconde pratique. La première partie théorique se base sur un manuel illustré et des planches anatomiques simples pour que toutes les matrones les comprennent. La partie pratique consiste en une démonstration sur un mannequin en tissu comprenant plusieurs parties : la partie basse du tronc en position gynécologique, un fœtus très détaillé et les annexes que sont le placenta et le cordon ombilical (22 ; 26 ; 33 ; 40 ; 43 ; 46 ; 48 ; 51 ; 52). Ces cours durent en moyenne de 6 à 8 semaines et ont pour but l'apprentissage de la prudence, les bonnes manœuvres pour épargner des souffrances à la mère et sauvegarder la vie fœtale. Durant son enseignement, Mme Du Coudray rappelle également les devoirs moraux d'une sage-femme, à savoir la discrétion, la droiture et le désintéressement et les règles de bonne conduite, soit la prévenance, la douceur, l'explication à la patiente, la réassurance, la consolation de la parturiente, ainsi que l'hygiène. A l'issue de ces semaines de formations, une évaluation des compétences de la sage-femme est organisée sous forme d'un accouchement sur mannequin devant un public. Si l'évaluation est concluante, la sage-femme reçoit un certificat d'exercice, un manuel d'accouchement (« *Abrégé de l'art des accouchements* » par Mme Du Coudray) et une trousse contenant le matériel nécessaire à l'exercice de la profession (51 ; 52).



Figure 19 : Le mannequin de Mme Du Coudray
Disponible sur : https://www.patrimoines-rouen-normandie.fr/le-musee-de-la-medecine_23-janvier-2016.html

D'autres médecins et chirurgiens tels que Warocquier, célèbre chirurgien exerçant à Lille au XVIII^e siècle ou encore Baudelocque, prennent l'initiative de dispenser des cours publics destinés à la formation des sages-femmes (37 ; 53 ; 54).

De manière générale, le XVIII^e siècle marque la fin du monopole des sages-femmes sur l'art des accouchements. Cela se confirmera au XIX^e siècle avec le développement de l'accouchement à l'hôpital.

4.7. L'accouchement au XIX^e siècle

Le XIX^e siècle marque le passage de l'accouchement de la sphère sociale à la sphère médicale.

4.7.1. La maternité au XIX^e siècle

Durant la Révolution française, les femmes jouent un rôle important dès ses prémisses. Cependant, la citoyenneté française leur est refusée. Pour les hommes, la maternité justifie l'invalidation politique des femmes. Un peu plus tard, Napoléon I^{er} ira jusqu'à dire « les femmes ne peuvent faire la guerre, qu'elles fassent des enfants ». En effet, le nouveau-né est associé à un nouveau soldat sous le régime impérial de Napoléon.

En ce début du XIX^e siècle, la femme n'est considérée qu'à travers la maternité, célébrée avec lyrisme par les poètes du siècle (31).

La libération des mœurs multiplient les naissances notamment les grossesses illégitimes augmentant le nombre d'infanticides et d'abandons. Les enfants, généralement nouveau-nés, sont déposés dans des tours d'exposition dans les hospices ou les lieux d'assistance publique pour y être trouvés et pris en charge.

De même, l'avortement devient un procédé de limitation des naissances, une pratique féminine populaire et traditionnelle. Ces interruptions de grossesse dangereuses se font clandestinement, car encore interdites à l'époque. Certaines faiseuses d'anges sont, ainsi, exécutées pour cet exercice (31).

4.7.2. Aménagement de la profession de sage-femme

En 1803, une seule chose compte l'amélioration des conditions d'accouchement. Il est nécessaire de remettre de l'ordre au niveau social. Les médecins et sages-femmes s'organisent, alors, en corps de métier.

Ainsi, la formation des sages-femmes évolue. Les futures diplômées doivent suivre des cours et assister à des accouchements pendant 9 mois puis pratiquer elles-mêmes des accouchements pendant 6 mois. Un examen sanctionne leur aptitude à exercer et un jury décerne le diplôme.

A Port Royal - nouveau lieu d'apprentissage suite au transfert de l'Hôtel-Dieu - les cours initialement dispensés par Baudelocque sont délégués à une célèbre sage-femme Marie-Louise Lachapelle. Brillante sage-femme agréée de l'époque, elle est la seule à pouvoir manier les instruments. Sous leurs impulsions, l'Office des accouchées devient Ecole nationale d'obstétrique où est assurée la formation des accoucheurs et accoucheuses en 1806 (30 ; 33).

4.7.3. L'accouchement à l'hôpital et la lutte contre la fièvre puerpérale

Jusqu'à la fin du XIX^e siècle, les régions rurales résistent au mouvement de médicalisation des naissances. Cependant, de plus en plus de femmes notamment celles dans le besoin commencent à se diriger vers les hôpitaux pour accoucher.

A l'hôpital, la majorité des accouchements a lieu en décubitus dorsal. En effet, l'accompagnement pendant le travail et l'accouchement est réalisé par des médecins et des sages-femmes, ces dernières étant alors subalternes des chirurgiens. Héritée de l'influence de Mauriceau et des siècles précédents, l'accouchement allongé permet un meilleur contrôle du périnée mais surtout un accès plus facile en cas d'accouchement dystocique et d'utilisation d'instruments pour la naissance (24 ; 37).

De plus, l'hôpital est un lieu d'apprentissage pour les accoucheurs et sages-femmes, les femmes qui y accouchent servent aux démonstrations. Elles enfantent donc systématiquement en décubitus dorsal. La liberté de positions d'enfantement disparaît totalement avec les accouchements à l'hôpital (24 ; 37).

En revanche, dans les campagnes, les positions varient en fonction des régions. Ainsi, en Alsace, les femmes accouchent en position assise avec un sac de son sous les fesses, en Bretagne, elles enfantent debout, les jambes écartées, le tronc fléchi en avant et les mains appuyées sur un rebord, à genoux dans le Midi et dans le Gâtinais ou encore accroupies entre deux chaises dans le Morvan (24).

La liberté posturale est encore dominante dans les campagnes y compris en cas d'intervention de chirurgien. En effet, une anecdote nous provenant du Docteur Roussel de Genève, retranscrite par Witkowski dans son ouvrage « *Anecdotes et curiosités*

historiques sur les accouchements » relate un accouchement où une femme s'adapte au mouvement du forceps pour accoucher. Ainsi, quand le fœtus est au niveau du détroit supérieur, la femme est allongée, son bassin soulevé de façon à ce que la ligne de traction est tout à fait dirigée en arrière. Elle se repose sur son lit, les jambes très écartées et les pieds solidement appuyés quand la tête du fœtus est dans l'excavation pelvienne. Enfin, elle est presque assise, courbée en avant quand le fœtus est à la vulve (55).

La fièvre puerpérale est une complication de l'accouchement, une affection connue depuis la nuit des temps comme en atteste les nombreuses références dans le Corpus Hippocratique. Elle se manifeste quelques jours après l'accouchement par de la fièvre et de fortes douleurs abdominales accompagnées d'une altération de l'état général de la patiente (21).

Dès la création des maternités, la fièvre puerpérale prend des proportions épidémiques. Ainsi, la première crise épidémique date de 1771 ; aucune femme accouchée ne survécut en Lombardie en un an. Les crises se multiplient ainsi au cours du XIX^e siècle. La mortalité est, de fait, encore importante à cette époque notamment en milieu hospitalier, les fièvres étant moins fréquentes lors des accouchements à domicile (21 - 23 ; 30 ; 47).

Ce constat éveille alors la curiosité de scientifiques tels que Semmelweis, Lister ou encore Tarnier. En 1846, Semmelweis établit une corrélation entre les infections provoquées par les piqûres lors des autopsies et la fièvre puerpérale. En effet, les internes qui réalisent les autopsies, accouchent ensuite les parturientes en maternité, leurs transmettant ainsi la fièvre puerpérale. Il remarque également, que les femmes ayant été accouchées par des sages-femmes présentes moins de symptômes. De fait, il instaure un lavage des mains à l'hypochlorite puis au chlorure de chaux. A la même époque, Lister introduit l'antisepsie chirurgicale par l'acide phénique et l'asepsie. En France, en 1856, Tarnier se saisit de ces recherches et met en place un isolement des patientes atteintes et une désinfection quotidienne des locaux. Ces protocoles hygiéniques dans les hôpitaux permettent une réduction des fièvres post-accouchements. En 1879, Pasteur identifie le germe responsable de ces fièvres (21 - 23 ; 30 ; 47).

En outre, cette période voit également le début d'une vraie prise en charge de la douleur.

4.7.4. *Les prémisses de la maîtrise du mal joli*

Le XIX^e siècle marque un véritable tournant dans la prise en charge des douleurs de l'accouchement notamment. Jusqu'alors, les douleurs de l'enfantement sont considérées comme normale, une malédiction héritée de la Genèse. La phrase « Tu enfanteras dans la douleur » (41) sonne comme une fatalité, sans solution jusque-là.

Bien qu'au cours des siècles, de nombreuses tentatives de sédation sont tentées, ces velléités d'atténuation des douleurs de l'enfantement se heurtent à l'indifférence et aux interdits de religieux. Il faudra attendre le milieu du XIX^e siècle pour que s'annoncent les débuts d'une lutte efficace contre la douleur (21).

Ainsi, la première tentative de sédation est réalisée au protoxyde d'azote en 1844 par Wells pour une chirurgie dentaire. Malheureusement pour lui, c'est un échec. Deux ans plus tard, Morton reprend l'idée cette fois-ci avec succès. Ultérieurement, Simpson utilisera l'éther pour endormir ses patients et créera une véritable polémique, l'éther étant considérée comme trop dangereuse car très inflammable et provoquant des détresses respiratoires. En 1853, John Snow utilise le chloroforme avec succès pour l'accouchement de la Reine Victoria. Cet évènement est un véritable tremplin pour l'utilisation du chloroforme lors des accouchements et ce jusqu'après la deuxième guerre mondiale (21 ; 23 ; 29 ; 30 ; 44 ; 47 ; 56).

Parallèlement, en France, Jean-Martin Charcot introduit l'hypnose dans la thérapie médicale et dans la lutte contre la douleur. Ces différentes prises en charge des souffrances physiques obligent les femmes à accoucher en décubitus dorsal (56).

Le passage du XIX^e au XX^e siècle caractérise un véritable tournant dans l'obstétrique moderne notamment par le transfert massif de l'accouchement de la maison à l'hôpital.

4.8. *Accoucher au XX^e siècle*

Le XX^e siècle témoigne de l'institutionnalisation et la médicalisation de la naissance. L'accouchement à domicile cède la place à l'enfantement à l'hôpital qui devient la norme notamment dans les classes populaires urbaines. En effet, vers 1900, la mortalité maternelle tombe à 2%, il devient alors plus sûr d'accoucher à l'hôpital. De plus, suite à la première guerre mondiale, il existe une accentuation du transfert du domicile à l'hôpital et de plus en plus de maternité voient ainsi le jour (22 ; 31 ; 47).

4.8.1. L'explosion technologique et la prise en charge de la douleur

Au cours du XX^e siècle, la pratique obstétricale préventive progresse. Il se met ainsi en place une surveillance rapprochée de la naissance par une technologie de pointe. L'approche de la grossesse et de l'accouchement devient scientifique et objective. La maternité mute en un instrument d'encadrement sanitaire et socioculturel.

Jusqu'à cette époque, l'accouchement est un évènement privé qui se déroule dans l'intimité du foyer. La sophistication technologique nécessite un transfert vers le milieu hospitalier. C'est un véritable bouleversement social annonçant, en partie, la déshumanisation de la naissance.

En effet, le XX^e siècle voit se développer une technologie de pointe telle que l'échographie, la radiopelvimétrie ou encore la cardiotocographie. L'arsenal obstétrical s'étoffe également par l'apparition d'instruments obstétricaux comme la ventouse (21 ; 22 ; 29).

Les recherches scientifiques, de l'époque, en infectiologie, immuno-hématologie et en endocrinologie, permettent le développement de thérapeutiques comme les antibiotiques, découverts en 1928 par Alexander Fleming, la prévention de l'incompatibilité fœto-maternelle, l'insuline ou encore l'ocytocine artificielle synthétisée en 1948 (21 ; 22 ; 29).

La prise en charge de la douleur fait, également, partie intégrante de l'accouchement. Jusqu'au milieu du XX^e siècle, le chloroforme est encore largement utilisé mais d'autres techniques commencent à se développer.

Vers 1900, des méthodes d'analgésie médicamenteuse sont mises au point mais pas encore utilisées lors des accouchements. La première analgésie péridurale lombaire est décrite en 1921 mais oubliée jusque dans les années 1970 où elle est redécouverte (21).

En outre, dans les années 1950, un médecin français, le Docteur Lamaze diffuse une méthode d'analgésie psychologique, l'accouchement sans douleur. Il s'inspire de plusieurs travaux notamment ceux de Leriche, de Read et de Pavlov sur le conditionnement.

En effet, quelques années auparavant, Leriche définit la douleur comme un traumatisme, une maladie à combattre comme toutes les autres et Read, un accoucheur anglais, travaille sur une méthode dite d' « accouchement naturel ». Il décrit une triade : peur, tension et

douleur. Selon lui, l'information et l'éducation dissipent la peur et les tensions disparaissent grâce à des exercices de relaxation (21 ; 23 ; 29 ; 30 ; 31 ; 44 ; 47 ; 56 ; 57).

Lamaze organise alors des cours théoriques sur la douleur et réalise également des exercices de relaxation. Entre 1952 et 1957, une grande majorité des femmes ayant accouchées à la Maternité des Bluets (où la méthode de Lamaze s'est développée) disent qu'elles n'ont pas souffert ou alors de douleurs brèves, réversibles et très supportables au cours de leur accouchement (21 ; 23 ; 29 ; 30 ; 31 ; 44 ; 47 ; 56 ; 57). Cependant, un accouchement préparé reste, tout de fois, un luxe sur le plan social, se confrontant à des obstacles culturels et idéologiques.

Finalement, en 1956, le pape Pie XII prend position en faveur de la méthode psychoprophylactique. La religion catholique, qui s'est toujours montrée opposée à la prise en charge de la douleur de l'accouchement au cours des siècles, participe, alors, à la réhumanisation des fonctions maternelles et de la médecine et à la revalorisation de la maternité et de la condition féminine (21 ; 44 ; 47 ; 56 ; 57).

A partir des années 1970, l'analgésie péridurale est redécouverte et s'installe progressivement dans les mœurs pour devenir la méthode de lutte privilégiée contre la douleur à partir des années 1990 (23 ; 44 ; 56 ; 57).

4.8.2. *Le triomphe des médecins*

L'accouchement à l'hôpital marque la médicalisation de la naissance qui a permis de conjurer le sort de la mortalité et de la douleur. Mais il témoigne, également, du reflux des sages-femmes agréées et de l'avancée des accoucheurs.

En effet, les sages-femmes, délaisse progressivement le milieu libéral et commencent à entrer comme salariées dans les hôpitaux et les cliniques où elles sont aux ordres des médecins.

Le babyboom d'après-guerre fait voler en éclats le peu de pudeur qui restait. Les femmes accouchent, ainsi, immobiles, à plat dos, sur une table haute, dure et étroite, les pieds dans les étriers, les jambes en l'air et écartées sous des draps d'hôpitaux. Elles sont ainsi accouchées, à la chaîne, par des accoucheurs, les sages-femmes surveillant le travail.

Dans cette ambiance, la pratique de l'épissiotomie progresse. Selon les médecins de l'époque, elle fait disparaître les déchirures périnéales compliquées, dramatiques, fait baisser le taux de prolapsus, d'incontinence urinaire et limite les expulsions trop longues

et les extractions. Le temps est, en effet, précieux. Plus vite les femmes accouchent, plus vite, une autre femme peut être prise en charge (30).

A partir du XX^e siècle, l'accouchement devient un évènement pathologique jusqu'à preuve du contraire. La technique très présente dans le suivi de la grossesse et de l'accouchement est un moyen de réassurance et de surveillance qui, néanmoins, laisse peu de place aux demandes et à l'initiative personnelle de la parturiente. Cette ultra-technicité sera à l'origine des revendications des patientes au cours du XXI^e siècle.

4.9. *L'accouchement au XXI^e siècle*

4.9.1. *Les revendications des femmes*

L'accouchement au XXI^e siècle s'inscrit dorénavant dans un projet, ce qui n'était pas le cas jusqu'alors. Ce programme associe une technologie de pointe notamment dans la prise en charge de la douleur et dans la surveillance fœtale au cours du travail et de l'accouchement, un accompagnement professionnel mesuré et la prise en compte des choix du couple (22 ; 30).

De nos jours, les femmes souhaitent, de plus en plus, le respect de leurs choix notamment en termes de positions mais surtout en termes de démédicalisation de la naissance de leur enfant. En effet, les progrès médicaux et parfois leur iatrogénie sont au cœur de la polémique : la médicalisation de la naissance prend totalement le pas sur l'accompagnement humain.

La conception de la naissance n'est plus la même qu'auparavant et semble incompatible avec le suivi médical proposé en milieu hospitalier (22 ; 30 ; 58). L'accouchement à domicile, pouvant être vu comme une solution à cette médicalisation, reste minoritaire et peu entendu car trop dangereux. Mais il permet, néanmoins, d'ouvrir le débat sur les conséquences de la médicalisation. Certains hôpitaux se sont ainsi adaptés et proposent, dorénavant, un suivi et un accompagnement plus naturel à savoir l'usage d'analgésies péridurales et d'accouchements ambulatoires. La création de salles physiologiques dites « natures » permet également une parturition dans des conditions plus physiologiques comme les accouchements suspendus ou accroupis par exemple (30 ; 58).

Il s'agit avant tout de « réhumaniser » l'enfantement, de remettre la femme et son enfant ainsi que le conjoint au centre de la prise en charge (58). De nombreuses femmes demandent un retour à la nature, ce qu'a, notamment, constaté Michel Odent qui invite

alors les femmes à accoucher nues et accroupies dans la salle sauvage après un passage dans la piscine, en présence de leur conjoint (30).

Les sages-femmes sont présentes et accompagnent les parturientes avec empathie, les aident à traverser l'épreuve et à accueillir leur nouveau-né et tout cela dans le respect de leurs libertés (30).

4.9.2. *Accoucher autrement*

Dans nos sociétés occidentales, il est de circonstance de dire qu'accoucher autrement qu'en position gynécologique relève du parcours du combattant tellement cette position est ancrée dans nos cultures. Cependant, dans d'autres sociétés comme dans les tribus traditionnelles d'Afrique ou encore chez les Inuits, les femmes font encore pleinement confiance aux sages-femmes et accourent à domicile. Elles se méfient des hôpitaux.

Ainsi, les femmes Zoulous accourent majoritairement en position assise ou accroupie. Pour une naissance encore plus rapide, elles dansent et se meuvent durant tout le travail avant de prendre la position pour accoucher (1).

La femme Inuit, quant à elle, accouche sur une peau de caribou. Les positions adoptées au cours du travail répondent à sa recherche de bien-être, pour favoriser la descente de l'enfant et pour diminuer la douleur. La position coutumière pour accoucher est la posture accroupie. Si elle se sent trop faible pour maintenir cette position, elle s'allonge sur le côté ou bien s'agenouille (59).

Dans certaines cultures, il est également demandé une certaine maîtrise de la douleur. Ainsi, les Vietnamiennes doivent accoucher en silence malgré les souffrances endurées pour honorer leur famille (1).

Ainsi, ces femmes peuvent orienter leur accouchement selon leurs désirs et leurs besoins, que ce soit en termes de positions, de professionnels de santé ou encore en termes de lieu et de personnes présentes au moment de la naissance.

Comme le dit précisément Gélis, « *si l'accouchement est un acte naturel, il dépend aussi des traits culturels, de la tradition religieuse et du degré de médicalisation du milieu dans lequel il se déroule* » (59).

5. Discussion

5.1. Critique méthodologique

Au cours de ce travail, nous nous sommes majoritairement concentrés sur l'étude des postures d'accouchements à travers les siècles dans nos cultures occidentales. Il aurait été intéressant d'aborder cette évolution dans d'autres cultures notamment orientales et d'en faire un parallèle. Malheureusement, le sujet étant tellement large, il aurait été difficile de rassembler autant de sources pour avoir un travail, un tant soit peu, exhaustif en si peu de temps.

Cependant, ce travail nous a, tout de même, amené à présenter une étude des données d'avant notre ère. En effet, l'influence des pratiques antiques est telle que nous ne pouvions passer outre cette période. Ces textes, notamment le Corpus Hippocratique, ont jeté les bases de la pratique obstétricale au Moyen Age et jusqu'à la Renaissance.

A partir du Moyen Age, nous avons limité les sources de recherches à l'Europe. Le développement des pratiques obstétricales a, effectivement, été plutôt proche dans ces différents pays sans pour autant être totalement identique. Ceci s'explique par le fait que les mutations observées s'ancrent dans une société et une culture qui varient indéniablement entre les pays.

D'autre part, nous n'avons pas pu faire une analyse uniquement descriptive de l'évolution des postures d'accouchement. En effet, ce travail nous a montré que les changements de positions se sont ancrés dans une société, une culture et une époque précise. Ces mutations sont, ainsi, le fruit de multiples influences tant politiques, culturelles, sociétales et démographiques. Nous n'avons donc pas pu étudier en détail tous les aspects de ces modifications. C'est pourquoi, il serait intéressant de réaliser une étude plus globale pour construire un débat encore plus étoffé sur les évolutions évoquées dans ce mémoire.

5.2. Les apports de la science

La femme, comme tous les Mammifères, peut tout naturellement, accoucher par les voies naturelles mais dans des conditions plus difficiles que ces derniers. Ce travail a bien démontré que la mortalité en couches est restée longtemps élevée jusqu'au XIX^e siècle. Les méthodes de surveillance et le développement de techniques d'extraction ont permis de réduire ce taux. L'apport de la science n'est donc pas inutile, bien au contraire (21 ; 22 ; 30).

Cependant, cette évolution technologique a également modifié l'image que nous avions de la grossesse et de l'accouchement. En effet, cela contribue à véhiculer une image presque « négative » de la naissance, une image maladive et pathologique. Mais pourquoi en est-il ainsi ? Si nous nous concentrons uniquement sur la physiologie, les progrès obstétricaux, les recommandations des grandes instances ainsi que les dépistages systématiques devraient servir de prévention et de simple surveillance de routine en cas de grossesse normale. De cette façon, la naissance peut rester « physiologique » et laisser le libre choix à la patiente. Cette surveillance reste, néanmoins, primordiale dans le dépistage d'anomalies et de pathologies. Ainsi, jusqu'à preuve du contraire, la grossesse et l'accouchement restent des concepts naturels.

Les différentes études exposées dans ce travail détaillent les différentes positions d'accouchement adoptées par les femmes, ainsi que les avantages et inconvénients de chacune d'elle sur la mécanique obstétricale. En revanche, tous les résultats obtenus ne sont pas significatifs et finalement aucun consensus réel n'a pu être trouvé. Chaque étude conclut sur le fait que le choix de la posture d'accouchement devrait revenir à la patiente comme nous l'avons souligné plus tôt dans ce mémoire. Cependant, si une femme n'est pas conseillée sur les positions qu'elle peut adopter, il sera difficile pour elle d'exercer ce libre choix. C'est pourquoi, elle doit être informée par un professionnel de santé des différentes possibilités dont elle dispose en tenant compte des risques (pathologies en cours de grossesse, antécédents de la patiente, etc.).

D'autre part, certaines études référencées dans ce mémoire sont étrangères (3 ; 10 ; 11 ; 12). Ainsi, malgré les résultats plus ou moins comparables, certains biais liés aux différences entre les systèmes de soins ou les types de population sont susceptibles d'interférer et l'extrapolation de ces données à la France peut être inadéquate. De même, la perception des femmes est différente selon les cultures et les sociétés d'où un point de divergence entre les nations. De plus, toutes ces études sélectionnent des patientes dites « à bas risques ». Les critères d'inclusion sont, de manière générale, comparables mais tous ne sont pas exclusivement semblables.

En outre, un nouveau point de divergence peut être retrouvé dans l'individualité de chaque femme et de chaque grossesse. En effet, une grossesse ne fait pas l'autre et un accouchement ne fait pas l'autre non plus. Ainsi, un accouchement dans une certaine position se serait-il mieux déroulé dans une autre position ? La question reste ouverte et personne ne peut y répondre. C'est pourquoi, l'évaluation constante des risques, à chaque

étape de la maternité, et la liberté de choix de la patiente, et plus généralement du couple, doivent toujours être au cœur de la prise en charge.

L'évolution des données scientifiques est l'un des paramètres de la médicalisation de la grossesse et de l'accouchement. Ainsi l'accouchement à l'hôpital répond à un ensemble de savoirs et de normes où l'instinct maternel n'a plus vraiment sa place. Le déroulement de la grossesse et de la naissance est soumis à différents protocoles afin d'uniformiser les prises en charge.

Un exemple tout simple de ce phénomène est la prise en charge de la douleur. En effet, avant l'apparition des différents moyens analgésiques, les femmes prenaient des positions dites antalgiques pour soulager leurs douleurs. Nous le voyons encore aujourd'hui quand une patiente n'a pas le temps d'avoir une analgésie péridurale. Instinctivement, elle ne prendra pas une position allongée sur le dos mais une position qui la soulage ou bien elle déambulera. A partir du moment où une analgésie est mise en place, les femmes perdent ce réflexe de positionnement, qui, de fait, n'a plus beaucoup d'utilité pour soulager les douleurs mais qui, généralement, permet la bonne progression du travail d'où l'intérêt de favoriser la mobilisation des patientes malgré leur péridurale.

D'autre part, un autre point essentiel de la prise en charge de la douleur est l'accompagnement et la relation de confiance qui s'établit entre la sage-femme et la patiente. Une patiente en confiance saura se laisser guider plus facilement. Elle sera également plus réceptive et parfois plus détendue pour appréhender l'accouchement.

Les informations et l'accompagnement que nous proposons aux femmes sont, alors, primordiaux. Les apports de la science, bien qu'indispensables, ne remplaceront jamais le sens clinique dont nous devons disposer pour exercer.

Malgré tout, cette médicalisation de la naissance est également à l'origine de la structuration des soins dans les hôpitaux, basée sur la notion de risque.

5.3. *La notion de risque en obstétrique*

L'obstétrique est une spécialité médicale comprenant une part importante d'urgence, d'imprévisibilité et de risque.

Nous avons parlé plus tôt de la notion de « bas risque ». Elle s'oppose à celle de « haut risque ». Ces deux termes désignent deux types de grossesse. Les grossesses à « bas risque » sont des grossesses de déroulement normal où la patiente ne présente pas ou peu

de facteurs de risque pouvant entraîner des complications au cours de la grossesse et de l'accouchement. À l'inverse, une grossesse à « haut risque » est une grossesse présentant des facteurs de risques importants de complications. Par exemple, une grossesse gémellaire est plus à risque qu'une grossesse simple.

Rappelons, toutefois, que l'absence de facteurs de risque ne signifie pas pour autant que la grossesse et l'accouchement se dérouleront normalement. Une grossesse simple peut toujours entraîner des complications et à l'inverse une grossesse à haut risque peut ne pas en provoquer (60).

Malgré tout, ces deux concepts impliquent une hiérarchisation des maternités et une orientation dans la surveillance des grossesses. De fait, dans les années 1990, un classement des maternités se met en place en fonction du type de prise en charge proposé par chaque établissement.

Les maternités de type I sont des structures adaptées à la prise en charge de grossesses et accouchements physiologiques ainsi qu'à la prise en charge de nouveau-nés ne nécessitant pas de technicité spécifique.

Les maternités de type II se découpent en deux groupes : les types IIa et IIb. Les structures de type IIa bénéficient d'une unité de néonatalogie et sont adaptées à la prise en charge de grossesse présentant certains types de complications. Les maternités de type IIb bénéficient également d'un service de néonatalogie et permettent la prise en charge de certaines pathologies au cours de la grossesse. Elles ont également la possibilité d'accueillir des nouveau-nés modérément prématurés dans une unité de soins intensifs.

Enfin, les maternités de type III bénéficient d'un service de néonatalogie et d'une réanimation néonatale pouvant prendre en charge des nouveau-nés avec des détresses graves ou risques vitaux. La maternité permet également la prise en charge de patientes avec de graves pathologies obstétricales (61 ; 63 - 64).

Ainsi, une grossesse pathologique sera plutôt orientée vers une structure de type II voire de type III en fonction de la pathologie. Les grossesses à bas risque seront plutôt surveillées dans des maternités de type I ou II (60 – 64). De fait, la surveillance médicale des femmes est la plus adaptée possible à la grossesse. Néanmoins, elle fait prédominer la recherche de pathologie sur la surveillance physiologique.

La gestion du risque impose des normes, mises en place par les grandes instances sous la forme de recommandations et de protocoles dans les établissements. Cela permet

une uniformisation des prises en charge mais d'un autre côté, cela implique qu'une déviation, même minime, de cette norme fait entrer la patiente dans le domaine de la pathologie. La difficulté réside, alors, dans l'établissement d'une frontière claire entre le normal et le pathologique, impliquant la responsabilité, à la fois de la sage-femme et du médecin. Dans notre société de plus en plus procédurière, la responsabilité médicale devient primordiale et la moindre erreur n'est plus acceptée. Par principe de précaution, les prises en charges sont réglementées et protocolisées. De nouvelles recommandations sont publiées régulièrement pour orienter et conseiller les sages-femmes. Tout cela réorganise le travail des soignants. A partir des années 1970, diriger le travail et l'accouchement devient de rigueur pour la sécurité de la mère et de l'enfant à venir. Cela implique également qu'accoucher sur le dos reste le plus simple et le plus pratique pour les sages-femmes (62 ; 65 - 68).

Cependant, les dernières recommandations du Collège National des Sages-femmes et de la Haute Autorité de Santé sur l'accompagnement de la physiologie et les interventions médicales au cours d'un accouchement normal ont remis en perspective cette vision de la direction du travail. Ainsi, l'utilisation d'oxytocine est raisonnée, le bien-être de la femme est privilégié et la surveillance médicale du nouveau-né et de la parturiente adaptée aux conditions (70). Ainsi, les pratiques évoluent parallèlement et progressivement en fonction des études réalisées et des recommandations émises.

Néanmoins, même si la sécurité doit être indéniablement garantie, doit-elle se faire aux dépens de l'accompagnement et de l'humanité. Sécurité et Humanité s'opposent-elles irrévocablement ou existe-t-il un juste milieu ?

5.4. Sécurité ou humanité ? Telle est la question ...

Dans nos études de sages-femmes, nous sommes majoritairement formées à la pratique de l'accouchement en position gynécologique. Ce n'est que l'expérience sur le terrain et un certain esprit critique qui peuvent nous pousser à remettre en question notre savoir-faire.

Comme nous venons de le voir, nous sommes tenues d'assurer une sécurité maximale pour la mère et l'enfant au moment de l'accouchement. Mais cela signifie-t-il que l'accouchement est synonyme d'hypermédicalisation et inversement un relâchement, même léger, de cette surveillance compromet-il la sécurité du couple mère-enfant ? Une combinaison des deux est-elle seulement possible ?

Il faut, en effet, assurer en même temps la sécurité et l'humanité à savoir la prise en charge de la triade mère-enfant-père dans tous ses aspects (confort psychologique et moral, bien-être de la patiente, etc...).

Plusieurs solutions sont apportées à cette question. Le but principal de ces propositions est de répondre aux aspirations de certaines des parturientes voulant retrouver leur place et leur contrôle sur la naissance de leur enfant ce qui peut aussi replacer les sages-femmes au cœur de leurs compétences, à savoir la surveillance de la physiologie, l'accompagnement de la grossesse et de l'accouchement et le dépistage de la pathologie (58 ; 65 ; 69).

Une première réponse au débat sécurité-humanité a été trouvée dans le retour de l'accouchement à domicile. Ce type d'accouchement est encore largement pratiqué à travers le monde. Néanmoins, se pose la question de la sécurité. Une grossesse même physiologique peut toujours entraîner des complications au moment de la naissance, complications qui ne peuvent être exclues. En France, certaines sages-femmes le pratiquent, mais ce procédé reste minoritaire car dangereux pour la mère et l'enfant. En effet, en cas de complications au cours du travail ou de l'accouchement, le transfert de la patiente vers la maternité est décalé d'où un retard de prise en charge pouvant être fatal à l'enfant comme à la mère (58 ; 59 ; 69 ; 71).

Une autre solution proposée est le développement des maisons de naissance. Crées aux Etats-Unis à la fin des années 1980, il faudra attendre une dizaine d'années pour qu'elles se développent en Europe. Ces lieux de naissance se distinguent par leur peu de chambres, leur personnel - uniquement des sages-femmes sont présentes pour prendre en charge les femmes - et leur philosophie de la naissance qui prône le respect de la physiologie au maximum. Elles offrent aux femmes, dont la grossesse est à bas risque, une prise en charge moins médicalisée que dans les hôpitaux. Elles sont à proximité d'une maternité avec laquelle elles passent une convention pour accueillir les patientes dont le travail ou l'accouchement deviendrait pathologique. Bien entendu, le recours à l'analgésie péridurale n'est pas possible dans ces structures (30 ; 58 ; 69).

Répandues en Europe, les maisons de naissance n'ont pu être expérimentées qu'à partir de 2015 en France grâce à la loi du 6 décembre 2013 et au décret du 20 juillet 2015 qui fixe les conditions de l'expérimentation. Elles sont autorisées à fonctionner pour une durée de 5 ans, autrement dit jusqu'en 2020. L'INSERM chargé du rapport d'évaluation de la qualité des soins prodigués dans les maisons de naissance dresse un bilan positif de

la qualité et de la sécurité de ces soins. Ainsi, Christelle Dubos, secrétaire d'Etat auprès du Ministre des Solidarités et de la Santé précise que « *l'offre existante sera pérennisée dans le droit commun selon des modalités qui sont en cours de définition. Cette démarche permettra de sécuriser l'offre existante en prenant en compte les résultats de l'évaluation clinique et médico-économique réalisée, afin de garantir le maintien de la qualité et de la sécurité des soins et d'améliorer l'efficience du dispositif* » (72).

Afin de satisfaire cette demande croissance de démédicalisation de la naissance, les hôpitaux commencent également à développer ce que nous appelons les « salles natures » ou « salles physiologiques ». La création de ces salles se base sur les travaux du Docteur Michel Odent, obstétricien français, chef de service de la maternité de Pithiviers de 1962 à 1985. Il lance, en effet, le concept d'accouchement en salle de naissance « comme à la maison » : naissance dans l'eau, liberté de position, pénombre, chant, etc. (30 ; 58 ; 69).

Le développement de l'analgésie péridurale ambulatoire ainsi que le retour précoce à la maison ont également permis de concilier la sécurité et la réhumanisation de la naissance (30 ; 59).

Dans leur ouvrage « *La naissance en Occident* », P. Cesbon et Y. Knibiehler précisent, en outre, que « *la reconnaissance de la participation du choix des couples aux conditions de naissance de leurs enfants et le soutien apporté à l'accouchement à domicile et à l'ouverture des maisons de naissance dirigées par les seules sages-femmes sont souhaitables* » (30).

D'autre part, l'arrivée, dans les années 1950, de la psychanalyse et de la psychologie clinique, dans les hôpitaux, favorisent, également, le retour à une médecine plus humaniste. En effet, le patient est replacé au cœur de la prise en charge. Le médecin ne prend plus en charge uniquement la maladie physique du patient, il intègre sa psyché. L'âme et le corps font, alors, une entité à part entière ; « *mens sana in corpore sano* ». Un temps est, ainsi, redonné à la parole (69).

Cela s'applique à la maternité et là encore les sages-femmes ont un rôle à jouer. Elles peuvent laisser s'exprimer les femmes, et plus globalement les couples, sur leurs désirs, leurs souhaits mais aussi leurs craintes et angoisses. L'entretien prénatal précoce est, d'ailleurs, un moment privilégié d'échange et d'écoute, entre la sage-femme et la future mère. C'est également un moment où nous pouvons reparler des postures d'accouchement. Ainsi, il est de notre devoir de promouvoir ces différentes positions et de les faire connaître aux patientes pour les orienter dans leur choix. Tout cela favorise la

relation de confiance entre le professionnel de santé et le couple, réhumanisant ainsi la naissance.

Conclusion

Ce travail retrace de manière chronologique l'évolution des postures d'accouchement de la Préhistoire à nos jours afin de comprendre comment est née et s'est imposée la position gynécologique.

Nous avons donc pu constater que les femmes n'ont pas toujours accouché sur le dos. Dans l'esprit collectif, il est de coutume de dire que c'est l'arrivée des hommes dans les salles d'accouchement et la médicalisation de l'accouchement qui ont progressivement contraint les femmes à s'aliter pour la naissance de leur enfant, jusqu'à devenir une norme dans nos sociétés actuelles. Cependant, ce mémoire démontre, également, que cette évolution s'établit sur différentes périodes historiques, influencée par des courants de pensées et des personnalités. Finalement, l'idée principale est que la position allongée est plus simple pour la pratique des accouchements car l'accès au périnée est favorisé.

Toutefois, il serait incorrect de s'arrêter à cette simple explication. Il est vrai que les médecins se sont imposés dans l'obstétrique, territoire jalousement gardé par les sages-femmes jusqu'au XVII^e siècle, et des pratiques se sont également développées suite aux progrès scientifiques. Mais la mutation de la posture d'accouchement s'inscrit également dans une évolution de la société.

Ainsi, l'intrusion des accoucheurs dans ce domaine exclusivement féminin a ébranlé les convictions des femmes mais elle a, aussi, permis une sécurisation de la naissance grâce notamment à l'utilisation d'instruments. L'usage de ces nouvelles techniques a, par ailleurs, fait perdre le monopole des sages-femmes sur l'art des accouchements. Néanmoins, cela a permis une amélioration des conditions de la naissance et surtout une baisse de la mortalité en couches, encore très élevée jusqu'au XIX^e siècle, de même que celle périnatale.

Il aura fallu du temps, entre le Moyen Age et le XVIII^e siècle, pour que les femmes acceptent de confier leur ventre aux médecins à la place des sages-femmes mais progressivement, les mentalités ont évolué et les femmes se sont pliées, plus ou moins volontairement, à cette évolution.

Aujourd'hui, le contexte actuel remet en question cette médicalisation progressive de la naissance. Une part des femmes demande, en effet, un retour à la nature. Elles veulent retrouver le contrôle de la naissance de leur enfant, être actrice de leur

accouchement. D'autre part, des professionnels de santé ainsi que des personnalités politiques alimentent le débat. De nouvelles recommandations voient le jour, abordant la grossesse et l'accouchement de manière plus naturel. Des recherches scientifiques concernent, dorénavant, les avantages et inconvénients de chaque posture d'accouchement. Aucun compromis scientifique n'a encore été trouvé. Toutes les postures ont des avantages et toutes ont des inconvénients. Néanmoins, toutes les études convergent, de manière peu scientifique, sur le fait que le libre choix doit revenir à la patiente. La femme doit, en effet, être replacée au cœur de la prise en charge et de la problématique.

Ainsi, plus que d'un point de vue historique, il serait intéressant d'aborder la genèse de la position gynécologique sous un angle plus sociologique pour mieux comprendre encore cette évolution.

Par ailleurs, malgré la perte de leur hégémonie à partir du XVII^e siècle, les sages-femmes ont su développer de nouvelles compétences, qui s'ajoutant aux connaissances déjà acquises, ont permis une revalorisation de la profession. En outre, notre indépendance professionnelle nous permet de nous exprimer plus ouvertement, d'être entendues et de proposer de nouvelles perspectives pour la prise en charge des patientes. Le retour à un accouchement plus naturel repose les bases, déjà acquises depuis de nombreux siècles, de notre rôle de sage-femme et nous replace pleinement dans nos compétences.

Finalement, ce travail nous éclaire sur les fondements de la position gynécologique et les méfaits qu'elle peut avoir sur la mécanique obstétricale. Cela nous pousse à interroger nos actions sur le terrain. En effet, l'accompagnement postural au cours du travail revêt un caractère primordial qu'il nous faut promouvoir. Nous devons adapter ces postures en fonction des souhaits de la patiente, en la guidant dans ses choix afin qu'elle puisse choisir librement sa position d'accouchement tout en préservant sa sécurité et celle de son fœtus. De plus, ce mémoire nous aura également permis d'aborder une vision dynamique et évolutive de l'obstétrique. Tout comme cette spécialité, notre réflexion doit rester, en permanence, mouvante et s'adapter en fonction des conditions et la remise en question de nos pratiques doit faire partie intégrante de notre profession de sage-femme.

Références bibliographiques

- (1) Bartoli L. Venir au monde : les rites de l'enfantement sur les cinq continents. Petite Biblio Payot ; 2007. 285p.
- (2) Dans quelle position les femmes accouchent-elles en 2015 ? Résultats d'une étude prospective régionale multicentrique | Elsevier Enhanced Reader [Internet]. [cité 17 nov 2019]. Disponible sur: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1297958916301722?token=9A21A4656E787465AB2A6085C2371C689219C93B5172A98C1A11264C3886027EC8269530A167F4C8FA2520FCE04EBFFE>
- (3) Gottvall K, Allebeck P, Ekéus C. Risk factors for anal sphincter tears: the importance of maternal position at birth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2007;114(10):1266-72.
- (4) Racinet C. Positions maternelles pour l'accouchement. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 1 juill 2005;33(7):533-8.
- (5) Racinet C. Analyse objective des différentes positions maternelles pour l'accouchement. Présentation aux 32èmes journées nationales du CNGOF. Déc 2008.
- (6) Venditti F. Position allongée ou verticale durant le 2^{ème} stade du travail : revue des méta-analyses. Pointe-à Pitre. Communication aux XXVIIIe Journées nationales de la Société Française de Médecine Périnatale. 1998;167:176
- (7) Brément S, Mossan S, Belery A, Racinet C. Accouchement en décubitus latéral. Essai clinique randomisé comparant les positions maternelles en décubitus latéral et en décubitus dorsal lors de la deuxième phase du travail. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 1 juill 2007;35(7):637-44
- (8) Lepieux F, Hue B, Dugué AE, Six T, Riou C, Dreyfus M. Données obstétricales dans une population bénéficiant de variations posturales en cours de travail et d'accouchement. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 1 sept 2014;43(7):504-13
- (9) Paufichet C. Intérêt obstétrical du changement de positions au cours du travail. *La Revue Sage-Femme*. nov 2004;3(5):197-203

- (10) Gupta JK, Sood A, Hofmeyr GJ, Vogel JP. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017;(5). [Internet] [consulté le 9 mars 2019] Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002006.pub4/abstract>
- (11) Priddis H, Dahlen H, Schmied V. What are the facilitators, inhibitors, and implications of birth positioning? A review of the literature. Women and Birth. 1 sept 2012;25(3):100-6.
- (12) Reid A.J, Harry N.L. Alternative birth positions. Cam Fam Physician. Sept 1988 ; 34 : 1993-1998.
- (13) Calais-Germain B, Vives-Parés N. Bouger en accouchant : comment le bassin peut bouger lors de l'accouchement. Québec : Edition désiris ; 2009. 175p.
- (14) Schaalt J.P. Mécanique & techniques obstétricales. Montpellier : Sauramps medical ; 2012. 922p.
- (15) Netter F.H. Atlas d'anatomie humaine. 5ème éd : Elsevier Masson ; 2011. 568p.
- (16) Accouchement normal en présentation du sommet suites de couches normales [Internet]. [cité 27 nov 2019]. Disponible sur: <http://www.cngof.net/E-book/GO-2016/CH-37.html>
- (17) Gasquet B de. Trouver sa position d'accouchement. Marabout pratique ; 2009. 128p.
- (18) Organisation mondiale de la santé, département santé et recherche génésiques. Les soins liés à un accouchement normal. Genève. 1997; WHO/FRH/MSM/96.24:p. 31.
- (19) Coulon-Arpin M. La maternité et les sages-femmes de la Préhistoire au XX^e siècle. Tome I. Les Editions Roger Dacosta-Paris ; 1981. 192p.
- (20) Frydman R, Szejer M, Nobécourt M. La naissance : histoires, cultures et pratiques d'aujourd'hui. Albin Michel ; 2010. 1401p.
- (21) Leroy F. Histoire de naître : de l'enfantement primitif à l'accouchement médicalisé. Bruxelles : Ed De Boeck ; 2002. 456p.

- (22) Clesse C, Lighezzolo-Alnot J, Lavergne SD, Hamlin S, Scheffler M. Histoire de l'accouchement en Occident : évolution des connaissances, techniques, croyances, rites et pratiques professionnelles au travers des âges. Devenir. 2018;Vol. 30(4):399-417.
- (23) Lecourt D, Delaporte F, Pinell P. Dictionnaire de la pensée médicale. Presses universitaires de France ; 2004. 1270p.
- (24) Witkowski G-J. Histoire des accouchements chez tous les peuples [Internet]. Paris, G. Steinheil; 1887 [cité 9 févr 2019]. 830 p. Disponible sur: <http://archive.org/details/histoiredesaccou00unse>
- (25) Delotte J. Une brève histoire de la césarienne – A brief history of caesarean section. 2007;4.
- (26) Sue P. Essais historiques, littéraires et critiques sur l'art des accouchemens. J.-F. Bastien; 1779. 738 p.
- (27) Astruc J. L'art d'accoucher reduit a ses principes, ou l'on expose les pratiques les plus sures & les plus usitees dans les differentes especes d'Accouchemens. Avec l'histoire sommaire de l'Art d'accoucher; & une lettre sur la conduite qu'Adam & Eve durent tenir à la naissance de leurs premiers enfans. chez P. Guillaume Cavelier; 1766. 492 p.
- (28) Hippocrate. Des Maladies des femmes (*De morbis mulierum*). VIII ; V^e siècle avant J.-C.
- (29) Thoumsin H, Emonts P. Accoucher et naître : de jadis à aujourd'hui. Rev Med Liege. :8.
- (30) Cesbon P, Knibiehler Y. La naissance en Occident. Albin Michel ; 2004. 360p.
- (31) Knibiehler Y. Histoire des mères et de la maternité en Occident ; 2002. 128p. [Internet] [consulté le 10 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/histoire-des-meres-et-de-la-maternite-en-occident--9782130798422.htm?contenu=sommaire>
- (32) Soranos d'Ephèse, Moschion. Traité des maladies des femmes (traduit et annoté par Dr. J. Hergott) ; fin du Ier siècle [Internet]. [cité le 10 avr 2020].

Disponible

sur :

https://archive.org/stream/BIUSante_21157/BIUSante_21157_djvu.txt

- (33) Coulon-Arpin M. La maternité et les sages-femmes de la Préhistoire au XX^e siècle. Tome II. Les Editions Roger Dacosta-Paris ; 1981. 192p.
- (34) Ménager C. Dans la chambre de l'accouchée : quelques éclairages sur le déroulement d'une naissance au Moyen Âge. *Questes Revue pluridisciplinaire d'études médiévales*. 15 janv 2014;(27):35-45.
- (35) Kerhervé J. Un accouchement dramatique à la fin du Moyen-Age. *Annales de Bretagne et des pays de l'Ouest*. 1982;89(3):391-6.
- (36) Salvat M. L'accouchement dans la littérature scientifique médiévale. In : *L'enfant au Moyen Âge : Littérature et civilisation*. Aix-en-Provence: Presses universitaires de Provence; 2014. p. 87-106. (Senefiance). [Internet]. [consulté le 9 février 2019]. Disponible sur: <http://books.openedition.org/pup/2704>
- (37) Laget M. Naissances : l'accouchement avant l'âge de la clinique. Editions du Seuil ; 1982. 346p.
- (38) Mormiche P. Naissance et petite enfance à la cour de France (Moyen-Âge - xixe siècle). Presses Universitaires du Septentrion; 2017. 236 p.
- (39) Morel M.F. Naître à la maison : d'hier à aujourd'hui. 2016. [Internet]. [consulté le 10 février 2019]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/naitre-a-la-maison--9782749251714.htm>
- (40) Dion L. Enfanter dans la France d'Ancien Régime. Artois Presses Université ; 2017. 228p.
- (41) Livre de la Genèse – Chapitre 3. [Internet] [Consulté le 19 mars 2019]. Disponible sur: <https://bible.catholique.org/livre-de-la-genese/3509-chapitre-3>
- (42) Dundes L. The evolution of maternal birthing position. *Public health then and now*. A6JPH May 1987, Vol. 77, No.5
- (43) Laget M. La naissance aux siècles classiques. *Annales*. 1977;32(5):958-92.
- (44) Caron-Leulliez M, George J. L'accouchement sans douleur: histoire d'une révolution oubliée. Editions de l'Atelier; 2004. 260 p.

- (45) Dunn P.M. Francois Mauriceau (1637-1709) and maternal posture for parturition. *Archives of Disease in Childhood* 1991; 66: 78-79
- (46) Gélis J. La formation des accoucheurs et des sages-femmes aux XVIIe et XVIIIe siècles. Evolution d'un matériel et d'une pédagogie. *Annales de Démographie Historique*. 1977;1977(1):153-80.
- (47) Morel M.F. Histoire de la naissance en France (XVIIe – XXe siècle). adsp n° 61/62 décembre 2007 – mars 2008.
- (48) Brouwere V. La professionnalisation des soins à l'accouchement dans l'histoire des pays occidentaux. [Internet] [Consulté le 7 févr 2019]. Disponible sur: [http://www.kaowarsom.be/documents/57-58\(2011-2012\)/DEBROUWERE.pdf](http://www.kaowarsom.be/documents/57-58(2011-2012)/DEBROUWERE.pdf)
- (49) Historique du forceps : Traité de l'art des accouchements par Tarnier et Budin [Internet] [consulté le 10 févr 2019]. Disponible sur: http://www.aly-abbara.com/museum/medecine/pages_01/Tarnier/Forceps/forceps_historique.html
- (50) Historique du levier obstétrical : Traité de l'art des accouchements par Tarnier et Budin [Internet] [consulté le 10 févr 2019]. Disponible sur: http://www.aly-abbara.com/museum/medecine/pages_01/Tarnier/Forceps/leviers_historique.html
- (51) Centre hospitalo-universitaire de Rouen, Musée Flaubert et d'histoire de la médecine de Rouen. La « machine » de Madame Du Coudray ou l'art des accouchements au XVIIIe siècle. Points de vues ; 2004. 60p.
- (52) Petitcolas J. Le mannequin de Madame du Coudray ou comment former les accoucheuses au XVIIIème siècle. *La revue du praticien* ; 2006 : 56.
- (53) Lemaire. Leclair (Edm.) Un chapitre de l'histoire de la chirurgie à Lille. Les accouchements, 1910. *Revue du Nord*. 1911;2(3):248-51.
- (54) Leclair E. Un chapitre de l'histoire de la chirurgie à Lille : les accouchements. Lille : H. Morel ; 1910. 110p.

- (55) Witkowski G-J. Anecdotes & curiosités historiques sur les accouchements. Paris : Steinheil; 1892. [Internet] [Consulté le 10 févr 2019]. 386 p. Disponible sur: <http://archive.org/details/aneciosi00witk>
- (56) Allonnes CR d'. Le Mal joli: Accouchements et douleur. FeniXX; 2015. 381 p.
- (57) Vuille M. La naissance de l'"accouchement sans douleur". Revue médicale de la Suisse romande, 2000, vol. 120, no. 12, Médecine, histoire, société, p. 991-99
- (58) La Santé de l'homme n° 391 - Périnatalité et parentalité : une révolution en marche ? - De la matrone à l'obstétricien : quel partage des rôles pour les professionnels ? [Internet] [consulté le 10 févr 2019]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/articles/391/02.htm>
- (59) Saillant F, O'Neill M, éditeurs. Accoucher autrement: repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec. Montréal, Québec: Editions Saint-Martin; 1987. 450 p.
- (60) Carricaburu D. De l'incertitude de la naissance au risque obstétrical : les enjeux d'une définition. Sociologie et sociétés, 39(1), 123-144. Disponible sur <https://doi.org/10.7202/016935ar> (consulté le 29/04/2020).
- (61) Puech F. L'organisation autour de la grossesse et de la naissance. Adsp n°61/62. Déc 2007- Mars 2008. 35-57.
- (62) Puech F, Hédon B. Entre sécurité et intimité de la naissance : la position du CNGOF en 2012 sur le suivi, l'accompagnement et la prise en charge de « l'accouchement physiologique ». 2012. 2p.
- (63) Ministère de la Santé. Plan périnatalité 2005-2007 « Humanité, proximité, sécurité, qualité». p36. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf (consulté le 30/04/2020)
- (64) Ministère de la santé et des sports. Evaluation du plan périnatalité 2005-2007. Rapport final. Mai 2010. 140p.
- (65) Rapport de la Cour des Comptes. Le rôle des sages-femmes dans le système de soins. 2011. 173-198p.

- (66) Schaal J.P. Modalités de surveillance fœtale pendant le travail. Présentation aux 31èmes journées nationales du CHGOF. Déc 2007.
- (67) CNGOF, CNSF, SFN. Suivi et accompagnement des grossesses physiologiques par les maternités – Fondamentaux. 2007. 14p.
- (68) Organisation mondiale de la santé, département santé et recherche générésiques. Les soins liés à un accouchement normal. Genève. 1997; WHO/FRH/MSM/96.24:p. 31.
- (69) Jacques B. Sociologie de l'accouchement. Paris: Presses universitaires de France : Le Monde; 2007
- (70) Haute Autorité de Santé. Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales. Déc 2017. 47p. Disponible sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/accouchement_normal_-_recommandations.pdf (consulté le 08/05/2020)
- (71) Chasseraud M. Accoucher à domicile : sous quelles conditions ? Le Figaro Santé. 2017. [En ligne]. Disponible sur <https://sante.lefigaro.fr/article/accoucher-a-domicile-sous-quelles-conditions-> (consulté le 02/05/2020).
- (72) Sénat, séance de questions orales du 18 février 2020, question de Didier Rambaud, sénateur de l'Isère, et réponse de la secrétaire d'État auprès du ministre des Solidarités et de la Santé. [En ligne]. Disponible sur <https://www.banquedesterritoires.fr/le-gouvernement-annonce-la-perennisation-des-maisons-de-naissance> (consulté le 02/05/2020).

Bibliographie

Ouvrages

Allonnes CR d'. *Le Mal joli: Accouchements et douleur*. FeniXX; 2015. 381 p.

Bartoli L. *Venir au monde : les rites de l'enfantement sur les cinq continents*. Petite Biblio Payot ; 2007. 285p.

Calais-Germain B, Vives-Parés N. *Bouger en accouchant : comment le bassin peut bouger lors de l'accouchement*. Québec : Edition désiris ; 2009. 175p.

Caron-Leulliez M, George J. *L'accouchement sans douleur: histoire d'une révolution oubliée*. Editions de l'Atelier; 2004. 260 p.

Centre hospitalo-universitaire de Rouen, Musée Flaubert et d'histoire de la médecine de Rouen. *La « machine » de Madame Du Coudray ou l'art des accouchements au XVIII^e siècle. Points de vues* ; 2004. 60p.

Cesbon P, Knibiehler Y. *La naissance en Occident*. Albin Michel ; 2004. 360p.

Coulon-Arpin M. *La maternité et les sages-femmes de la Préhistoire au XX^e siècle. Tome I*. Les Editions Roger Dacosta-Paris ; 1981. 192p.

Coulon-Arpin M. *La maternité et les sages-femmes de la Préhistoire au XX^e siècle. Tome II*. Les Editions Roger Dacosta-Paris ; 1981. 192p.

Dion L. *Enfanter dans la France d'Ancien Régime*. Artois Presses Université ; 2017. 228p.

Frydman R, Szejer M, Nobécourt M. *La naissance : histoires, cultures et pratiques d'aujourd'hui*. Albin Michel ; 2010. 1401p.

Gasquet B de. *Accouchement : la méthode de Gasquet*. Marabout; 2012. 162 p.

Gasquet B de. *Trouver sa position d'accouchement*. Marabout pratique ; 2009. 128p.

Hippocrate. *Des Maladies des femmes*. VIII ; V^e siècle.

Jacques B. *Sociologie de l'accouchement*. Paris: Presses universitaires de France : Le Monde; 2007

Knibiehler Y. *Histoire des mères et de la maternité en Occident* ; 2002. 128p. [Internet] [consulté le 10 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/histoire-des-meres-et-de-la-maternite-en-occident--9782130798422.htm?contenu=sommaire>

Laget M. Naissances : l'accouchement avant l'âge de la clinique. Editions du Seuil ; 1982. 346p.

Leclair E. Un chapitre de l'histoire de la chirurgie à Lille : les accouchements. Lille : H. Morel ; 1910. 110p.

Lecourt D, Delaporte F, Pinell P. Dictionnaire de la pensée médicale. Presses universitaires de France ; 2004. 1270p.

Leroy F. Histoire de naître : de l'enfantement primitif à l'accouchement médicalisé. Bruxelles : Ed De Boeck ; 2002. 456p.

Livre de la Genèse – Chapitre 3. [Internet] [Consulté le 19 mars 2019]. Disponible sur: <https://bible.catholique.org/livre-de-la-genese/3509-chapitre-3>

Morel M.F. Naître à la maison : d'hier à aujourd'hui. 2016. [Internet]. [consulté le 10 février 2019]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/naitre-a-la-maison--9782749251714.htm>

Mormiche P. Naissance et petite enfance à la cour de France (Moyen-Âge - xixe siècle). Presses Universitaires du Septentrion; 2017. 236 p.

Netter F.H. Atlas d'anatomie humaine. 5ème éd : Elsevier Masson ; 2011. 568p.

Saillant F, O'Neill M, éditeurs. Accoucher autrement: repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec. Montréal, Québec: Editions Saint-Martin; 1987. 450 p.

Schaalt J.P. Mécanique & techniques obstétricales. Montpellier : Sauramps medical ; 2012. 922p.

Witkowski G-J (Gustave J. Anecdotes & curiosités historiques sur les accouchements. Paris : Steinheil; 1892. [Internet] [Consulté le 10 févr 2019]. 386 p. Disponible sur: <http://archive.org/details/aneciosi00witk>

Witkowski G-J (Gustave J. Histoire des accouchements chez tous les peuples [Internet]. Paris, G. Steinheil; 1887 [cité 9 févr 2019]. 830 p. Disponible sur: <http://archive.org/details/histoiredesaccou00unse>

Articles

Berthiaud E. « Le vécu de la grossesse aux XVIII^e et XIX^e siècles en France », *Histoire, médecine et santé* [En ligne], 2 | automne 2012, mis en ligne le 01 décembre 2013,

consulté le 25 avril 2020. URL : <http://journals.openedition.org/hms/282> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/hms.282>

Brouwere V. La professionnalisation des soins à l'accouchement dans l'histoire des pays occidentaux. [Internet] [Consulté le 7 févr 2019]. Disponible sur: [http://www.kaowarsom.be/documents/57-58\(2011-2012\)/DEBROUWERE.pdf](http://www.kaowarsom.be/documents/57-58(2011-2012)/DEBROUWERE.pdf)

Brément S, Mossan S, Belery A, Racinet C. Accouchement en décubitus latéral. Essai clinique randomisé comparant les positions maternelles en décubitus latéral et en décubitus dorsal lors de la deuxième phase du travail. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 1 juill 2007;35(7):637-44.

Carricaburu D. De l'incertitude de la naissance au risque obstétrical : les enjeux d'une définition. Sociologie et sociétés, 39(1), 123-144. Disponible sur <https://doi.org/10.7202/016935ar> (consulté le 29/04/2020).

Chasseraud M. Accoucher à domicile : sous quelles conditions ? Le Figaro Santé. 2017. [En ligne]. Disponible sur <https://sante.lefigaro.fr/article/accoucher-a-domicile-sous-quelles-conditions-> (consulté le 02/05/2020).

Clesse C, Lighezzolo-Alnot J, Lavergne SD, Hamlin S, Scheffler M. Histoire de l'accouchement en Occident : évolution des connaissances, techniques, croyances, rites et pratiques professionnelles au travers des âges. Devenir. 2018;Vol. 30(4):399-417.

Dans quelle position les femmes accouchent-elles en 2015 ? Résultats d'une étude prospective régionale multicentrique | Elsevier Enhanced Reader [Internet]. [cité 17 nov 2019]. Disponible sur:

<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1297958916301722?token=9A21A4656E787465AB2A6085C2371C689219C93B5172A98C1A11264C3886027EC8269530A167F4C8FA2520FCE04EBFFE>

Delotte J. Une brève histoire de la césarienne – A brief history of caesarean section. 2007;4.

Dundes L. The evolution of maternal birthing position. Public health then and now. A6JPH May 1987, Vol. 77, No.5

Dunn P.M. Francois Mauriceau (1637-1709) and maternal posture for parturition. Archives of Disease in Childhood 1991; 66: 78-79

Fauve-Chamoux A. I. - Scène d'accouchement (IVe siècle avant J.-C). Annales de Démographie Historique. 1973;1973(1):408-10.

Gélis J. La formation des accoucheurs et des sages-femmes aux XVIIe et XVIIIe siècles. Evolution d'un matériel et d'une pédagogie. Annales de Démographie Historique. 1977;1977(1):153-80.

Gélis J. Sages-femmes et accoucheurs : l'obstétrique populaire aux XVIIe et XVIIIe siècles. In: *Annales. Economies, sociétés, civilisations*. 32^e année, N. 5, 1977. pp. 927-957.

Gottvall K, Allebeck P, Ekéus C. Risk factors for anal sphincter tears: the importance of maternal position at birth. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2007;114(10):1266-72.

Gupta JK, Sood A, Hofmeyr GJ, Vogel JP. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017;(5). [Internet] [consulté le 9 mars 2019] Disponible sur:

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002006.pub4/abstract>

Historique du forceps : Traité de l'art des accouchements par Tarnier et Budin [Internet] [consulté le 10 févr 2019]. Disponible sur: http://www.aly-abbara.com/museum/medecine/pages_01/Tarnier/Forceps/forceps_historique.html

Historique du levier obstétrical : Traité de l'art des accouchements par Tarnier et Budin [Internet] [consulté le 10 févr 2019]. Disponible sur: http://www.aly-abbara.com/museum/medecine/pages_01/Tarnier/Forceps/leviers_historique.html

Kerhervé J. Un accouchement dramatique à la fin du Moyen-Age. Annales de Bretagne et des pays de l'Ouest. 1982;89(3):391-6.

La Santé de l'homme n° 391 - Périnatalité et parentalité : une révolution en marche ? - De la matrone à l'obstétricien : quel partage des rôles pour les professionnels ? [Internet] [consulté le 10 févr 2019]. Disponible sur:

<http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/articles/391/02.htm>

Laget M. La naissance aux siècles classiques. Annales. 1977;32(5):958-92.

Le Bras H. Histoire secrète de la fécondité. Gallimard ; 1981/1 n° 8 | pages 76 à 101. [Internet] [Consulté le 7 février 2019] Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-le-debat-1981-1-page-76.htm>

Lemaire. Leclair (Edm.) Un chapitre de l'histoire de la chirurgie à Lille. Les accouchements, 1910. Revue du Nord. 1911;2(3):248-51.

Lepleux F, Hue B, Dugué AE, Six T, Riou C, Dreyfus M. Données obstétricales dans une population bénéficiant de variations posturales en cours de travail et d'accouchement. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 1 sept 2014;43(7):504-13.

Ménager C. Dans la chambre de l'accouchée : quelques éclairages sur le déroulement d'une naissance au Moyen Âge. Questes Revue pluridisciplinaire d'études médiévales. 15 janv 2014;(27):35-45.

Morel M.F. Histoire de la naissance en France (XVIIe – XXe siècle). adsp n° 61/62 décembre 2007 – mars 2008.

Paufichet C. Intérêt obstétrical du changement de positions au cours du travail. La Revue Sage-Femme. nov 2004;3(5):197-203.

Petitcolas J. Le mannequin de Madame du Coudray ou comment former les accoucheuses au XVIIIème siècle. La revue du praticien ; 2006 : 56.

Priddis H, Dahlen H, Schmied V. What are the facilitators, inhibitors, and implications of birth positioning? A review of the literature. Women and Birth. 1 sept 2012;25(3):100-6.

Puech F. L'organisation autour de la grossesse et de la naissance. Adsp n°61/62. Déc 2007- Mars 2008. 35-57.

Puech F, Hédon B. Entre sécurité et intimité de la naissance : la position du CNGOF en 2012 sur le suivi, l'accompagnement et la prise en charge de « l'accouchement physiologique ». 2012. 2p.

Racinet C. Positions maternelles pour l'accouchement. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 1 juill 2005;33(7):533-8.

Reid A.J, Harry N.L. Alternative birth positions. Cam Fam Physician. Sept 1988 ; 34 : 1993-1998.

Salvat M. L'accouchement dans la littérature scientifique médiévale. In : L'enfant au Moyen Âge : Littérature et civilisation. Aix-en-Provence: Presses universitaires de Provence; 2014. p. 87-106. (Senefiance). [Internet]. [consulté le 9 février 2019]. Disponible sur: <http://books.openedition.org/pup/2704>

Thoumsin H, Emonts P. Accoucher et naître : de jadis à aujourd’hui. Rev Med Liege. :8.

Vendittelli F. Position allongée ou verticale durant le 2^{ème} stade du travail : revue des méta-analyses. Pointe-à Pitre. Communication aux XXVIIIe Journées nationales de la Société Française de Médecine Périnatale. 1998;167:176

Vuille M. La naissance de l'"accouchement sans douleur". Revue médicale de la Suisse romande, 2000, vol. 120, no. 12, Médecine, histoire, société, p. 991-99

Thèses et mémoires

Astruc J. L'art d'accoucher reduit a ses principes, ou l'on expose les pratiques les plus sûres & les plus usitées dans les différentes espèces d'Accouchemens. Avec l'histoire sommaire de l'Art d'accoucher; & une lettre sur la conduite qu'Adam & Eve durent tenir à la naissance de leurs premiers enfans. chez P. Guillaume Cavelier; 1766. 492 p.

Fuzier JP. Aperçu sur la parturition. imp. Didot Jne; 1820. 46 p.

Laville M. Accoucher au XVIIe siècle: les Observations sur la grossesse et l'accouchement des femmes et sur leurs maladies et celles des enfants nouveau-nés du chirurgien-accoucheur François Mauriceau. : 323.

Maurin G. Esquisse historique de la science et de l'art des accouchements. Boehm; 1851. 80 p.

Sue P. Essais historiques, littéraires et critiques sur l'art des accouchemens. J.-F. Bastien; 1779. 738 p.

Recommandations – protocoles – conférences

CNGOF, CNSF, SFN. Suivi et accompagnement des grossesses physiologiques par les maternités – Fondamentaux. 2007. 14p.

Haute Autorité de Santé. Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales. Déc 2017. 47p. Disponible sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/accouchement_normal_-recommandations.pdf (consulté le 08/05/2020)

Ministère de la santé et des sports. Evaluation du plan périnatalité 2005-2007. Rapport final. Mai 2010. 140p.

Ministère de la Santé. Plan périnatalité 2005-2007 « Humanité, proximité, sécurité, qualité». p36. Disponible sur:

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf (consulté le 30/04/2020)

Organisation mondiale de la santé, département santé et recherche génésiques. Les soins liés à un accouchement normal. Genève. 1997; WHO/FRH/MSM/96.24:p. 31.

Racinet C. Analyse objective des différentes positions maternelles pour l'accouchement. Présentation aux 32èmes journées nationales du CNGOF. Déc 2008.

Rapport de la Cour des Comptes. Le rôle des sages-femmes dans le système de soins. 2011. 173-198p.

Schaal J.P. Modalités de surveillance fœtale pendant le travail. Présentation aux 31èmes journées nationales du CHGOF. Déc 2007.

Décrets - Lois

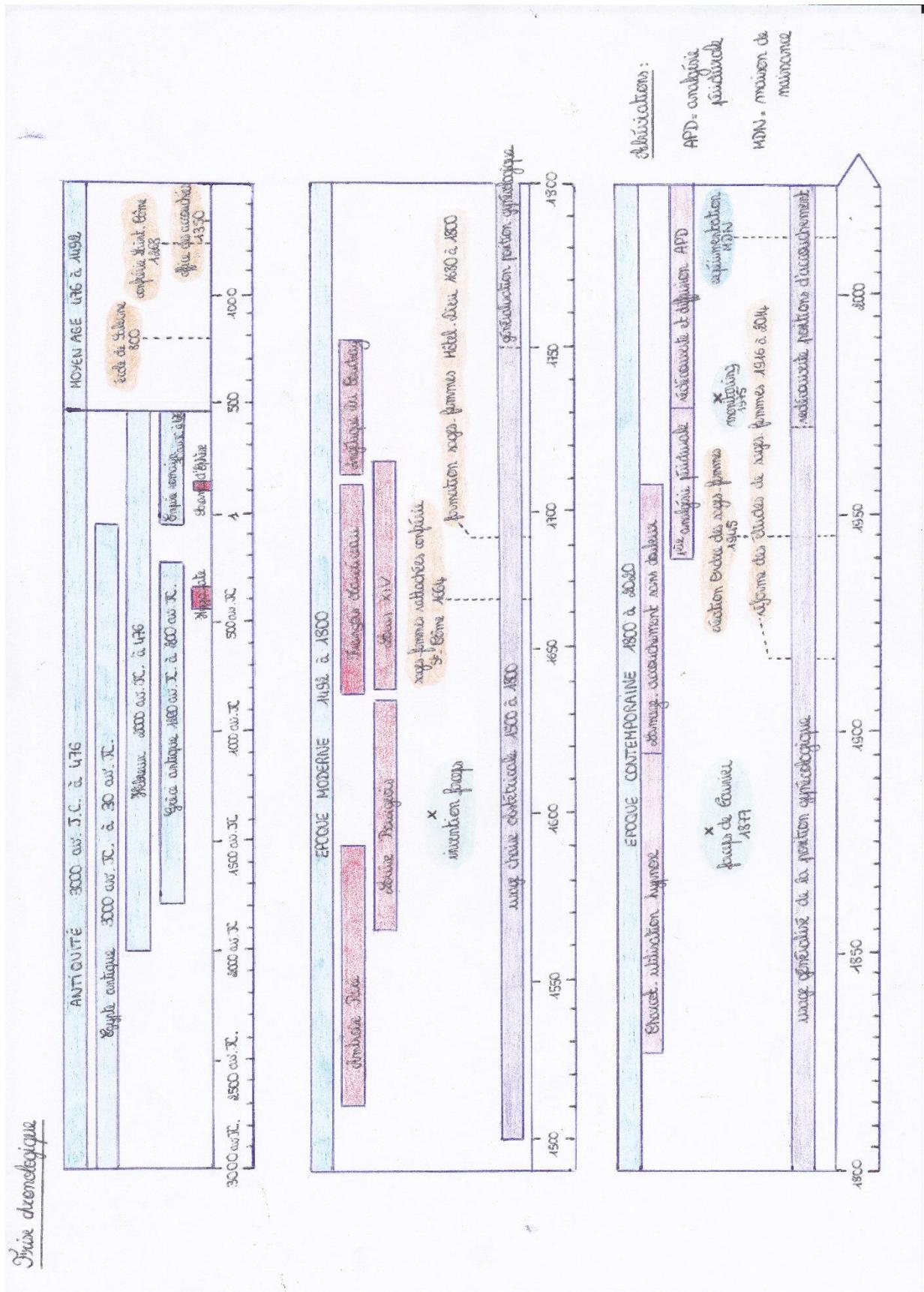
Décret no 2015-937 du 30 juillet 2015 relatif aux conditions de l'expérimentation des maisons de naissance. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000030959185&categorieLien=id>

Loi n° 2013-1118 du 6 décembre 2013 autorisant l'expérimentation des maisons de naissance - NOR: AFSX1316565L

Sénat, séance de questions orales du 18 février 2020, question de Didier Rambaud, sénateur de l'Isère, et réponse de la secrétaire d'État auprès du ministre des Solidarités et de la Santé. [En ligne]. Disponible sur <https://www.banquedesterritoires.fr/le-gouvernement-annonce-la-perennisation-des-maisons-de-naissance> (consulté le 02/05/2020).

Annexe I : Frise chronologique

Prise dienctique



Annexe II : Biographie de François Mauriceau

François Mauriceau est né à Paris en 1637.

Après avoir réalisé ses études de chirurgien, il devient prévôt du collège de chirurgie Saint-Côme. Il se spécialise, par la suite, en obstétrique. Il est, ainsi, nommé premier médecin accoucheur de l'Hôtel-Dieu.

Il publie sur la grossesse et les accouchements, des ouvrages théoriques et pratiques qui contribuent à sa renommée :

- Le « Traité des maladies et femmes grosses et de celles qui sont nouvellement accouchées... » (1668)
- Les « Observations sur la grossesse et l'accouchement des femmes... » (1695)
- Les « Aphorismes touchant la grossesse, l'accouchement, les maladies et autres dispositions des femmes » (1695).

Il y montre l'importance de la physiologie et de l'anatomie. Il préconise la version podalique dans tous les accouchements anormaux et décrit également la manœuvre à réaliser en cas de rétention tête dernière qui porte, par ailleurs, son nom. Il s'oppose, aussi, à la césarienne sur le vivant. Il étudie aussi bien la grossesse et ses accidents que les différents procédés d'accouchement.

Chirurgien, premier accoucheur de la maternité de Paris, Mauriceau donne à l'obstétrique ses lettres de noblesses et en fait une spécialité médicale à part.

Il meurt en octobre 1709.

Annexe III : Biographie de Louise Bourgeois

Louise Bourgeois dite La Boursier est née à Paris en 1563.

Après avoir reçue une très bonne éducation, elle épouse Martin Boursier, chirurgien des armées du roi, ancien élève d'Ambroise Paré, en 1584. Cinq enfants naissent de cette union.

La crainte de voir ses enfants dans le besoin et la rencontre avec sa sage-femme l'orientent vers la voie de sage-femme. Elle décide d'apprendre ce métier. Disposant de premières notions d'anatomie apprises auprès de son mari, elle étudie Paré et offre ses services à la femme de son crocheteur pour s'initier à l'art des accouchements.

Elle pratique pendant cinq ans dans des milieux modestes avant d'être reçue jurée au Châtelet en 1598. Par la suite, elle exerce dans tous les milieux de la capitale pendant 3 ans. En 1601, la Reine Marie de Médicis est enceinte et recherche une sage-femme compétente pour l'accoucher. En effet, elle ne voulait pas être accouchée par l'accoucheur de Gabrielle d'Estrées, alors maîtresse d'Henri IV. Louise Bourgeois, ayant déjà fait ses preuves, fait jouer ses relations et devient accoucheuse de la Reine. Elle l'aide en moins de neuf ans à mettre six enfants au monde.

La Boursier est l'une des premières sages-femmes à avoir écrit des livres sur sa pratique. Elle donne des conseils d'hygiène obstétricale et note ses observations d'accoucheuse. Elle publie notamment :

- *Observations diverses sur la stérilité, perte de fruct, fécondité, accouchements et maladies des femmes et enfants nouveaux naiz* (1609).
- *Instruction à ma troisième fille, qui a choisi et élu l'art d'être sage-femme...* (1609)
- *Récit véritable de la naissance de Messeigneurs et Dames les enfants de France* (1626)
- *Recueil des secrets de Louise Bourgeois* (1635).

Elle meurt à Paris en 1636.

Annexe IV : Biographie de Madame Angélique Marguerite Le Boursier Du Coudray

Angélique Marguerite Le Boursier Du Coudray est née en 1714 à Clermont-Ferrand.

Elle exerce la profession de sage-femme, d'abord à Paris, puis retourne en Auvergne où elle entreprend de donner des cours afin de prévenir les erreurs des matrones dans les campagnes.

Elle publie, en 1759, son manuel, *Abrégé de l'art des accouchements*, qu'elle fait illustrer pour aider à la compréhension. Pour joindre la théorie à la pratique, elle conçoit un mannequin de démonstration. Au cours de ses démonstrations, elle invite ses élèves à pratiquer des accouchements sur ce mannequin.

Cette machine comprend plusieurs éléments : la partie basse du tronc en position gynécologique avec l'anatomie féminine détaillée, un fœtus très détaillé avec les annexes, une matrice et un fœtus de 7 mois, une matrice à terme et deux mannequins de jumeaux (non destinés au toucher mais à la vue pour expliquer le cas des jumeaux).

Munie d'un brevet royal de Louis XV qui l'autorise à donner des cours dans tout le royaume, elle parcourt la France pendant 25 ans. Elle aurait ainsi formé plus de 5000 femmes mais aussi des chirurgiens qui perpétuèrent son enseignement.

Elle a été une actrice importante du recul de la mortalité maternelle et périnatale à cette époque.

Elle meurt en 1789 à l'âge de 75 ans.

Annexe V : Biographie de Marie-Louise Lachapelle

Marie-Louise Lachapelle est née à Paris en 1769.

Fille et petite-fille de sage-femme, elle développe très jeune des talents naturels pour le métier. Elle réussit seule un accouchement difficile à l'âge de 11 ans. En 1792, elle épouse un chirurgien, surnommé Lachapelle.

En 1795, son mari meurt. Elle devient la même année l'adjointe de sa mère à l'Hôtel-Dieu où elle exerce. Elle est, par ailleurs, chargée de diriger et de surveiller tous les détails de la mise en place du nouvel établissement de Port Royal.

Madame Lachapelle, persuadée de l'insuffisance de l'enseignement à la maternité de l'Hôtel-Dieu, conçoit un nouveau cursus de formation pour les futures sages-femmes. Accompagnée de Baudelocque, la maternité de Port Royal prend toute l'importance qu'ils pouvaient espérer et la nouvelle école acquière une célébrité digne de ces professeurs.

Par ailleurs, elle apporte une importante contribution à l'obstétrique moderne, à savoir, l'exclusion des témoins au moment de l'accouchement (seuls la mère, les sages-femmes et éventuellement le médecin sont présents), la suture immédiate du périnée en cas de déchirure. Elle décrit également une méthode d'intervention en cas de placenta praevia.

Durant toute sa carrière, elle privilégie la nature et appelle tous les accouchements faisant appel à autre chose que l'usage des mains des accouchements « contre-nature ».

Elle publie plusieurs ouvrages durant sa vie :

- *Observations sur divers cas d'accouchements* (1819)
- *Pratique des accouchements ou Mémoires et observations choisies, sur les points les plus importants de l'art* (1821).

Elle meurt en 1821 d'un cancer de l'estomac.

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN

ÉCOLE DE SAGES-FEMMES

IL ÉTAIT UNE FOIS L'ACCOUCHEMENT : ÉVOLUTION DES PRATIQUES POSTURALES DE LA PRÉHISTOIRE A NOS JOURS EN OCCIDENT

TANGHE Pauline

RÉSUMÉ :

Dans notre société actuelle, une très grande part des femmes accouchent en position dite gynécologique c'est-à-dire allongées sur le dos et les jambes hyper-fléchies. Il n'en fut pas toujours ainsi. En effet, la position gynécologique n'a été adoptée qu'à partir du XVII^e siècle sous l'impulsion de chirurgien-accoucheur tel que François Mauriceau. Pendant des siècles, cette posture n'était donc pas spontanément adoptée par les parturientes, ces dernières leur préférant la mobilité et des postures verticales.

Ce travail est donc parti du constat que la majorité des femmes accouchent en position gynécologique. Cependant, des études menées à partir du milieu du XX^e siècle, tendent à démontrer que les positions horizontales ne sont pas les plus recommandées lors de l'accouchement. Par ailleurs, avec l'essor des projets de naissance, il existe une demande croissante de la part des patientes qui souhaitent accoucher dans des positions différentes. Ceci amène les structures hospitalières à s'adapter et à proposer une offre de soins plus large. Plusieurs autres possibilités se sont mises en place afin de s'adapter à cette demande telles que l'expérimentation des maisons de naissance ou encore le développement des salles physiologiques, des analgésies péridurales ambulatoires, etc...

Le but de ce mémoire est donc de comprendre comment est née et s'est imposée la position de lithotomie dans les mœurs. L'étude bibliographique de l'évolution des pratiques posturales de la Préhistoire à nos jours nous éclaire sur les causes de ces changements. Ainsi, la mutation de la position d'accouchement s'inscrit dans une dynamique à la fois historique et sociétale.

MOTS CLÉS : histoire, évolution, postures, accouchement, position gynécologique