



HAL
open science

L'évolution des positions d'accouchement en France et dans nos cultures occidentales

Hortense Robert

► **To cite this version:**

Hortense Robert. L'évolution des positions d'accouchement en France et dans nos cultures occidentales. Gynécologie et obstétrique. 2014. dumas-01076699

HAL Id: dumas-01076699

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01076699>

Submitted on 22 Oct 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE de BORDEAUX
ECOLE DE SAGES-FEMMES

**L'EVOLUTION DES POSITIONS
D'ACCOUCHEMENT EN FRANCE ET DANS NOS
CULTURES OCCIDENTALES**

Mémoire de fin d'études de sages-femmes

Présenté par Hortense ROBERT

Née le 11 décembre 1990

Sous la direction du Dr Denis ROUX

Première année du cycle des études médicales 2009-2010

Promotion Ecole de Sages-femmes 2010-2014

« Au plus loin on est capable de regarder en arrière, au plus loin on sera capable de voir vers l'avant. » Winston Churchill

Remerciements

Je remercie tout d'abord le directeur de mon mémoire, le Docteur Denis Roux, gynécologue-obstétricien, d'avoir accepté de diriger mon projet. Je le remercie de son accompagnement, ses conseils et du temps qu'il a pu me consacrer pour l'aboutissement de ce travail.

Je remercie tout particulièrement le Professeur Patrice Brun, professeur d'Histoire ancienne, qui dès le début m'a aiguillé dans mes recherches. Je le remercie pour sa disponibilité tout au long de ce travail et pour ses précieux conseils en terme de méthodologie.

Je remercie Mme Séverine Barandon, sage-femme enseignante, qui m'a guidé et soutenu dans l'élaboration de mon projet. Je la remercie pour ses pistes de réflexion et son aide méthodologique pour la rédaction de mon travail.

Je remercie ma famille et principalement mes parents, pour leur soutien, leurs encouragements et leur investissement dans mes études et ce travail. Je remercie tout particulièrement ma sœur, pour son aide artistique dans la réalisation des dessins de ce projet.

Je remercie mes amis, qui se reconnaîtront, pour leur soutien, leur présence et leur écoute.

Je remercie la Direction de l'école de sages-femmes de Bordeaux, ainsi que l'ensemble de l'équipe pédagogique pour ce qu'elles m'ont transmis.

Enfin, je remercie les professionnels que j'ai rencontrés tout au long de mon cursus. Je les remercie de m'avoir transmis leur passion et leurs savoirs, de m'avoir tant appris. Je remercie également les femmes et les couples avec qui j'ai travaillé, pour ce qu'ils m'ont permis de partager avec eux et pour tout ce qu'ils m'ont également appris.

Table des matières

1	INTRODUCTION	9
2	PROBLEMATIQUE ET METHODOLOGIE.....	11
2.1	PROBLEMATIQUE.....	11
2.2	METHODOLOGIE	11
2.2.1	LIMITES SPATIO-TEMPORELLES.....	11
2.2.2	SOURCES.....	12
3	CADRE CONCEPTUEL.....	13
3.1	RAPPELS ANATOMIQUES ET MECANIQUE OBSTETRICALE	13
3.1.1	CANAL PELVI-GENITAL.....	13
3.1.2	MOBILITE	14
3.1.3	LES ETAPES DE L'ACCOUCHEMENT	15
3.2	DEFINITIONS DES POSITIONS D'ACCOUCHEMENT	16
3.2.1	LES POSITIONS VERTICALES	16
3.2.2	LES POSITIONS HORIZONTALES.....	18
3.3	CONSEQUENCES DES POSITIONS D'ACCOUCHEMENT SUR LA MECANIQUE OBSTETRICALE	20
3.3.1	LES MOUVEMENTS DE NUTATION/CONTRE NUTATION	20
3.3.2	CONSEQUENCES DES POSITIONS HORIZONTALES	21
3.3.3	CONSEQUENCES DES POSITIONS VERTICALES.....	22
4	LES DONNEES HISTORIQUES D'AVANT JESUS CHRIST JUSQU'A LA FIN DE L'ANTIQUITE.....	24
5	DU MOYEN-ÂGE AU XVIIEME SIECLE	28
5.1	EVOLUTION DES PRATIQUES DE L'ACCOUCHEMENT	28
5.2	EVOLUTION SOCIETALE	29
6	DU XVIIEME AU XIXEME SIECLE.....	32
6.1	S'ALLONGER POUR ACCOUCHER	32
6.2	EVOLUTION DE LA SOCIETE ET ORGANISATION DE LA PROFESSION DE SAGE- FEMME	34
6.3	AVANCEES OBSTETRICALES DES XVIIIEME ET XIXEME SIECLES	37
6.3.1	EXTRACTION INSTRUMENTALE	38
6.3.2	LA DOULEUR.....	39

7	LES XXEME ET XXIEME SIECLES	41
7.1	LES PROGRES DE PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR.....	41
7.2	EXPLOSIONS TECHNOLOGIQUES DU XXEME SIECLE ET MEDICALISATION CROISSANTE.....	44
7.3	POLITIQUES DE SANTE ET PLANS DE PERINATALITE.....	47
7.4	LA PROFESSION DE SAGE-FEMME ET SES MUTATIONS	49
7.5	LA « REDECOUVERTE » DES POSITIONS D'ACCOUCHEMENT.....	51
8	DISCUSSION.....	53
8.1	CRITIQUES DE LA METHODOLOGIE	53
8.2	LES APPORTS DE LA SCIENCE	54
8.3	LA NOTION DU RISQUE EN OBSTETRIQUE	57
8.4	LE DEBAT HUMANITE / SECURITE.....	58
9	CONCLUSION.....	62
	REFERENCES	64
	BIBLIOGRAPHIE	72
	ANNEXES.....	76

Table des illustrations

FIGURE 1 : BASSIN OSSEUX, VUE DE FACE (<i>DICTIONNAIRE HACHETTE ENCYCLOPEDIQUE EDITION 2000</i>)	14
FIGURE 2 : LES DETROITS DU BASSIN (<i>BOUGER EN ACCOUCHANT DE B. CALAIS-GERMAIN</i>).....	14
FIGURE 3 : POSITION ASSISE	16
FIGURE 4 : POSITION ACCROUPIE	17
FIGURE 5 : POSITION DEBOUT.....	17
FIGURE 6 : POSITION A GENOUX	18
FIGURE 7 : POSITION A "QUATRE PATTES"	18
FIGURE 8 : POSITION GYNECOLOGIQUE.....	19
FIGURE 9 : DECUBITUS LATERAL	19
FIGURE 10 : NUTATION (<i>MECANIQUE ET TECHNIQUES OBSTETRIQUES DE J.-P SCHAAL</i>)	20
FIGURE 11 : CONTRE-NUTATION (<i>MECANIQUE ET TECHNIQUES OBSTETRIQUES DE J.-P SCHAAL</i>)	21
FIGURE 12 : BAS-RELIEF EVOQUANT L'ACCOUCHEMENT DE CLEOPATRE (<i>HISTOIRE DE NAITRE DE F. LEROY</i>).....	25
FIGURE 13 : CHAISE D'ACCOUCHEMENT EN USAGE AU XVIEME SIECLE (<i>HISTOIRE DE NAITRE DE F.LEROY</i>).....	29
FIGURE 14 : LIT DE MISERE MODERNE (<i>HISTOIRE DES ACCOUCHEMENTS CHEZ TOUS LES PEUPLES DE G.-J. WITKOWSKI</i>)	32
FIGURE 15 : LA « MACHINE » DE MME DU COUDRAY EXPOSEE AU MUSEE FLAUBERT ET D'HISTOIRE DE LA MEDECINE A ROUEN (<i>PHOTO EXTRAITE DU SITE HTTP://WWW.MUSEES-HAUTE-NORMANDIE.FR</i>).....	36
FIGURE 16 : POSITION DE WALCHER (<i>DESSIN EXTRAIT DU SITE HTTP://WWW.MIDWIFERISING.BLOGSPOT.FR</i>)	39
FIGURE 17 : LES DIMENSIONS DU BASSIN MATERNEL (<i>MECANIQUE ET TECHNIQUES OBSTETRIQUES DE J.-P. SCHAAL</i>)	78
FIGURE 18 : LA SUCCUSSION HIPPOCRATIQUE (<i>HISTOIRE DES ACCOUCHEMENTS CHEZ TOUS LES PEUPLES DE WITKOWSKI</i>).....	79

Les figures 3 à 9 ont été dessinées par ma sœur, Marine Robert.

Table des annexes

ANNEXE 1 : FRISE CHRONOLOGIQUE.....	776
ANNEXE 2 : LES DETROITS, PLANS, AXES ET DIAMETRES DU BASSIN.....	777
ANNEXE 3 : LA SUCCUSSION HIPPOCRATIQUE UTILISEE LORS D'ACCOUchemENTS DIFFICILES	779
ANNEXE 4 : DESCRIPTION DU SIEGE OBSTETRICAL UTILISE DANS LA ROME ANTIQUE	80
ANNEXE 5 : SCENE D'ACCOUchement AU XVIEME SIECLE DECRITE PAR AMBROISE PARE.....	81

1 INTRODUCTION

Aujourd'hui, dans nos cultures occidentales, la majorité des femmes accouche allongée sur le dos en position dite « gynécologique ». Cette pratique s'est généralisée et marque un réel tournant de l'obstétrique aux XVIIe et XVIIIe siècles. Auparavant, cette position n'était que rarement adoptée par les femmes pour donner naissance à leurs enfants.

La médicalisation de la grossesse pour sa sécurisation et les nouvelles découvertes dans le monde obstétrical ont contribué aux changements de postures des parturientes. Ces mutations ont également été favorisées par l'évolution des métiers de sage-femme et de gynécologue-obstétricien au cours du temps. Un certain stéréotype de l'accouchement en position « gynécologique » est ainsi né.

Cependant, à partir de la deuxième moitié du XXème siècle, des recherches s'intéressent à nouveau aux postures du travail et de l'accouchement, en évaluant leurs bénéfices et/ou risques (1–8). Ce dogme de l'accouchement sur le dos devient alors sujet à débats et controverses. En effet, on cherche à étudier les différentes positions d'accouchement en lien avec la physiologie et en privilégiant la démedicalisation. Cela est même encouragé par l'Organisation Mondiale de la Santé qui stipule clairement que les positions horizontales et figées pour l'expulsion ne sont pas recommandées ; « les femmes peuvent adopter la position qu'elles désirent bien qu'il soit préférable d'éviter les périodes prolongées en position dorsale. Elles devraient être encouragées à essayer la position qui leur paraît la plus confortable et elles devraient être soutenues dans leur choix. » (9)

Notre étude a pour objectif de retracer l'évolution des positions d'accouchement à travers l'Histoire et tenter de comprendre la genèse de l'accouchement en position gynécologique en France et dans nos cultures occidentales.

De plus, notre travail pose la question du rapport entre les savoirs scientifiques et les savoirs profanes ; du rapport entre l'homme et la femme et le médecin et la sage-femme. Nous verrons également en quoi la socialisation des pratiques médicales a conduit à la constitution des normes du soin autour de la naissance.

2 PROBLEMATIQUE ET METHODOLOGIE

2.1 PROBLEMATIQUE

La problématique de l'évolution des positions d'accouchement ne se limite pas à être analysée au travers d'une étude purement historique. Notre recherche intègre les dimensions médicales, sociales et culturelles qui ont participé à l'instauration généralisée de la « position gynécologique ». En effet, l'évolution de la société de manière globale explique en partie ces mutations. Il s'agit autant du point de vue et de l'implication des femmes, que des pratiques professionnelles des sages-femmes et des médecins. Ces deux aspects posent la trame de ce mémoire et la question du rapport entre technique, science, liberté, histoire et société.

2.2 METHODOLOGIE

2.2.1 LIMITES SPATIO-TEMPORELLES

Les pages qui suivent ne portent pas sur une période stricte et précise de l'Histoire. Les premières données remontent à la Préhistoire puis l'Antiquité, aussi bien égyptienne, grecque que romaine. Cette époque gréco-romaine est importante car son influence est toujours présente sur nos pratiques actuelles.

Par la suite, les différentes sources se cantonneront à l'Europe Occidentale et plus particulièrement la France. En effet, l'évolution des pratiques, à partir du Moyen-Âge, est étudiée dans une approche d'évolution sociétale.

Une frise historique, non exhaustive, est annexée à ce mémoire afin de permettre au lecteur de se repérer plus facilement (*annexe 1*).

2.2.2 SOURCES

La revue de la littérature effectuée peut se diviser en deux étapes. Elle a été réalisée dans un premier temps sur différentes bases de données comme Babord+ et Sudoc pour la recherche d'ouvrages. Par la suite, des articles ont été consultés sur Pubmed, BDSP, Cochrane Library, Pascal.

Les recherches ont été effectuées en français (notamment pour les ouvrages) et en anglais.

Les mots clés français étaient les suivants : « positions d'accouchement », « histoire » et « accouchement », « mutations » et « naissance », « socialisation » et « accouchement », « profession sage-femme ». En anglais, « birthing positions » and « history », « positions » and « childbirth » et « maternal posture » étaient les mots-clés.

La méthodologie pour ce mémoire est basée pour l'essentiel sur celle d'un mémoire historique. L'étude des documents historiques à disposition a permis de dégager plusieurs axes de réflexion et un cheminement de l'évolution des positions d'accouchement. Ainsi, le plan de ce mémoire suit un découpage en périodes historiques. Et afin de répondre pleinement à la problématique, les évolutions sociales et sociétales de la condition de la femme et des métiers de sage-femme et de médecin sont étudiées selon cette même chronologie.

3 CADRE CONCEPTUEL

Ce cadre conceptuel est un préambule dans lequel nous faisons des rappels sur l'anatomie et la physiologie de la naissance. Nous verrons ensuite l'influence des différentes positions d'accouchement, après les avoir décrites, sur la mécanique obstétricale.

3.1 RAPPELS ANATOMIQUES ET MECANIQUE OBSTETRICALE (10,11)

3.1.1 CANAL PELVI-GENITAL

Une naissance par voie basse impose au fœtus un passage par la filière pelvienne ou canal pelvi-génital. Il est limité par le bassin osseux et recouvert des parties molles. Nous limiterons notre étude au bassin osseux et plus particulièrement à sa mobilité dans les variations posturales ; les parties molles jouant un rôle moins important.

Le bassin osseux est composé de quatre os : le sacrum et le coccyx en arrière et les deux os coxaux latéralement et en avant (constitués eux-mêmes de la fusion de trois os : iliaque, ischion et pubis). Le bassin est articulé avec la dernière vertèbre lombaire par le sacrum (*figure 1*).

C'est la partie basse du bassin ou petit bassin qu'il est primordial de maîtriser pour comprendre la mécanique obstétricale. Il est délimité par les ischions, le pubis et le sacrum et constitue un canal que l'on divise classiquement en trois parties : le détroit ou orifice supérieur, l'excavation pelvienne et le détroit ou orifice inférieur (*figure 2*). Les limites de ces détroits sont précisées dans *l'annexe 2*.

Ces trois parties forment les plans, axes et diamètres du bassin, également détaillés dans *l'annexe 2*. Ce qu'il est important de retenir, c'est qu'une dimension minimale de ces diamètres est requise pour permettre l'accouchement eutocique par les voies naturelles.

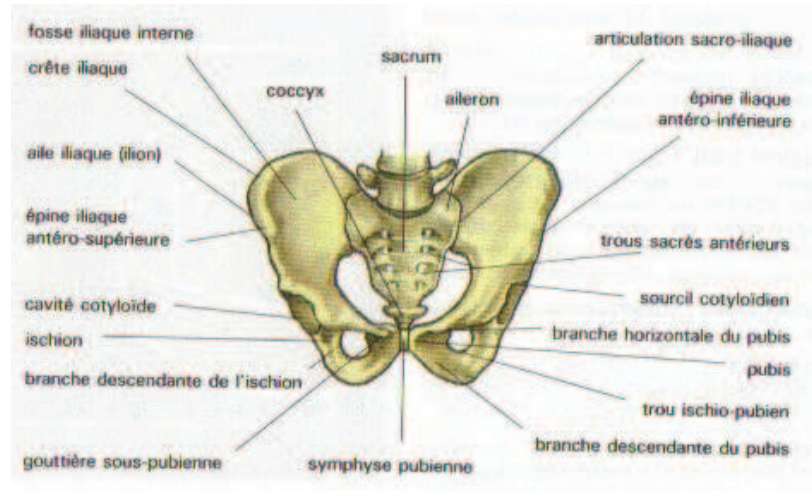


Figure 1 : bassin osseux, vue de face (*dictionnaire Hachette encyclopédique édition 2000*)

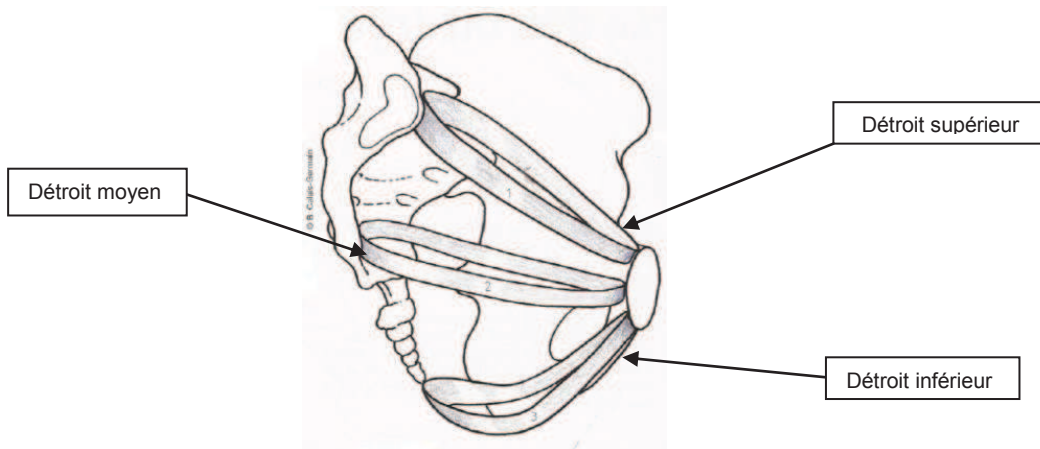


Figure 2 : les détroits du bassin (*Bouger en accouchant de B. Calais-Germain*)

3.1.2 MOBILITE

Le bassin comprend quatre articulations : les deux articulations sacro-iliaques, réunissant le sacrum à chaque os iliaque, la symphyse pubienne qui unit en avant les deux os pubiens et l'articulation sacro-coccygienne liant le sacrum au coccyx.

Au cours de la grossesse, l'imprégnation hormonale entraîne une hyperlaxité articulaire et permet une augmentation de l'amplitude des mouvements de toutes ces articulations.

Il existe un glissement au niveau de la symphyse pubienne, l'écart pubien pouvant aller jusqu'à 2.5 cm. Des mouvements d'écartement (abduction) et de rapprochement (adduction) des ailes iliaques, qui pivotent autour du sacrum, permettent d'agrandir réciproquement le détroit supérieur et le détroit inférieur du bassin. Au niveau de l'articulation sacro-coccygienne une bascule du coccyx vers l'arrière de quelques millimètres augmente le diamètre antéropostérieur du détroit inférieur.

D'autres mouvements, plus complexes, seront analysés plus loin, en lien avec les différentes positions maternelles.

3.1.3 LES ETAPES DE L'ACCOUCHEMENT

Une fois la dilatation du col réalisée, le fœtus doit parcourir la filière pelvi-génitale pour que l'accouchement se produise. On différencie trois temps : l'engagement, la descente et le dégagement.

L'engagement a lieu quand le plus grand diamètre de la présentation fœtale atteint le plan du détroit supérieur. Le fœtus s'engage dans un des diamètres obliques du bassin.

La première partie de la descente se poursuit dans le même axe que l'axe d'engagement. La résistance des muscles élévateurs de l'anus et l'action de la poussée utérine vont ensuite entraîner une rotation de la tête pour faciliter l'enroulement de l'enfant autour de la symphyse et la suite de la descente.

Au dégagement, la présentation fœtale doit franchir le détroit inférieur et l'orifice vulvaire en finissant l'enroulement autour de la symphyse.

3.2 DEFINITIONS DES POSITIONS D'ACCOUCHEMENT (6,8,12)

Il existe de nombreuses positions corporelles que l'on peut diviser en positions horizontales et positions verticales. Plusieurs auteurs se sont servis de la définition donnée par Atwood pour les différencier (3,6). Nous utiliserons également cette définition dans ce mémoire. La distinction entre ces deux catégories de position est fonction de l'angle que fait la ligne reliant les centres des troisième et cinquième vertèbres lombaires avec l'horizontal. Si cet angle est supérieur à 45° la position est considérée comme verticale et s'il est inférieur à 45° il s'agit d'une position horizontale.

3.2.1 LES POSITIONS VERTICALES

Nous distinguerons 4 positions verticales : les positions debout, assise, accroupie et à genoux.

En position assise (*figure 3*) comme accroupie (*figure 4*), le dos est à la verticale. Dans la position accroupie l'appui fessier est supprimé et le poids du corps repose essentiellement sur les pieds.

Des variantes sont possibles avec les genoux plus ou moins pliés en position assise ou bien l'ajout de suspension dans la position accroupie.



Figure 3 : position assise



Figure 4 : position accroupie

En position debout (*figure 5*), le poids du corps est porté par les pieds et des variantes de suspension et d'appui sur les mains existent.



Figure 5 : position debout

Dans la position à genoux (*figure 6*), la répartition du poids du corps est variable en fonction de l'appui des mains. Les rotations interne et externe des fémurs et leur flexion/extension permettent différentes variantes de la position.



Figure 6 : position à genoux

Une déclinaison de la position à genoux peut être la position à « quatre pattes » (*figure 7*).

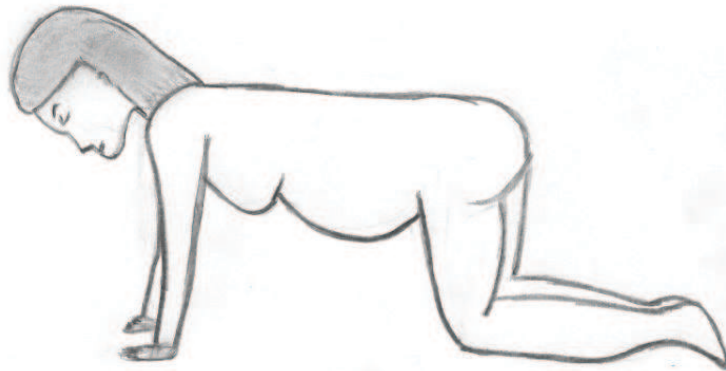


Figure 7 : position à "quatre pattes"

3.2.2 LES POSITIONS HORIZONTALES

Parmi les positions horizontales, différentes variantes de la position allongée sur le dos (ou décubitus dorsal) existent. La plus commune est la position de lithotomie ou « position gynécologique » ou position de la taille (*figure 8*).

La « position gynécologique » est un aménagement du décubitus dorsal avec les cuisses écartées et fléchies sur le bassin et les jambes fléchies sur les cuisses. Les jambes sont le plus souvent placées sur les étriers pour permettre l'hyperflexion.

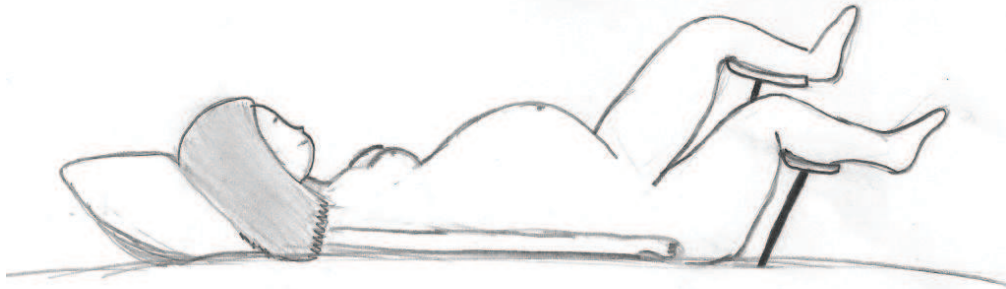


Figure 8 : position gynécologique

Dans toutes les positions horizontales, l'appui du poids du corps se fait pour l'essentiel sur le dos.

Le décubitus latéral (*figure 9*) est une autre variante où la femme est allongée sur le côté. La flexion et l'extension de l'une ou l'autre des jambes peuvent varier.

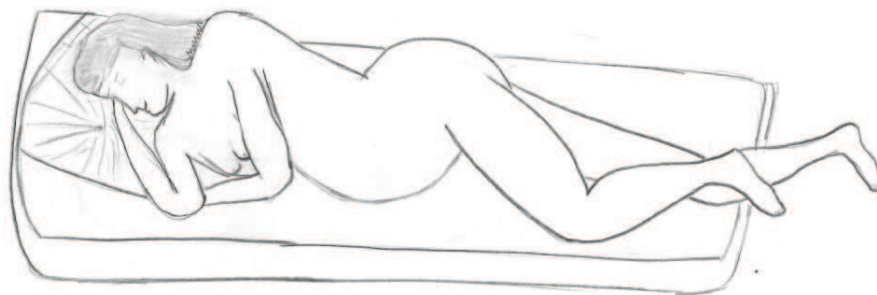


Figure 9 : décubitus latéral

3.3 CONSEQUENCES DES POSITIONS D'ACCOUCHEMENT SUR LA MECANIQUE OBSTETRICALE

3.3.1 LES MOUVEMENTS DE NUTATION/CONTRE NUTATION (13,14)

Parmi les mouvements du bassin décrits précédemment, nous avons volontairement omis de parler de la nutation et de la contre nutation des articulations sacro-iliaques pour les aborder ici. Rappelons tout d'abord que les articulations sacro-iliaques sont les articulations les plus mobiles du bassin.

La nutation consiste en un mouvement de bascule en avant et en bas du sacrum (*figure 10*). Ce mouvement agrandit le détroit inférieur (par augmentation de son diamètre sous-sacro-sous-pubien) et favorise le dégagement de la tête fœtale. Même si elle diminue le diamètre promonto-rétro-pubien du détroit supérieur, la nutation peut favoriser l'engagement. En effet, elle permet une meilleure concordance entre l'axe de la poussée utérine et l'axe du détroit supérieur (axe ombilico-coccygien) et diminue la lordose lombaire.

La nutation est obtenue par la flexion des cuisses sur le bassin quand le sacrum reste fixe.

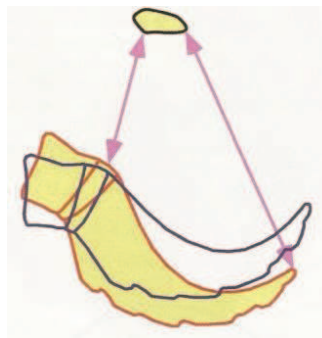


Figure 10 : nutation (*Mécanique et techniques obstétricales de J.-P Schaal*)

La contre nutation permet la bascule de la base du sacrum en arrière écartant ainsi les ailes iliaques (*figure 11*). Ce mouvement agrandit la taille du détroit supérieur (par augmentation du diamètre promonto-rétro-pubien) et peut favoriser l'engagement sans cependant favoriser la concordance des axes. A l'inverse, les diamètres du détroit inférieur sont diminués (notamment les diamètres sous pubien et bi-ischiatique).

La contre nutation est obtenue par l'extension des cuisses sur le bassin.

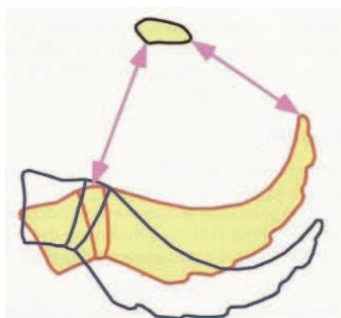


Figure 11 : contre-nutation (*Mécanique et techniques obstétricales de J.-P Schaal*)

Plus que l'augmentation des diamètres du détroit supérieur, c'est la concordance de son axe avec celui de la poussée utérine qui facilitera l'engagement de l'enfant dans le bassin. Ainsi, la nutation doit être favorisée. De plus, comme nous l'avons vu précédemment, la rétropulsion du coccyx peut permettre une augmentation du détroit inférieur du bassin. Ce mouvement est obtenu par la nutation et sera donc favorable au dégagement de la tête de l'enfant.

3.3.2 CONSEQUENCES DES POSITIONS HORIZONTALES (15–18)

En position gynécologique, le plan du détroit supérieur du bassin forme un angle de 45° avec la verticale et le plan du détroit inférieur est quasiment vertical. Cette position augmente la courbure sacrée empêchant le mouvement de nutation. Elle favorise la présentation fœtale à se diriger vers l'avant du fait d'une moins bonne concordance entre l'axe de la poussée utérine et l'axe de descente de l'enfant. Si le sacrum est en appui sur un plan dur la mobilité du bassin est réduite.

En étant semi-assise, la mobilité est augmentée mais l'appui du bassin reste important.

Une position gynécologique aménagée est plus favorable aux différents temps du travail. Le sacrum doit être libre de tout appui ou bien légèrement surélevé sur un socle mou pour augmenter la mobilité. Une flexion des hanches supérieure à 90° est souhaitée pour favoriser cette libération du sacrum. Les

fémurs, en rotation externe, augmentent le diamètre transverse du détroit inférieur. En rotation interne, ils écartent les épines sciatiques et augmentent les diamètres antéropostérieur et transverse du détroit inférieur, favorisant la nutation et donc le dégagement.

Le décubitus latéral facilite le repos sans tension musculaire. L'orientation de l'utérus permet aux forces des contractions de favoriser l'engagement. Le bassin est libre, d'autant plus que la jambe supérieure est soutenue ou suspendue. Cette position est intéressante pour les variantes d'asymétrie qu'elle propose. Les deux jambes peuvent alterner des mouvements de flexion et d'extension. La flexion de la jambe supérieure permet une ouverture maximale du bassin et est donc favorable à l'expulsion. Des mouvements alternés de rotation interne et externe des fémurs sont également intéressants pour la descente de l'enfant puisqu'ils font varier les dimensions de l'excavation pelvienne.

3.3.3 CONSEQUENCES DES POSITIONS VERTICALES (15–18)

L'idéal pour l'expulsion est d'obtenir la détente du périnée avec des postures inversées (bassin au-dessus du thorax). Le bassin doit être le plus libre possible, tant pour sa mobilité que pour favoriser le dégagement. Un étirement permettant la remontée du diaphragme est également bénéfique.

Les positions à genoux, et plus particulièrement à « quatre pattes », permettent de détendre au maximum les pressions sur le périnée. Ces positions soulagent les douleurs lombaires puisqu'elles n'impliquent aucun appui postérieur. Elles dirigent cependant l'enfant vers l'avant et ne favorisent pas particulièrement l'engagement. Elles sont plutôt bénéfiques à la descente et l'enroulement de l'enfant autour de la symphyse une fois qu'il est engagé dans le bassin. Différentes suspensions sont possibles et permettent un maximum de mobilité. La position des fémurs (flexion, extension, rotation interne, rotation externe) aide à la progression de l'enfant par variations des dimensions du bassin.

La position accroupie est celle qui mobilise le plus les articulations du bassin permettant une optimisation de ses dimensions(6). Elle aide la présentation fœtale à suivre l'axe de dégagement. Cette position, fatigante, peut bénéficier de méthodes de suspension afin de diminuer l'appui du poids du corps.

La position debout offre globalement les mêmes avantages que les positions à genoux et accroupie. Le bassin est libre et la pesanteur est favorable à l'engagement de l'enfant. De nombreuses variantes sont également possibles. Elle présente également la contrainte d'être fatigante.

En position assise, de nombreuses postures d'antéversion et de rétroversion du bassin sont possibles. Les axes de la poussée utérine et de l'engagement concordent. Cependant, il faut veiller à ce que l'appui fessier ne se fasse pas sur le sacrum, entraînant alors une contre-nutation. La position assise sur un ballon laisse un large panel de choix aux femmes pour la position des jambes ou une éventuelle suspension.

Au final, c'est la mobilisation de la femme par alternance de différentes positions qui semble présenter un intérêt pour la mécanique obstétricale.

En effet, les différents temps de l'accouchement ne nécessitent pas les mêmes aménagements du corps. C'est la succession et la variation de différents mouvements qui peuvent optimiser le travail et l'accouchement.

4 LES DONNEES HISTORIQUES D'AVANT JESUS CHRIST JUSQU'A LA FIN DE L'ANTIQUITE (19-21)

A la Préhistoire, on trouve peu de données sur les pratiques obstétricales. L'homme vit dans la nature et l'on peut supposer que les femmes accouchent à même le sol, de manière similaire aux animaux. La bipédie marque une évolution sur la parturition. En effet, la station debout ne fait plus concorder l'axe de l'utérus avec celui du bassin et le plancher pelvien devient plus résistant pour pallier la pesanteur. Le travail et l'accouchement chez l'Homme sont donc plus longs et plus difficiles que chez les animaux.

Dans les sociétés archaïques contemporaines, l'intuition a permis aux hommes de comprendre l'importance du rôle mécanique de l'accouchement. Ainsi, pour faciliter la naissance, différentes positions sont adoptées. Les positions verticales et semi-verticales sont les plus utilisées. Par exemple, chez les Zoulous la femme accouche en position agenouillée et en Nouvelle Guinée elle est semi-assise. Parfois, la suspension est encouragée tout comme l'aide d'autres femmes pour faciliter l'enfantement. Différentes manœuvres, parfois barbares sont utilisées dans le but d'augmenter la pesanteur et la pression abdominale pour faciliter l'accouchement. (22)

La magie et le recours aux divinités et aux sorciers, fait partie intégrante de la naissance.

L'Egypte est la civilisation antique la mieux documentée. La médecine a un caractère sacré et la pratique obstétricale est très imprégnée de magie et de religion. Plusieurs dieux et déesses sont vénérés. Isis, déesse des mariages et de la fécondité, est honorée lors des accouchements par exemple. L'anatomie est mal connue car les Egyptiens ne pratiquent pas la dissection. Pour autant, les connaissances en obstétrique et en gynécologie progressent et sont considérées comme une spécialisation de la sage-femme. Ces connaissances se développent en marge de la médecine traditionnelle car seules les matrones, peu instruites, pratiquent l'obstétrique.

Les accouchements sont décrits en position accroupie, allongée ou agenouillée. Le bas-relief évoquant l'accouchement de Cléopâtre en témoigne (*figure 12*). Les femmes s'accroupissent parfois sur des briques permettant alors un accès à la tête de l'enfant lors du dégagement. L'accouchement peut également se faire sur un siège spécial.

Seules les femmes assistent aux accouchements et ont un rôle primordial autour de la femme en travail qu'elles assistent jusqu'à la mise au monde.



Figure 12 : bas-relief évoquant l'accouchement de Cléopâtre (*Histoire de naître de F. Leroy*)

A la même époque, en Amérique précolombienne, les documents sur les pratiques obstétricales sont rares. Grâce à certaines iconographies, on sait que l'accouchement se fait le plus souvent en position accroupie ou à genoux.

Cette médecine égyptienne, source de beaucoup de magie mais également basée sur des faits scientifiques, s'est transmise aux Grecs et à l'Occident. En Grèce, des déesses sont également invoquées par les femmes au moment de l'accouchement telles Héra, déesse des mariages et des accouchements ou Artémis, déesse de la maternité et de la fécondité. On assiste à une coexistence de la médecine sacrée et de la médecine profane. Elles sont à la base de la médecine hippocratique qui s'ouvre sur les expériences et les observations en se détachant petit à petit de la religion. La médecine grecque est par la suite considérée comme le berceau scientifique de la médecine.

La profession de sage-femme est réglementée et ces dernières sont les seules compétentes pour aider les femmes lors d'un accouchement physiologique. Elles doivent cependant appeler le médecin en cas de complications.

Des scènes d'accouchement sont décrites très précisément dans les écrits d'Hippocrate :

Aux temps archaïques, la parturiente accouchait à genoux dans la position analogue à celle de LETO pour la naissance d'APOLLON ; à l'époque d'HIPPOCRATE, à Sparte elle accouche sur un bouclier et à Athènes, le plus souvent sur un lit, mais on fait quelquefois usage, non pas d'un fauteuil obstétrical, mais d'un meuble domestique, le *lasanum* ou *sella recubitoria perforata*, qui sert également pour les fomentations dans les affections gynécologiques et les délivrances tardives. La parturiente à demi-couchée sur ce siège, légèrement inclinée en arrière, repose sur les genoux d'une assistante assise qui la maintient, lorsque les douleurs surviennent, pour éviter qu'elle ne tombe. La sage-femme se tient devant elle sur un tabouret. (23)

Hippocrate recommande la succussion en cas d'accouchement difficile. La femme est maintenue en position verticale et subit des mouvements brutaux pour accélérer la venue de l'enfant. Une description précise de la succussion Hippocratique est présentée en *annexe 3*. Cette pratique, considérée comme extrêmement brutale, sera par la suite abandonnée.

Les Hébreux s'inspirent de plusieurs peuples pour leurs pratiques de l'obstétrique en raison de leur important nomadisme. L'influence égyptienne chez les Anciens Hébreux est incontestable. Plus tard, environ 300 ans avant J.-C. l'obstétrique grecque a sans doute sa part d'influence sur les pratiques hébraïques.

Les femmes accouchent à genoux, accroupies ou bien assises sur les genoux d'une autre femme. L'accouchement sur une chaise obstétricale est également évoqué par certains auteurs. Cependant, la grande diversité d'interprétations des textes Hébreux ne permet pas d'affirmer qu'une position particulière est adoptée pour l'accouchement.

La Rome antique est par la suite l'héritière de la médecine grecque. La mythologie fait partie intégrante des pratiques liées à l'accouchement. Plusieurs déesses sont priées par les femmes au cours de leur grossesse et du travail pour leur apporter la fertilité, lutter contre la douleur ... Ce n'est que lorsque les médecins grecs s'installent à Rome, que la médecine attachée aux procédés magiques devient plus scientifique et sort à son tour de l'obscurantisme. Soranos d'Ephèse, est l'un d'entre eux.

Au premier siècle de notre ère, Soranos d'Ephèse est considéré comme un spécialiste de la gynécologie et de l'obstétrique de l'Antiquité. Il participe à l'enseignement des sages-femmes et préconise l'accouchement en position assise sur un siège percé. Ce dernier est décrit très précisément dans *l'annexe 4*. L'architecture de ce siège insiste sur la nécessité de libération du sacrum et du coccyx. Des appuis pour les mains et le dos sont également nécessaires lors des efforts de poussée. Lorsque le siège obstétrical n'est pas utilisé, les positions assises avec soutien permettant l'étirement et le soulagement de la douleur sont utilisées. La respiration abdominale est également encouragée pour soulager la douleur et favoriser l'eutocie de l'expulsion.

En cas de dystocie, la patiente est installée à genoux et les manœuvres à effectuer sont décrites comme réalisées le plus souvent par des sages-femmes.

Beaucoup de Romaines semblent cependant avoir accouché sur un lit, aménagé de manière particulière pour la circonstance ; la partie supérieure du corps devant être inclinée.

5 DU MOYEN-ÂGE AU XVIIEME SIECLE

5.1 ÉVOLUTION DES PRATIQUES DE L'ACCOUCHEMENT (24–27)

Jusqu'aux XVIème et XVIIème siècles, la matrone des villages est une accoucheuse empirique à qui la communauté fait confiance pour assister les femmes en couches. L'accouchement se fait au domicile ou dans l'étable et la femme emprunte différentes positions. Les positions évoquées sont accroupie, agenouillée, debout, assise et couchée mais s'allonger n'est pas encore entré dans les mœurs et reste rare.

La naissance est en grande partie une histoire de femmes. La matrone et de nombreuses autres femmes (famille, femmes du village) sont présentes. La chaise d'accouchement, conçue dans l'Antiquité, sera réintroduite bien après le Haut Moyen-Âge. Elle est principalement utilisée dans les classes aisées et permet de remplacer le père ou l'homme, parfois présent. En effet, en cas de nécessité pour un accouchement difficile, l'homme est appelé et utile pour sa force physique.

Vers le XIIIe siècle, la majorité des accouchements se fait encore au domicile mais peu à peu, l'hôpital va accueillir les femmes abandonnées et un siècle plus tard, l'office des accouchées à l'hôtel Dieu à Paris voit le jour.

Avec l'invention de l'imprimerie en 1450, des traités d'obstétrique sont diffusés. Le premier traité imprimé est celui d'un médecin allemand Rösslin. Dans une des éditions, il 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 ». (28)

En France, Ambroise Paré (1510-1590), maître chirurgien barbier élu au Collège Royal des Chirurgiens, recommande la chaise d'accouchement (*figure 13*).

Ambroise Paré donne une description très précise d'une scène d'accouchement, retranscrite dans *l'annexe 5*. Il décrit l'accouchement en position allongée sur un lit avec les fesses légèrement surélevées.

Cette attitude améliore la respiration et les efforts de poussée. Ambroise Paré est par ailleurs persuadé que les os pubiens et le bassin bougent et s'écartent lors de l'accouchement.

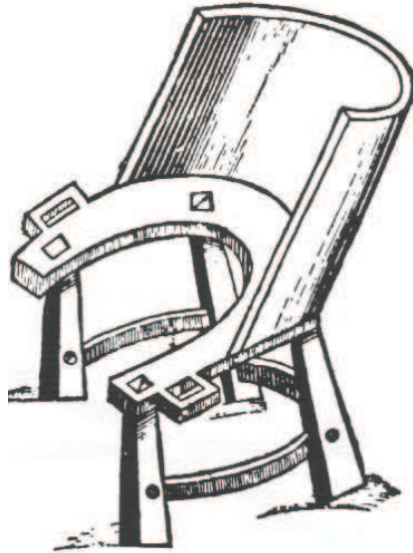


Figure 13 : chaise d'accouchement en usage au XVIème siècle (*Histoire de naître de F.Leroy*)

La plus célèbre sage-femme de cette même époque est Louyse Bourgeois (1563-1636), accoucheuse de la reine Marie de Médicis, épouse d'Henri IV. Elle est l'une des premières sages-femmes à avoir réalisé des écrits obstétricaux. Dans ces récits, elle commente les accouchements de la Reine, précisant qu'ils ont lieu soit sur une chaise spéciale soit sur un lit.

5.2 EVOLUTION SOCIETALE (29–32)

A la fin du IVème siècle, l'effondrement de l'Empire Romain entraîne la disparition de nombreux savoirs, on tombe dans l'ignorance et l'empirisme jusqu'à assister à un recul de l'art médical. L'Eglise sera pour l'essentiel la gardienne du savoir médical. La médecine du clergé coexiste alors avec la médecine laïque mais elles font toutes les deux preuves de grandes ignorances et aucun enseignement n'est délivré aux médecins ou aux sages-femmes. La base de l'apprentissage des sages-femmes peut se résumer aux transmissions orales.

La conquête du monde gréco-romain oriental par les Arabes, dont l'apogée de l'empire se situe entre 750 et 850, permet de préserver les connaissances. En effet, en traduisant les écrits des Anciens, ils évitent que leurs connaissances tombent dans l'oubli.

Mais pendant cette période du Haut Moyen-Âge, la médecine reste imprégnée d'un caractère magico-religieux et manque de rationalité (décoctions, fumigations, sorcellerie sont utilisées pour faciliter ou accélérer l'accouchement par exemple).

Plus tard, avec la création de la célèbre école de Salerne en Italie au VIIIème ou IXème siècle et la traduction en latin des traités de la médecine arabe et grecque, une formation médicale de qualité est enseignée. En France, ce n'est qu'au XIIème siècle que sont créées les premières écoles, encore imprégnées de croyances religieuses et interdites aux femmes. Des universités de médecine vont voir le jour dans le but d'uniformiser et d'officialiser les professions de médecins et chirurgiens.

Comme nous l'avons vu précédemment, l'invention de l'imprimerie en 1450 va permettre une diffusion plus large des connaissances. Avec la Renaissance, l'anatomie va connaître un essor et différents traités d'obstétrique voient le jour en Europe.

En parallèle, une rivalité interprofessionnelle se construit. Il existe un classement hiérarchique des professions : les médecins ont un statut social bien supérieur à celui des chirurgiens agréés, eux-mêmes ayant un statut plus reconnu que celui des chirurgiens barbiers. Au Moyen-Âge, l'Eglise condamne les actes chirurgicaux. De ce fait, les chirurgiens ne reçoivent pas d'enseignement universitaire et sont considérés comme des travailleurs manuels, parfois charlatans. C'est surtout le cas des chirurgiens barbiers, qui s'occupent de la petite chirurgie (raser, arracher des dents...). La chirurgie est donc reléguée au rang inférieur pendant de nombreuses années. Les chirurgiens agréés, se distinguent des barbiers puisqu'ils doivent passer un examen devant un jury avant de pouvoir pratiquer la chirurgie et de plus lourdes opérations que celles réalisées

par les barbiers. Repoussés par les médecins, les chirurgiens décident de se regrouper et la confrérie de Saint Côme voit le jour en 1268. Les chirurgiens et les barbiers sont membres de cette confrérie mais des rivalités persistent entre eux et leurs deux métiers sont séparés et réglementés de manière indépendante.

Selon la morale chrétienne, les hommes sont exclus de la chambre d'accouchement. Les sages-femmes ont donc un statut particulier et détiennent le monopole dans l'art des accouchements. Le père n'est appelé qu'en cas de nécessité majeure. Il en est de même pour le médecin, que les sages-femmes appellent lorsqu'elles ne peuvent résoudre elles-mêmes différentes complications de l'accouchement. Le chirurgien se déguise parfois ou se cache sous le drap de la parturiente pour que celle-ci ne s'aperçoive pas de l'intrusion d'un homme. Certaines femmes refusent même le recours aux chirurgiens, au risque de leur vie.

6 DU XVIIEME AU XIXEME SIECLE

6.1 S'ALLONGER POUR ACCOUCHER (2,24,25,33–35)

Mauriceau (1637-1709), célèbre accoucheur français, recommande la position couchée ou semi couchée pour l'accouchement. Il est surnommé par certains auteurs le « Roi Soleil de l'obstétrique » (36). Sa réputation est grande et il fait de l'obstétrique une spécialité médicale en l'objectivant et en l'occultant en partie des superstitions et préjugés qu'elle perpétuait.

D'après lui, la position couchée pour donner naissance est la plus confortable pour les accoucheurs comme pour les femmes. Il explique qu'elle permet une amélioration de la respiration, donne plus de force pour les efforts expulsifs et est plus sécurisante. L'accès au périnée est également facilité par cette position. Elle est surnommée la « " French " position » (24) et se répand à partir du XVIIIème siècle en Europe et en Amérique du Nord. L'influence de Mauriceau sera considérable et cette position va peu à peu s'imposer comme position « normale » pour accoucher.

Des lits de camp ou « lit de misère » (*figure 14*) sont spécialement conçus pour l'accouchement des femmes. La tête et les épaules sont légèrement surélevées et parfois des barres situées au bout du lit permettent aux pieds de prendre appui.



Figure 14 : lit de misère moderne (*Histoire des accouchements chez tous les peuples de G.-J. Witkowski*)

A l'époque de Mauriceau, l'influence du roi Louis XIV (1638-1715) est non négligeable quant à l'instauration généralisée du décubitus dorsal pour l'accouchement. En effet, Louis XIV insistera pour que les accoucheurs soient des hommes et que l'accouchement se fasse sur le dos. Sa proximité avec de nombreux médecins l'encourage à tenir ces propos et par ailleurs, l'homme et le médecin ont un statut social plus valorisant pour la bourgeoisie que la femme et la sage-femme.

Chez nos voisins européens, les pratiques de l'accouchement sont un peu différentes, notamment jusqu'au milieu du XVIIIème siècle.

Un Hollandais, contemporain de Mauriceau, Hendrik Van Deventer (1651-1726) est un des pères de l'obstétrique du XVIIe siècle. Contrairement à Mauriceau, il recommande la position assise pour accoucher et donc l'utilisation d'une chaise spéciale pouvant proposer différents degrés d'inclinaison permettant la mobilité du bassin.

Dès le milieu du XVIème, l'usage de la chaise d'accouchement est également très répandu en Allemagne.

En Angleterre, au XVIIIème siècle, un fauteuil est parfois utilisé. Mais c'est le décubitus latéral qui sera largement incité par les accoucheurs anglais. La femme accouche allongée sur le côté, en tournant le dos à l'accoucheur. Cette attitude est attribuée en partie à un respect de la pudeur de la femme. Les médecins et sages-femmes défendent également l'idée d'une meilleure surveillance du périnée pendant l'expulsion et donc d'une diminution des déchirures, comparé à l'accouchement sur une chaise. Le décubitus latéral se généralise dans tout le Royaume Uni et de nombreuses maternités d'Europe, où il est encore couramment vu de nos jours.

En France, jusqu'au milieu du XVIIIème siècle, la liberté des positions d'accouchement et la mobilité restent nécessaires pour un bon nombre d'accoucheurs. Des descriptions de la chaise d'accouchement sont faites par des contemporains de Mauriceau tout comme la pratique d'accouchement dans d'autres positions que le décubitus dorsal.

La chaise et le fauteuil d'accouchement « ont bien constitué des instruments de médicalisation des couches » d'après Jacques Gélis (37). Ils ont conduit à l'accouchement systématisé sur le dos et dans un lit, marquant de manière plus prononcée la médicalisation de l'accouchement.

Mais au XIX^{ème} siècle, le décubitus dorsal est la posture la plus couramment employée pour accoucher. L'accoucheur retient la tête de l'enfant et joue un rôle de prévention du périnée. Le lit de la femme est aménagé pour l'occasion et les lits de misère se font de plus en plus rares. Cependant des traditions persistent dans certaines régions de France et les femmes accouchent différemment. Elles accouchent debout et penchées en avant en Bretagne et s'agenouillent dans le Gâtinais par exemple. Ces pratiques sont surtout rurales puisque dans les villes, c'est l'accouchement en décubitus dorsal qui est prédominant.

6.2 ÉVOLUTION DE LA SOCIÉTÉ ET ORGANISATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME (31,32,38–41)

L'influence de Mauriceau et celle de Louis XIV renforcent le conflit interprofessionnel. Les chirurgiens sont plus nombreux et mettent en avant la nécessité de leur reconnaissance de par le travail qu'ils accomplissent lors des accouchements dystociques. C'est donc en transgressant l'avis des médecins et en rivalisant avec les sages-femmes qu'ils se sont petit à petit imposés dans la discipline obstétricale. Mauriceau considère la grossesse comme une maladie. Ainsi, la place des sages-femmes en obstétrique est parfois remise en cause.

Jusqu'au XVII^{ème} siècle, la situation reste paradoxale. Les matrones gèrent les accouchements seules la plupart du temps, sans aucun savoir scientifique à proprement parler et les chirurgiens ou barbiers qui leur viennent en aide n'ont parfois aucune connaissance obstétricale. L'opposition se renforce ; les chirurgiens se plaignent de l'incompétence des sages-femmes qui les appellent dans des situations irrémédiables et les sages-femmes remettent en cause la fierté de ces hommes qui s'immiscent avec brutalité dans la vie des femmes.

La profession de sage-femme, et ce jusqu'aux XVIème XVIIème siècle, n'a pas de réelle organisation. Louyse Bourgeois, sage-femme de la reine Marie de Médicis, contribue à la diffusion des connaissances en obstétrique. Elle est reconnue par ses confrères de l'époque. Elle va exercer à l'Office des Accouchées à l'Hôtel Dieu à Paris, seul établissement hospitalier d'Europe accueillant des femmes enceintes à l'époque.

Dès la fin du XVIème siècle, les autorités imposent aux sages-femmes un examen et un certificat d'apprentissage pour être agréées. Les chirurgiens barbiers sont les membres majoritaires du jury mais une à deux sages-femmes sont également présentes pour délivrer ce certificat. Les chirurgiens gardent cependant la main mise sur la formation et l'agrément des futures sages-femmes. Sous Louis XIV, les sages-femmes seront rattachées à la corporation des chirurgiens en 1664 (42). Ainsi les premières réglementations de la profession apparaissent et l'édit royal de 1692 fixe les modalités pour être sage-femme (âge, conditions d'examen ...).

Le règne de Louis XIV, et plus généralement le passage du XVIIème au XVIIIème siècle, marque la fin du monopole de l'obstétrique pour les sages-femmes. L'accoucheur en tant qu'homme devient le signe d'un statut social supérieur pour la bourgeoisie et le chirurgien vient rivaliser avec le médecin, atténuant ainsi la hiérarchie entre ces deux métiers.

En parallèle, concernant la profession de sage-femme, un fossé se crée entre la ville et la campagne. Les matrones des villages, accoucheuses empiriques, continuent de pratiquer les accouchements sans suivre aucune formation médicale. Les taux de mortalité et de morbidité restent alors élevés et déplorables dans les zones rurales. Les sages-femmes seront alors unanimes à demander une formation de qualité pour pallier cette disparité.

Cet enseignement débute à la maternité de l'Hôtel Dieu à Paris, seule école du XVIIIème siècle où est assurée la formation des sages-femmes. L'Office des Accouchées existe depuis le Moyen-Âge, mais c'est à partir de la fin du XVIIème siècle que la formation des sages-femmes s'y déroule. Les accouchements se font en public ou une maîtresse sage-femme donne des cours

pratiques d'obstétrique à quelques élèves. Mais cet enseignement renforce l'inégalité de formation entre Paris et la province. Une réforme en 1735 permet de doubler les effectifs de sages-femmes formées chaque année et d'ouvrir deux cours différents ; un pour les sages-femmes de Paris et un pour les provinciales. Mais cela reste insuffisant pour pallier le manque de formation des sages-femmes des campagnes.

Avec Angélique Marguerite le Boursier du Coudray (1712-1792), maîtresse sage-femme formée à l'Hôtel Dieu, cet enseignement va prendre de l'ampleur. Elle invente un mannequin (*figure 15*) qui reproduit l'anatomie féminine avec différents accessoires pour enseigner la mécanique obstétricale. Elle souhaite mettre en avant le côté pratique de l'enseignement avec moins de théorie. Elle obtient un brevet royal en 1759 lui permettant de dispenser des cours dans tout le Royaume et non plus seulement qu'à Paris. Elle sera reconnue professeur d'obstétrique en 1767. Ses cours sont enseignés aux futures sages-femmes, médecins et chirurgiens. (43,44)

Sa nièce, Mme Coutenceau prend sa suite jusque dans les années 1780. A partir de cette date et avec l'arrivée de la Révolution Française, on assiste à un abandon progressif de ces enseignements en province.



Figure 15 : la « Machine » de Mme du Coudray exposée au musée Flaubert et d'histoire de la médecine à Rouen (*photo extraite du site <http://www.musees-haute-normandie.fr>*)

La Révolution Française en 1789 met fin aux corporations et promulgue la liberté professionnelle.

Un réaménagement des professions de santé a lieu mais il ne se fait pas au profit de la sage-femme. Les lois stipulent la poursuite de deux types de formation : dans des centres départementaux et à l'école de la Maternité de Port Royal, héritière de l'Hôtel Dieu. Mme Lachapelle (sage-femme en chef), M. Baudelocque (médecin accoucheur) et M. Chaptal (ministre de l'intérieur) font de l'école de la Maternité une institution de qualité destinée aux meilleures sages-femmes.

Les cours initiés par Mme du Coudray dans le Royaume vont perdurer mais sans aucune homogénéité. Les médecins vont alors suivre de nombreux cours théoriques d'obstétrique pour faire concurrence aux sages-femmes. Les médecins et les autorités souhaitent que la sage-femme soit compétente avec des connaissances scientifiques mais qu'elle reste sous tutelle du médecin.

Les différents arrêtés et réformes à partir de 1800 sont donc responsables du nouveau déclin des sages-femmes. La profession ne s'uniformise pas et les compétences des sages-femmes ne sont pas clairement définies dans les textes. On se retrouve, comme au XVIème siècle, avec une mouvance illégale de l'exercice de la profession (surtout dans les campagnes). Cet exercice illégal entraîne par la suite la déconsidération de la profession, qui prend un retard énorme dans le développement et l'apprentissage de l'art obstétrical, dont les chirurgiens et les médecins détiennent le monopole.

6.3 AVANCEES OBSTETRIQUES DES XVIIIEME ET XIXEME SIECLES

Diverses avancées obstétricales voient le jour aux XVIIIème et XIXème siècle. L'extraction instrumentale, les méthodes de prise en charge de la douleur sont les deux domaines que nous avons choisi d'aborder.

6.3.1 EXTRACTION INSTRUMENTALE

Bien qu'inventés par Peter Chamberlain (1560-1631) au XVIème siècle, les forceps connaissent un succès important aux XVIIIème et XIXème siècles. La famille Chamberlain a longtemps gardé le secret de cet instrument qui s'est ensuite révélé. Le forceps, ou « mains de fer »(45), est adopté par l'Académie Royale des Sciences en France en 1721.

Au XVIIIème siècle, le forceps est perfectionné dans son rôle de préhension par différents obstétriciens et son utilisation se répand. Le forceps avec courbure pelvienne d'André Levret (1703-1780) représente une importante amélioration de cet instrument. En effet, la courbure pelvienne permet un usage du forceps pour des présentations fœtales situées plus hautes dans le bassin, pour lesquelles un instrument à axe droit ne permet pas l'extraction.

L'usage du forceps, largement répandu, va alors être controversé par différents médecins en Europe jusqu'au début du XIXème siècle. Son utilisation va diminuer mais chacun invente son propre forceps dans le but d'en faire un instrument de choix pour l'accouchement.

Une nouveauté est ensuite apportée en 1877 par le forceps de Stéphane Tarnier (1828-1897). Il concentre ses recherches sur la traction exercée par cet instrument de telle sorte qu'elle soit le plus favorable possible, c'est-à-dire dans l'axe de l'excavation du bassin. (46,47)

Pour une utilisation optimale des forceps, la position de la femme enceinte est primordiale. La position de la taille est préconisée. La région sacrée doit être surélevée afin de réduire la lordose du bassin et l'inclinaison du détroit supérieur. Pour que la préhension et la traction soient plus faciles, lors d'extraction haute, la symphyse pubienne doit être plus élevée que le promontoire. (48)

Par antagonisme, la position de Walcher, médecin allemand, est décrite et publiée à la fin du XIXème siècle (*figure 16*). Elle a pour but d'ouvrir le bassin. La femme doit être installée en décubitus dorsal avec les jambes en extension sur les cuisses et pendantes dans le vide sans que les pieds ne touchent le sol. Cette position augmente le diamètre antéropostérieur du détroit supérieur et favorise l'engagement de l'enfant. La position de Walcher est jugée comme favorable et

préférable à la position de lithotomie pour l'usage des forceps par des médecins anglais. Certains défendent même un accouchement plus rapide et plus sûr dans la position de Walcher comparé au décubitus dorsal ou latéral. Par ailleurs, le poids des jambes aurait un impact sur la détente du périnée, nécessaire au dégagement de la tête de l'enfant. (49,50)

En revanche, cette position est contre indiquée par des médecins français pour utiliser des forceps. Devenue aujourd'hui position obsolète, certains aspects mécaniques permis par cette position, telle l'ouverture du détroit supérieur du bassin, sont cependant retrouvés dans la contre nutation.

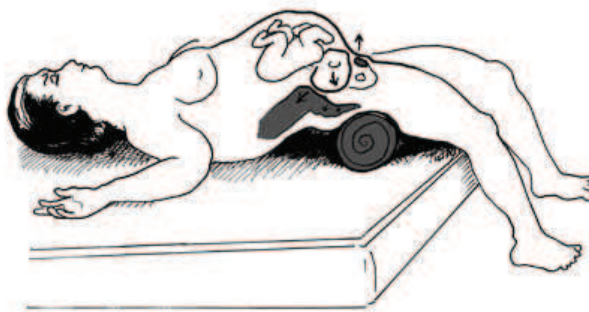


Figure 16 : position de Walcher (dessin extrait du site <http://www.midwiferising.blogspot.fr>)

6.3.2 LA DOULEUR (51,52)

La douleur de l'enfantement est considérée pendant longtemps comme naturelle et faisant partie intégrante de l'accouchement. Sa manifestation est variable et relève de normes individuelles et sociales. La maîtrise de la douleur varie également suivant les cultures. De même, la place accordée à la femme dans la société conditionne en partie la manière dont elle doit gérer sa douleur.

Au final, un certain désintérêt de cette souffrance des femmes au moment de leur accouchement perdure. Par ailleurs, de nombreux interdits religieux empêchent le soulagement de la douleur par des méthodes traditionnelles.

Le début de la lutte efficace contre la douleur remonte au XIXème siècle. Les premières anesthésies se font au protoxyde d'azote, à l'éther et au chloroforme. En 1853, la reine Victoria accouche sous chloroforme et l'on parle

alors d' « "anesthésie à la reine" » (53). Cet anesthésique sera le plus utilisé jusqu'au-delà de la seconde guerre mondiale.

L'hypnose, utilisée notamment par Jean-Martin Charcot (1825-1893) en France, se développe pour lutter contre la douleur. Son utilisation est controversée. C'est cependant une première approche visant à montrer que le psychologique agit sur le corps et qu'en s'intéressant de la psychologie on peut améliorer un état de santé, ici, la douleur.

Ainsi, l'emploi d'instruments pour extraire l'enfant et l'utilisation d'anesthésiques, parfois puissants et entraînant un état d'inconscience plus ou moins profond, obligent la femme à s'allonger pour accoucher. La mobilité n'est plus de mise, tout comme les variétés posturales. Les femmes se libèrent de leur douleur mais perdent en contrepartie leur liberté et autonomie de mouvements.

7 LES XXEME ET XXIEME SIECLES

Avec les progrès des siècles précédents et les découvertes obstétricales, l'Histoire a instauré le décubitus dorsal ou la position gynécologique comme position « normale » pour accoucher. Cette idéologie va se renforcer et ce n'est qu'à la fin du XXème siècle qu'elle sera remise en cause.

L'accouchement va progressivement changer de lieu. Il ne se fait plus au domicile mais à l'hôpital, de manière plus « conventionnelle », avec une recherche accrue de la sécurité.

Le soulagement de la douleur, les avancées technologiques, le contexte sociétal avec les mouvements féministes et les politiques de santé jouent un rôle et sont étroitement imbriqués dans cette nouvelle manière d'accoucher et dans les mutations du XXème siècle.

7.1 LES PROGRES DE PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR (51,52,54)

Au XXème siècle, outre l'utilisation de chloroforme déjà bien ancrée et controversée par certains, différentes substances neurotropes sont proposées comme analgésiques. Les premières rachianesthésies (injections dans le canal rachidien au contact de la moelle épinière) sont réalisées au début du XXème siècle et certaines applications sont faites en obstétrique.

Puis des techniques par anesthésie des voies et ganglions pelviens deviennent plus largement utilisées (anesthésie du nerf honteux par exemple).

Enfin, l'anesthésie péridurale (en dehors de la dure mère) est mise au point dès le début du XXème siècle. D'abord caudale, elle se fait ensuite au niveau lombaire. Son usage s'étend au domaine obstétrical dès 1938. Mais à cette époque elle n'est que très rarement utilisée lors de l'accouchement. Les risques encourus ne sont pas encore bien élucidés et les anesthésistes sont peu nombreux à pratiquer l'anesthésie péridurale par manque d'expérience et de formation.

Parallèlement, des méthodes de psycho-analgésie se développent.

Dick Grantly Read (1890-1959), en Grande-Bretagne nous explique que :

La cause principale des douleurs de l'accouchement réside dans l'état d'anxiété et de tension physique et mentale des parturientes, en particulier lors de leur premier accouchement. Selon lui, cette souffrance ne serait autre que la conséquence d'un conditionnement éducatif, basé sur une culpabilisation anxiogène et héritée des antécédents historiques et de nos traditions culturelles.(55)

Il expose sa méthode de prise en charge de la douleur en 1933 dans son livre *Natural Childbirth*. L'idée est d'informer les femmes enceintes sur la grossesse et l'accouchement et de leur enseigner des exercices de relaxation, afin de leur permettre de gérer cette douleur et d'être moins angoissées.

En France, dans les années 1950, c'est l'obstétricien Fernand Lamaze (1891-1957) qui va mettre au point une technique similaire qu'il appelle l'accouchement sans douleur. Lamaze est inspiré lors d'un voyage en Union des Républiques Socialistes Soviétiques (URSS), par les travaux d'Ivan Pavlov (1849-1936) sur le conditionnement. Les Soviétiques lui expliquent que c'est la société qui a conditionné l'accouchement à être un réflexe douloureux. Pavlov montre « *que ce réflexe conditionné s'explique par un processus exclusivement psychologique* » (56). Pavlov et d'autres chercheurs parlent alors de « psychoprophylaxie » dès lors qu'une éducation et qu'un déconditionnement vont jouer un rôle de prévention et permettre de changer nos réflexes pour améliorer une situation. Cette méthode est alors appliquée et se répand en URSS pour pallier la douleur de l'enfantement.

Lamaze va largement s'inspirer de cette méthode. Il la met en place dans la maternité des Bluets à Paris dès 1951 lorsqu' il est le chef de service. Il défend le principe selon lequel la relaxation et la respiration doivent être favorisées dans la gestion des contractions utérines douloureuses, en déconditionnant la femme de ses réflexes face à la douleur.

Le contexte politique de l'époque mérite d'être mentionné. En effet, son rôle est non négligeable quant à la diffusion large de cette méthode en France et en Europe.

La maternité des Bluets est une clinique privée gérée par des syndicalistes de la métallurgie membres du Parti Communiste Français (PCF).

Lamaze, médecin résistant pendant la guerre, trouve des valeurs d'humanité dans le PCF et parmi les syndicalistes qu'il côtoie. L'influence du parti communiste de l'époque va être un atout pour la mise en œuvre du projet de Lamaze et sa diffusion sur le territoire. Mais cela va aussi être un obstacle ; source à de nombreuses critiques sur le bien-fondé de sa méthode et sur la déontologie médicale de par sa proximité avec le PCF.

Lamaze n'arrive pas à faire en sorte qu'une proposition de loi, attestant sa méthode, passe à l'Assemblée Nationale. Il ne parvient pas non plus à obtenir un remboursement de ses séances par la Sécurité Sociale. La haute autorité qui va appuyer sa méthode, en 1956, émane de l'Eglise. Le pape Pie XII donne ses lettres de noblesse à cette méthode.

Les mouvements féministes de l'époque adhèrent à cette méthode et y voient une émancipation des femmes qui ne subissent plus la médecine mais qui ont une maîtrise d'elles-mêmes et de leur corps. Les femmes qui utilisent cette méthode en sont globalement pleinement satisfaites.

Dans les années 1960, la psychanalyse est à son apogée en France. Ainsi la douleur n'est plus analysée comme simplement « sociale » mais elle est aussi individuelle et dépendante du vécu de chacun. La méthode de Lamaze est alors vivement contestée et remise en cause.

Dans ce contexte difficile, l'anesthésie péridurale fait son arrivée et se diffuse très largement à partir de 1972 suite à un congrès d'anesthésiologie. Pendant plusieurs années, la péridurale est accusée de ralentir le travail, d'empêcher les femmes d'être actives et d'augmenter le nombre d'extraction instrumentale. Mais cette technique va se répandre à grande vitesse. 1 à 3 % des accouchements se font sous anesthésie péridurale en 1980 et ce taux monte à 68% en 1998.

La demande des femmes fait augmenter ce taux d'utilisation. Un nouveau mouvement féministe, après mai 68, porte le projet de généralisation de la péridurale. Dans les années 1960, c'est davantage l'autonomie personnelle et la maîtrise de soi qui sont mises en avant par les féministes. Après mai 68, c'est la lutte pour la liberté de l'avortement qui domine. Après la loi Veil de 1975 relative à

l'interruption volontaire de grossesse, le mouvement se divise. Certaines défendent une lutte contre le viol et les violences faites aux femmes, d'autres la généralisation de la péridurale dans l'idée de valoriser le corps et non de le conditionner comme le fait la méthode de l'accouchement sans douleur.

Plusieurs arguments avancés par les professionnels de santé sont aussi responsables de cette extrapolation d'utilisation de l'anesthésie. En effet, la péridurale va être vue comme un moyen de prévention. Tout accouchement pouvant se compliquer, elle peut être une aide en cas d'extraction fœtale, d'épisiotomie, de césarienne en urgence et de délivrance artificielle ou révision utérine. Elle rend les conditions de travail des professionnels plus confortables, le travail peut être accéléré et l'accouchement contrôlé dans sa durée, les femmes n'accouchent plus dans les cris. Elle s'installe finalement comme un pré requis de l'accouchement « normal » alors que son but premier est une aide pour réduire les risques de complications comme l'est la césarienne prophylactique par exemple.

La psychoprophylaxie obstétricale reste utile mais est reléguée au second plan. On accorde plus d'importance aux aspects techniques et médicaux de l'accouchement qu'aux aspects affectifs et psychologiques.

7.2 EXPLOSIONS TECHNOLOGIQUES DU XXEME SIECLE ET MEDICALISATION CROISSANTE (51,57)

Différents progrès conséquents apparaissent au XXème siècle.

L'imagerie médicale constitue une avancée considérable. Vers 1935, des techniques de radiopelvimétrie obstétricale sont mises au point par des chercheurs américains suite à la découverte des rayons X. Les disproportions fœto-pelviennes peuvent alors être dépistées.

La première utilisation d'échographie ultrasonore est due à un obstétricien britannique Ian Donald en 1958. Dès lors, l'échographie permet de mesurer différents diamètres chez le fœtus pour établir sa croissance *in utero*. Elle permet également d'obtenir des informations sur le placenta et le liquide amniotique. Les

sondes échographiques vaginales datent de la fin des années 1980 et permettent de visualiser l'embryon très tôt dans la grossesse et de diagnostiquer les grossesses multiples.

Avant son analyse sous échographie par l'effet doppler, l'auscultation des bruits du cœur du fœtus est possible à l'aide du stéthoscope de Pinard, inventé à la fin du XIXème siècle.

Un appareil électronique, le monitoring cardio-tocographique ou monitoring, permettant d'enregistrer le rythme cardiaque fœtal et les contractions utérines, est mis au point dans les années 1970-1980. L'analyse du rythme cardiaque fœtal en continu pendant la phase active du travail est recommandée et fondée sur un accord professionnel. Des études de niveau de preuve 2 ont permis d'établir que « La surveillance fœtale continue a une meilleure sensibilité que la surveillance discontinue dans la détection des acidoses néonatales (grade B). » (58)

Pour surveiller l'enfant pendant le travail, une analyse de son équilibre acido-basique est possible dès 1961. Cette technique, le pH au scalp, consiste en un prélèvement de sang au niveau du cuir chevelu du fœtus pour en mesurer le pH.

Des méthodes de déclenchement du travail sont mises au point, la césarienne est perfectionnée, les ocytocines de synthèse sont utilisées pour accélérer et diriger le travail.

Dans le domaine du diagnostic anténatal des malformations congénitales, l'amniocentèse est pratiquée depuis 1930. Les premières ponctions de sang du cordon ombilical in utero sont effectuées en 1974.

Les découvertes en endocrinologie, en immuno-hématologie et autres spécialités médicales, permettent de mieux comprendre la physiopathologie et de mieux cerner ainsi les pathologies pour pouvoir les traiter. Les avancées en hématologie permettent par exemple de réaliser des transfusions sanguines en toute sécurité lors d'hémorragies de la délivrance.

Une plus grande sécurité autour de la naissance est ainsi assurée par ces différents progrès.

Ces avancées biomédicales sont un aspect de la médicalisation actuelle de la grossesse et de l'accouchement mais cette médicalisation se décline sous d'autres angles et n'est pas seulement synonyme de progrès technologiques.

Seul un accouchement sur deux se fait encore au domicile dans les années 1950 contre huit accouchements sur dix 30 ans plus tôt. Cette mutation du lieu de naissance, qui concerne avant tout la bourgeoisie et le milieu urbain, va se généraliser et l'hôpital devient le lieu imposé pour l'accouchement.

La Sécurité Sociale offre le remboursement de certains soins et d'une partie du séjour à l'hôpital ou en clinique. C'est la sécurité offerte par les soins délivrés qui est alors de plus en plus recherchée par les femmes. La technique permet de les rassurer.

En contraste avec cette médicalisation, à la fin des années 1970, Frédéric Leboyer et Michel Odent, obstétriciens français, vont être les porte-paroles de prises en charge plus physiologiques. Ces prises en charge concernent autant l'arrivée de l'enfant que l'accouchement en lui-même. Certains feront le rapprochement avec l'accouchement sans douleur de Lamaze. Dans son service, à Pithiviers, Michel Odent encourage l'accouchement moins médicalisé. Un siège pour l'accouchement est à disposition des femmes, la position sur le dos est remise en cause et la femme choisit les positions qui lui conviennent le mieux en fonction de la phase de l'accouchement. La femme devient de nouveau actrice de son accouchement.

Cette volonté de « dé-technicisation » ouvre le débat des maisons de naissance. Une d'entre elles verra le jour à Nantes en 1987 mais le projet d'expérimentation des maisons de naissance ne fait pas encore l'unanimité et n'est pas soutenu par le gouvernement.

Lors des 31èmes journées nationales de la Société Française de Médecine Périnatale en 2001, un débat sur la mise en place des maisons de naissance a lieu. Les défenseurs du projet défendent le bas risque, la limitation de

la technicité médicale, la proximité et une idéologie de la naissance où « " la convivialité n'exclut pas la sécurité " » (59). Certaines sages-femmes souhaitent revenir à un accouchement plus physiologique et la position allongée pour accoucher est remise en cause. A l'inverse, les opposants au projet, parfois virulents, ne pensent pas que les maisons de naissance soient une bonne solution puisque le bas risque n'existe pas selon eux. Il n'y a pas de preuves que les prises en charge sont moins médicalisées et que le suivi par une sage-femme est moins iatrogène. Les opposants voient les maisons de naissance comme une remise en cause des progrès de l'obstétrique et tiennent à tout prix à ce que ces pôles physiologiques fassent partie de l'enceinte d'un hôpital. Ce débat sur les maisons de naissance relance à nouveau la lutte de pouvoir.

7.3 POLITIQUES DE SANTE ET PLANS DE PERINATALITE

Dans les années 1970, la périnatalité devient peu à peu un enjeu de santé publique. La mortalité maternelle et la mortalité périnatale atteignent des plafonds en Europe et le gouvernement veut réagir. La mortalité périnatale est de l'ordre de 25 pour 1000 naissances en 1970. (60)

Un premier plan de périnatalité de 1970 à 1975 a pour but de diminuer la mortalité périnatale et d'améliorer la surveillance de la grossesse et de l'accouchement. Son taux passe alors à 12,9 pour 1000 naissances en 1980. Les premiers résultats sont satisfaisants mais insuffisants et en retard comparé à d'autres pays européens. Dans la décennie qui suit, une décentralisation s'organise avec entre autre la mise en place des schémas régionaux d'organisation des soins. Un nouveau plan de périnatalité sur cinq ans (1995-2000) reste axé sur le risque en se fixant pour objectifs : diminuer la mortalité maternelle de 30%, la mortalité périnatale de 20%, réduire le nombre d'enfant de faible poids de naissance de 25%, réduire de moitié le nombre de femmes enceintes peu ou pas suivies au cours de la grossesse et améliorer la prévention de la mort subite du nourrisson. (60,61)

En 1998, des décrets sur la sécurité des naissances sont promulgués (62,63) et c'est une hiérarchisation des maternités en fonction du risque pour l'enfant et/ou la mère qui se met en place.

La situation de la périnatalité est nettement améliorée en 2002 mais toujours insuffisante. La mortalité périnatale a diminué et est de 6.7 pour 1000 naissances. La mortalité maternelle a suivi la même décroissance, elle passe de 28,2 pour 100 000 naissances en 1970 à 9 pour 100 000 naissances dans les années 2000 (60).

Mais un manque de médecins pour répondre aux objectifs des décrets de 1998 se fait sentir, les sages-femmes souhaitent une meilleure reconnaissance statutaire et financière et les médecins généralistes se retrouvent exclus de la prise en charge de la grossesse. Les couples et usagers se plaignent du manque d'écoute et se sentent incompris dans ce système d'hyper technicisation. (61)

Dans ce contexte, un état des lieux de la situation de la périnatalité en France est demandé à trois experts par le Ministère de la santé. Leurs rapports et propositions aboutissent à l'élaboration du plan de périnatalité 2005-2007 (64).

Le plan de périnatalité 2005-2007 apporte un changement fondamental. La sécurité recherchée n'est plus seulement médicale et « physique ». Il est question de sécurité « émotionnelle » et d'écoute dans la prise en charge de la grossesse dans sa globalité. Ce nouveau plan est axé sur 4 mots clés : humanité, proximité, sécurité et qualité.

Ce plan de périnatalité 2005-2007 et le rapport final d'évaluation de ce plan (65) mettent en avant la nécessité d'adapter le niveau de médicalisation de la grossesse et de l'accouchement en fonction des situations. La notion de prise en charge globale et individualisée des femmes est accentuée. Le rapport d'évaluation montre du doigt le côté « déshumanisé » et « surmédicalisé » des grandes structures en opposition aux plus petites maternités.

L'idée de limiter la médicalisation de la grossesse et de l'accouchement ne doit cependant pas être faite au détriment de la sécurité. Il convient de maintenir la sécurité autour de l'accouchement en tenant compte des caractéristiques psychologiques et sociales de chacun. Les évolutions sociales doivent être intégrées dans les pratiques professionnelles et les politiques de

santé ; une prise en charge plus physiologique pour les grossesses à bas risques, encouragée. Ces pistes de réflexion se retrouvent dans un document publié en mars 2011 par le ministère de la Santé qui reprend les fondamentaux de l'accompagnement des grossesses physiologiques (66). Cette approche est également soutenue par le Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français (67).

Dans cette réflexion de « démedicalisation », même si la majorité des femmes a un projet d'accouchement « standard », une partie d'entre elles souhaite un accouchement moins médical et plus traditionnel ou naturel. Les professionnels de santé sont réceptifs à ces demandes. Les établissements de santé mettent alors en place des consultations spécialisées de sophrologie, d'acupuncture ou autre, ils créent des salles physiologiques ou « salles natures » et permettent aux professionnels de se former aux différentes positions maternelles possibles pour le travail et l'accouchement.

7.4 LA PROFESSION DE SAGE-FEMME ET SES MUTATIONS (31,51)

Les épidémies de fièvres puerpérales de la fin du XIX^{ème} siècle encouragent les autorités à écarter les sages-femmes des hôpitaux pour qu'elles travaillent au domicile des parturientes, les protégeant ainsi des épidémies. Puis avec les avancées scientifiques de l'asepsie, l'accouchement en milieu hospitalier va se développer mais ce sont les médecins qui prennent en charge le travail de l'hôpital.

La suprématie des médecins dans l'art obstétrical au XIX^{ème} siècle ne permet pas une meilleure formation des sages-femmes en adéquation avec les progrès de l'obstétrique.

Pour tenter d'uniformiser leur formation, un diplôme unique de sage-femme est adopté par une loi de 1916, mais cela ne suffira pas.

En effet, dans l'exercice de son métier, au XX^{ème} siècle, la sage-femme perd son autonomie et son hégémonie dans le domaine de la santé de la femme. Dans les années 50, elle est formée par des médecins et le nombre de sages-

femmes diminue chaque année alors que celui des médecins ne fait qu'augmenter. L'Ordre des sages-femmes, créé en 1945, défend entre autre les intérêts des sages-femmes, mais il est présidé jusqu'en 1995 par un médecin.

La quête d'autonomie des sages-femmes resurgit dans les années 1970-1980. La maternité des Lilas à Paris, prend la suite des Bluets dans la lutte du « trop médical ». Dans cette maternité, les sages-femmes vont retrouver leur autonomie et les relations avec les médecins deviennent plus confraternelles.

Une revue scientifique pour les sages-femmes est créée en 1974, *Les Dossiers de l'Obstétrique*. Après avoir été écartées de leur fonction au siècle dernier par la médicalisation croissante, les sages-femmes voient là un moyen de se réapproprier leurs domaines de compétences. Elles vont écrire des articles et remettre au goût du jour la psychoprophylaxie obstétricale, la place du père, le rôle du psychologique et la physiologie de manière générale.

Concernant la formation des sages-femmes, de nombreuses réformes vont allonger la durée des études.

Elles passent de deux à trois ans en 1943 et comprennent une année commune avec les étudiants infirmiers. Elles seront indépendantes des études d'infirmière en 1973 et passent à quatre années d'étude en 1985. Le caractère médical de la profession est alors en partie reconnu. En 2003, les sages-femmes sont recrutées selon les mêmes modalités que les étudiants en médecine et doivent passer le concours de première année. La réforme des études médicales conduit en 2011 à l'adoption de la Première Année Commune aux Etudes de Santé, concours uniformisé pour l'obtention de la première année des études de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de sage-femme. En 2011 une nouvelle réforme des études s'engage dans un processus de rattachement aux universités.

En parallèle, en 2009, une extension des compétences des sages-femmes dans le domaine essentiellement de la gynécologie de prévention et de la contraception est adoptée. Après avoir été le « médecin des femmes » pendant des siècles passés, les sages-femmes réobtiennent donc récemment des compétences dont elles jouissaient pleinement auparavant. Seulement, ces

qualifications sont peu connues du grand public. Et malgré une reconnaissance certaine du caractère médical de la profession, les sages-femmes gardent une situation professionnelle paradoxale. Le rapport 2011 de la Cour des comptes, dans son analyse des politiques de santé sur la périnatalité, insiste sur le fait que les sages-femmes ne sont pas « utilisées » à hauteur de leurs compétences (68).

C'est dans ce contexte, où il est difficile de trouver sa place, que la sage-femme évolue. En effet, au cours de l'Histoire, la profession a souvent fluctué entre l'hégémonie et la domination.

Les évolutions décrites tendent à ancrer le caractère médical de la profession. Cependant, les sages-femmes sont toujours en quête d'identification. Leur profession, d'abord sous la tutelle de l'Eglise est passée sous celle de l'Etat avant de se retrouver sous la tutelle médicale. La physiologie est alors étudiée de près dans le but de répondre aux attentes et demandes des sages-femmes.

7.5 LA « REDECOUVERTE » DES POSITIONS D'ACCOUCHEMENT

Depuis la fin du XXème siècle, les études scientifiques analysent les positions adoptées pour l'accouchement afin d'en rechercher les bénéfices et les risques pour les femmes et les nouveaux nés.

Des recherches montrent que l'expulsion est favorisée par les positions verticales du fait de la pesanteur et de la meilleure concordance de l'axe de la poussée utérine avec celui du détroit supérieur du bassin. Ces données sont corrélées à celles de la mécanique obstétricale comme nous l'avons vu précédemment. En effet, la nutation favorise l'engagement par la concordance des axes, l'ouverture de l'excavation pelvienne et celle du détroit inférieur pour le dégagement. La ventilation maternelle est également améliorée par les positions verticales et la compression de la veine cave est réduite. La poussée expulsive dans des positions respectant l'étirement et la remontée du diaphragme est moins traumatique également (1–8).

Dans sa revue des méta-analyses (3), F. Venditelli note également une diminution des déchirures du 3^{ème} degré en position verticale (OR=0.22 IC 95% 0.05-0.88), une diminution de la douleur (OR=0.19 IC 95% 0.08-0.46) et une diminution des anomalies du rythme cardiaque fœtal (OR=0.46 IC 95% 0.3-0.69). Le nombre d'hémorragies de la délivrance est en revanche augmenté de manière significative lorsque les femmes délivrent en position verticale (OR=1.71 IC 95% 1.3-2.23). La rétraction utérine serait moins bonne mais les résultats deviennent non significatifs si après l'accouchement en position verticale, la patiente est allongée pour la délivrance.

Concernant le point de vue des femmes (1,69), la liberté de pouvoir changer de position et le soulagement de la douleur procuré par la mobilité et l'adoption de positions variées sont des critères de satisfaction pour les femmes. D'autre part, le sentiment de contrôler et maîtriser son travail et son accouchement s'accompagne d'une augmentation de la satisfaction maternelle lors d'utilisation de postures verticales.

Le rapport du plan périnatalité 2005-2007 (65) a également étudié la perception des femmes. La majorité d'entre elles souhaite un accouchement « standard » dans lequel la médicalisation de la naissance est présente et la volonté de suppression de la douleur est marquée.

Avant les conclusions de ce plan, une enquête réalisée par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques en 2006 s'est intéressée à la satisfaction des usagères des maternités (70). L'écoute, l'accompagnement, le dialogue et l'information de la part des professionnels de santé apparaissent comme des critères d'augmentation de la satisfaction des femmes. En complément, l'Union Nationale des Associations Familiales a publié une enquête, *Regards des femmes sur leur maternité* (71). Cette étude subjective ne prenant en compte que le ressenti personnel des patientes, donne des résultats qui confirment ceux de l'analyse du plan de périnatalité. Les femmes éprouvent le besoin de se sentir libres et souhaitent que leur projet de naissance soit au maximum respecté.

8 DISCUSSION

8.1 CRITIQUES DE LA METHODOLOGIE

La méthodologie de ce travail ne s'est pas cantonnée à une période stricte de l'Histoire. Pour mieux appréhender les bouleversements qui se sont produits au cours des derniers siècles, il nous est apparu nécessaire d'étudier les données d'avant notre ère. En effet, l'influence des pratiques antiques a été considérable. Les différents auteurs du Moyen-Âge, les médecins et sages-femmes de ces derniers siècles, se sont servis des écrits Anciens. Ils en ont ainsi gardé certains aspects et par leurs études et les nouvelles découvertes obstétricales, ces écrits ont évolués.

La science est ainsi faite qu'elle ne peut se construire sans ignorer le passé.

Pour l'époque concernant le Moyen-Âge, nous nous sommes cantonnés aux pratiques françaises voir européennes et occidentales. Ces cultures, par leurs similitudes de développement, ont subi des influences proches. Dans l'évolution des positions d'accouchement, les mutations observées sont ancrées dans une société, une culture et sont donc variables en fonction des pays. Certaines analogies et à l'inverse certaines différences entre la France et d'autres cultures occidentales ont été mises en avant dans ce travail. Cependant, le temps imparti pour réaliser ce projet ne nous a pas permis d'explorer de manière plus exhaustive certains courants sociologiques ou politiques.

Ceci nous amène à critiquer le fait que ce mémoire ne s'est pas limité à relater l'évolution des positions d'accouchement au fil du temps au sens strict. En effet, comme nous l'avons vu, ces modifications sont le fruit de multiples influences. La place de la femme, la mutation des professions de sage-femme et d'obstétricien, le contexte politique et l'état de santé de la population sont autant de critères qui impactent sur l'évolution des positions d'accouchement. De même, les courants de pensée et les mouvements politiques influencent l'évolution d'une

profession, conditionnent en partie l'accès aux soins et la place accordée à la femme dans la société.

Dans le cheminement de ce travail, il est intéressant de mettre en avant que ces mutations ne sont pas imputables à un seul facteur. Elles sont, à l'inverse, la résultante de nombreux bouleversements, tant sur le plan médical que social et même politique.

Une étude plus globale serait donc intéressante pour construire un débat d'idées plus riche sur les évolutions évoquées dans ce travail.

8.2 LES APPORTS DE LA SCIENCE

La mécanique obstétricale nous permet de comprendre le rôle des différentes positions d'accouchement d'un point de vue purement anatomique. L'Homme, considéré comme un mammifère, a des capacités de reproduction. Le corps humain est fait pour permettre aux femmes d'accoucher par les voies naturelles.

Or, certaines femmes sont décédées en donnant la vie, des fœtus sont également morts faute de surveillance ou de moyens pour les aider à naître. Pour pallier ces différents problèmes, des méthodes de surveillance rapprochées de la mère et de l'enfant sont mises au point, tout comme des techniques d'extraction fœtale par exemple.

Cependant, si l'on se concentre uniquement sur la physiologie, pourquoi la grossesse et l'accouchement véhiculeraient-ils une image de maladie ? Les progrès de l'obstétrique, les différents dépistages mis en place et les recommandations des grandes instances doivent servir de prévention, de simple surveillance de routine en cas de grossesses physiologiques. Ainsi, la grossesse peut rester « naturelle » et le libre choix de chacun peut s'exprimer. En cela, la mécanique obstétricale apporte des éléments intéressants puisque l'étude anatomique qu'elle nous donne n'est que l'image de cette physiologie.

Cette surveillance reste cependant indéniablement primordiale dans le dépistage d'anomalies ou de pathologies. Mais jusqu'à preuve d'une quelconque pathologie, la grossesse et l'accouchement restent des entités naturelles.

Les différentes études référencées dans ce mémoire, en se basant en partie sur la mécanique obstétricale, démontrent les avantages et les inconvénients de différentes positions adoptées à l'accouchement. Seulement, tous les résultats ne sont pas significatifs et aucun consensus n'est trouvé. La problématique de la « bonne position » à adopter pour l'accouchement est bien plus subtile. En effet, la conclusion principale de ces différentes études est que le choix doit être laissé aux patientes. Elles doivent recevoir une information des professionnels de santé sur les possibilités qui leurs sont offertes en tenant compte des risques propres à chacune. Ainsi, il n'y aurait pas de « bonnes » ni de « mauvaises » positions pour accoucher.

De plus, les publications étudiées sont pour certaines des recherches étrangères (1,2,7,69). Malgré des résultats semblables, certains biais dus aux différences entre les systèmes de soins peuvent interférer et l'extrapolation à la France peut être inappropriée. Il en va de même pour ce qui est de la perception des femmes ; elle diffère d'une culture à l'autre en dépit d'une certaine proximité entre les différentes nations occidentales en question.

D'autre part, toutes les recherches étudiées dans notre travail sélectionnent des femmes à « bas risques ». Les critères d'inclusion, bien que similaires, ne sont pas toujours exclusivement les mêmes. Et nous le verrons par la suite, la notion du risque laisse supposer plusieurs interprétations.

Enfin, si aucun consensus n'est établi par les différentes études, c'est aussi parce que l'individualité de chaque femme et de chaque grossesse peut représenter une divergence. Pour une même femme, comment évaluer par exemple si une déchirure périnéale, évitée en accouchant dans une certaine position, aurait été provoquée par telle autre position ? Ceci est valable pour tous les critères étudiés. En cela, la liberté de choix et l'évaluation permanente des risques individuels doivent constituer l'essentiel de la prise en charge.

La Science, par ses avancées considérables entre le XVIème et le XIXème siècle, est un des paramètres responsables de la médicalisation de la grossesse. Ainsi, l'accouchement à l'hôpital est soumis à des règles, à un savoir. L'instinct maternel n'a plus tellement sa place puisque l'accouchement, devenu scientifique, est appréhendé de manière protocolaire.

Prenons en exemple la prise en charge de la douleur. Avant l'arrivée de l'anesthésie en obstétrique, certaines femmes adoptent des positions antalgiques pour soulager leur douleur. La pratique clinique le montre également. Les femmes qui accouchent aujourd'hui sans péridurale, le plus souvent faute de temps et de manière très rapide, ne se mettent pas spontanément sur le dos. Elles se mobilisent, en bougeant le bassin, à « quatre pattes » sur le lit, assises en décollant au maximum l'appui fessier du lit ou de la chaise ...Une fois la douleur soulagée par l'anesthésie, ces positions intuitives ne sont plus des réflexes.

Plus que la mobilisation ou les positions d'accouchement, c'est la confiance et la maîtrise de soi qui doivent être retrouvées chez ces femmes en l'absence d'anesthésie. La douleur peut diminuer le stress et augmenter le confort de la patiente mais sa suppression peut également être une frustration.

L'information et l'accompagnement que nous donnerons aux femmes seront alors primordiaux. Cet exemple montre à quel point la Science ne doit pas occulter le sens clinique.

Ces apports scientifiques nous interrogent alors sur la structuration de nos pratiques en France. Voyons en quoi, la notion du risque est l'élément central de cette organisation.

8.3 LA NOTION DU RISQUE EN OBSTETRIQUE (54,72–74)

La notion de risque est omniprésente dans les débats de l'obstétrique contemporaine.

En effet, l'obstétrique française s'est structurée en considérant l'accouchement comme situation à risque. La grossesse et l'accouchement sont désignés comme normaux qu'*a posteriori*. L'obstétrique peut même être classifiée d'activité d'urgence. Il existe en permanence un côté imprévisible de l'accouchement et le risque zéro n'existe pas. Mais ce risque est difficile à définir et reste dépendant de l'analyse que l'on en fait. Et c'est devant cette notion de risque, à travers le concept de prévention, que les autorités ont mis en place les politiques de santé publique en terme de périnatalité. Les termes de « haut risque » et de « bas risque » sont alors utilisés avec la hiérarchisation des maternités. Une surveillance rigoureuse et appropriée permet d'orienter les femmes enceintes vers les structures de soins adaptées, réduisant au minimum la part de risque irréductible.

Cependant, si l'on considère le risque comme omniprésent, la surveillance médicale des femmes fait prédominer la recherche de pathologies sur la surveillance de la physiologie. La gestion du risque, par un suivi médical rapproché, implique des normes auxquelles tout écart devient pathologique.

Si l'on pousse cette analyse à l'extrême, la grossesse devient une maladie où l'on s'assure en permanence qu'aucun risque ne la complique.

Mais à l'inverse, on ne peut occulter cette notion du risque. Une femme ayant une grossesse physiologique peut tout à fait avoir un accouchement dystocique avec des complications.

Ainsi, la difficulté réside dans l'établissement d'une frontière claire entre le normal et le pathologique. Doit-on partir du postulat qu'une grossesse est *a priori* normale ou *a priori* à risques ?

Le souci médico-légal des soignants a également sa part de responsabilité dans l'évaluation du risque. En effet, la responsabilité médicale prime et l'erreur n'est plus acceptée. Le risque médico-légal pour le praticien peut être surévalué. Par le principe de précaution, les prises en charge sont alors réglementées, des recommandations sont émises et des protocoles sont rédigés pour encadrer nos pratiques.

L'accouchement est considéré comme une situation à risque élevé pour la mère et l'enfant. Sa prise en charge est donc fortement protocolisée. En effet, aujourd'hui, la majorité des accouchements a lieu à l'hôpital, les petites maternités ont fermé et l'idée est de rationaliser au maximum les pratiques. Il faut anticiper les urgences, les lits disponibles dans les services et cela impose une organisation du travail pour les soignants. Diriger le travail et l'accouchement est de rigueur pour la sécurité du couple mère-enfant (75).

Aujourd'hui, une situation de fait s'impose : accoucher sur le dos est le plus simple, le plus pratique ; et cela convient à beaucoup de femmes et de professionnels.

Mais les mutations récentes l'ont bien décrit, même si la sécurité reste primordiale à assurer, doit-elle se faire au détriment de l'humanité ?

Et comment trouver un juste milieu pour assurer une sécurité de la naissance en préservant une certaine humanité pour faire de ce moment une étape naturelle de la vie ?

8.4 LE DEBAT HUMANITE / SECURITE (73,76)

En tant que professionnels, nous sommes essentiellement formés à la pratique de l'accouchement en position gynécologique. Ce ne sont que l'expérience et le développement d'un esprit critique qui peuvent nous permettre de nous interroger sur nos pratiques et sur le postulat d'un accouchement sur le dos.

Nous sommes tenus d'assurer la sécurité maximale autour de l'accouchement. Mais est-ce synonyme d'hypermédicalisation ? A l'inverse, personnaliser l'accouchement conduit-il à relâcher la surveillance ? Bien au contraire ; la surveillance doit être plus rigoureuse pour se permettre des prises en charge plus physiologiques.

Ce débat et ces questions replacent pleinement la femme au cœur de son accouchement et la sage-femme au sein de ses compétences.

Les effets indésirables des progrès biomédicaux et la déshumanisation de la naissance sont montrés du doigt comme conséquences de la médicalisation. Plusieurs réponses sont proposées : le retour à l'accouchement à domicile, la création de maisons de naissance, le développement de salles physiologiques, le retour à domicile précoce avec un relais par les sages-femmes libérales ou encore la péridurale ambulatoire.

Les complications ne pouvant jamais être définitivement exclues, l'accouchement à domicile reste dangereux. En effet ce projet est loin de faire l'unanimité, tant chez les sages-femmes que les couples. Il permet néanmoins l'ouverture d'un débat sur des prises charges moins médicalisées et la notion d'accompagnement global.

Les maisons de naissance sont d'abord créées aux Etats-Unis dans les années 1980 et arrivent en Europe dix ans plus tard. On en trouve aujourd'hui en Allemagne, en Suisse ou aux Pays Bas par exemple. Dans les maisons de naissance, on propose un accouchement individualisé et moins médicalisé, plaçant la femme comme actrice principale. La proximité avec une structure de soins adaptée est primordiale puisque la notion du risque est omniprésente. Cette structure est gérée par des sages-femmes qui sont autonomes. En étant disponibles, elles doivent accompagner la mère dans son parcours du travail à l'accouchement ; et en étant compétentes et professionnelles, elles doivent s'assurer que ni la sécurité de la mère ni celle de l'enfant ne sont mises en danger. Auquel cas, une prise en charge plus médicalisée doit prendre le relais.

Dès les années 2000, le projet d'expérimentation des maisons de naissance est d'actualité. Il est évoqué par le plan de périnatalité 2005-2007 (77). Cette expérimentation est également proposée dans le projet de loi de financement de la Sécurité Sociale en 2011, à l'article 40 : « Les maisons de naissance sont susceptibles de générer des économies pour l'assurance maladie dans la mesure où un accouchement dans ce type de structure est moins coûteux que dans un établissement de santé. » (78). Mais le projet d'expérimentation des maisons de naissance n'est que récemment adopté par l'Assemblée Nationale puis promulgué par la loi du 6 décembre 2013 (79). Dans cette loi, l'adossement à une unité de gynécologie-obstétrique avec un accès direct à la maternité est une nécessité. Les maisons de naissance sont-elles gérées par les sages-femmes ? Le texte reste flou.

Le développement de salles physiologiques est basé sur les travaux de Michel Odent dont nous avons précédemment parlé. Des salles d'accouchement plus proches d'un environnement familial qu'hospitalier sont alors créées dans certains centres hospitaliers. La possibilité de déambuler pendant le travail et le choix de la position pour l'accouchement sont laissés aux femmes.

L'arrivée de la psychologie et de la psychanalyse dans les années 1950 favorise le retour à une médecine plus humaniste. L'histoire personnelle de la femme ou du couple intéresse le praticien pour sa prise en charge. Un temps est redonné à la parole dans l'échange.

Là encore, la sage-femme a tout son rôle à jouer. Dans une logique professionnelle d'accompagnement, elle peut trouver dans cette approche une spécificité de son exercice. La connaissance technique est nécessaire pour un suivi rigoureux mais l'apprentissage relationnel est indispensable. Une articulation entre ces deux aspects reste cependant compliquée. La difficulté d'identification de la profession de sage-femme, déjà évoquée auparavant, est replacée au cœur de ce débat Sécurité/Humanité. Mais la confusion peut être facile et les sages-femmes limitées à un rôle maternant. Elles restent une profession médicale à compétences limitées qui cherche sa place et sa reconnaissance.

Pour la femme, l'enjeu est de comprendre son expérience particulière, en tenant compte du fait qu'elle s'inscrit dans un processus socialisé. En effet, les représentations de la naissance et de l'accouchement sont profondément ancrées dans chaque société. Il y a des normes qui conditionnent un « bon accouchement ». La conception culturelle de l'enfantement est par exemple différente en France et aux Pays-Bas. Aux Pays-Bas, les sages-femmes sont au cœur du dispositif de soins. Elles ont accès à des plateaux techniques, des polycliniques sont gérées par des sages-femmes pour assurer des prises en charge physiologiques et l'accouchement à domicile est davantage pratiqué qu'en France.

En France, l'aspect scientifique est un besoin pour le couple et l'objectivité fournie par les différents examens médicaux est demandée. Ces examens et les préconisations de la grossesse sont des normes de bonne conduite pour les femmes.

Les femmes présentent cependant une certaine ambivalence dans leur rapport à la médicalisation. Elles souhaitent pouvoir avoir recours aux progrès et aux techniques, mais déplorent en parallèle les côtés négatifs occasionnés. Un prélèvement implique l'attente de résultats, qui eux-mêmes peuvent alors impliquer d'autres examens.

Dans le même temps elles veulent être autonomes et libres d'élaborer leur projet d'accouchement.

Ce débat Humanité/Sécurité est également au cœur des politiques de santé. La multiplicité des critères à prendre en compte rend complexe l'articulation entre les savoirs techniques et l'aspect relationnel. Et ce, d'autant plus que cette harmonisation peut prendre un sens particulier pour chaque femme et chaque praticien.

9 CONCLUSION

Ce mémoire retrace de manière chronologique l'évolution des positions d'accouchement pour tenter de comprendre la genèse de l'accouchement en position dite « gynécologique ».

Cette approche historique nous permet de confirmer que les femmes n'ont pas toujours accouché sur le dos. Cette évolution s'est construite sur différentes périodes charnières de l'Histoire, influencées par des personnes et des courants de pensée.

On admet souvent que c'est l'arrivée du médecin et la médicalisation de la grossesse qui sont responsables de ces mutations. L'idée sous-jacente est qu'il est plus pratique pour les professionnels de santé que la femme soit installée en position allongée sur le dos. Cette constatation ne doit pas être réductrice et omettre une explication plus complexe et subtile de ces mutations.

L'évolution globale de la société tient alors toute son importance dans ce travail.

En effet, les médecins se sont immiscés dans l'obstétrique, et des pratiques se sont imposées suite aux progrès et aux techniques nouvelles. Mais plus que le médecin c'est la société qui a induit ces changements.

L'arrivée du médecin homme a représenté une intrusion dans ce monde réservé aux femmes mais a été synonyme d'un gain en sécurité. Ces deux aspects forment certainement un juste compromis. L'arrivée des médecins a causé aux sages-femmes la perte de leur hégémonie dans le domaine obstétrical mais à l'inverse, elle a permis de répondre à des demandes de société pour améliorer les conditions de vie et les taux de mortalité maternelle et périnatale.

Les femmes ont dans un premier temps pleinement fait confiance à ces évolutions et à la Science. En se dépossédant de leur autonomie, de manière plus ou moins volontaire, elles ont adhéré pleinement à cette recherche de sécurité.

Mais, le contexte actuel est propice à de nombreux débats et notamment celui du retour de la physiologie. Les femmes, les professionnels et les politiques alimentent ce débat. On s'intéresse au passé, à l'Histoire et à un retour à une liberté de choix. Ainsi, plus qu'une étude historique pour tenter de comprendre la genèse de l'accouchement en « position gynécologique », c'est sous un angle sociologique que s'appréhendent ces mutations.

Afin de compléter cette étude il serait donc intéressant de replacer les femmes au cœur de la problématique. On pourrait les interroger et recueillir leur point de vue, pour tenter de cerner de la manière la plus objective possible leur demande entre sécurité et liberté.

De même, les sages-femmes pourraient être placées au cœur de cette problématique. Quelle place ont-elles à défendre ? Et comment peuvent-elles jouir pleinement de leurs compétences dans une conjoncture où la physiologie s'impose ?

Références

- (1) Priddis H, Dahlen H, Schmied V. What are the facilitators, inhibitors, and implications of birth positioning? A review of the literature. *Women and Birth*. sept 2012;25(3):100-106.
- (2) Reid AJ, Harris NL. Alternative Birth Positions. *Can Fam Physician*. sept 1988;34:1993-1998. Disponible sur <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2219163/> (Consulté le 26.10.2013)
- (3) Vendittelli F. Position allongée ou verticale durant le 2e 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
- (4) Lepleux F, et al. Données obstétricales dans une population bénéficiant de variations posturales en cours de travail et d'accouchement. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. Paris. août 2013. DOI : 10.1016/j.jgyn.2013.06.01
- (5) De Gasquet B. *Accouchement la méthode de Gasquet*. Paris: Marabout; 2012
- (6) Racinet C, Brément S, Lucas C. Analyse objective des différentes positions maternelles pour l'accouchement. Extrait des Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique - 32ème journées nationales du CNGOF. Paris. 2008; Tome XXXII:83-100. Disponible sur http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2008_GO_083_racinet.pdf (Consulté le 13.06.2013)
- (7) Gupta JK, Hofmeyr GJ, Shehmar M. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;5:CD002006. Disponible sur <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22592681> (Consulté le 22.10.2013)
- (8) Racinet C. Analyse objective des postures maternelles d'accouchement - Présentation aux 32e journées nationales du CNGOF. Déc 2008. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/conf2008/confs2008/020/Media/ (consulté le 31.09.2013)
- (9) OMS, Département Santé et Recherche génésiques. *Les soins liés à un accouchement normal*. Genève. 1997; WHO/FRH/MSM/96.24:p. 31. Disponible sur : http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24_fre.pdf?ua=1 (Consulté le 27.12.2013)

- (10)Schaal J-P. Mécanique & Techniques Obstétricales. 3ème ed. Montpellier: Sauramps médical; 2007. p. 9-40
- (11) Calais-Germain B, Vives Parés N. Bouger en accouchant - Comment le bassin peut bouger lors de l'accouchement. Meolans-Revel: Éd. Désiris / Éd. Ara; 2009. p. 13-87
- (12) Calais-Germain B, Vives Parés N. Bouger en accouchant - Comment le bassin peut bouger lors de l'accouchement. Meolans-Revel: Éd. Désiris / Éd. Ara; 2009. p. 87-171
- (13)Calais-Germain B, Vives Parés N. Les mouvements intrinsèques sagittaux entre les os du bassin. Bouger en accouchant - Comment le bassin peut bouger lors de l'accouchement. Meolans-Revel: Éd. Désiris / Éd. Ara; 2009. p. 54-63.
- (14)Schaal J-P. Mouvements des articulations sacro-iliaques. Mécanique & Techniques Obstétricales. 3ème ed. Montpellier: Sauramps médical; 2007. p. 34-35
- (15)Calais-Germain B, Vives Parés N. Analyse des principales positions d'accouchement. Bouger en accouchant. Meolans-Revel: Éd. Désiris : Éd. Ara; 2009. p. 113-145.
- (16)Calais-Germain B, Vives Parés N. Bouger en accouchant - Comment le bassin peut bouger lors de l'accouchement. Meolans-Revel: Éd. Désiris / Éd. Ara; 2009. p. 147-171.
- (17) Schaal J-P. Pour une poussée moins traumatique. Mécanique & Techniques Obstétricales. 3ème éd. Montpellier: Sauramps médical; 2007. p. 289-296.
- (18) Schaal J-P. Positions maternelles pour l'accouchement. Mécanique & Techniques Obstétricales. 3ème éd. Montpellier: Sauramps médical; 2007. p. 297-313.
- (19)Leroy F. Histoire de naître - De l'enfantement primitif à l'accouchement médicalisé. Bruxelles: De Boeck; 2002. p. 13-81
- (20)Coulon-Arpin M. La maternité et les sages-femmes, de la Préhistoire au XXe siècle, Tome 1. Paris: R. Dacosta; 1981.
- (21)Witkowski G-J. Antiquité. Histoire des accouchements chez tous les peuples. Paris: Steinheil; 1887. p. 343-354. Disponible sur :
<https://archive.org/stream/histoiredesaccou00unse#page/342/mode/2up> (Consulté 08.08.2013)

- (22)Leroy F. Les origines. Histoire de naître - De l'enfantement primitif à l'accouchement médicalisé. Bruxelles: De Boeck; 2002. p. 13-31
- (23) Coulon-Arpin M. La maternité et les sages-femmes - De la Préhistoire au XXe siècle. Paris: R. Dacosta; 1981. p. 88-89.
- (24)Dunn PM. Francois Mauriceau (1637-1709) and maternal posture for parturition. Arch Dis Child. janv 1991;66(1 Spec No):78-79. Disponible sur <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1590357/> (consulté le 12.09.2013)
- (25)Dundes L. The evolution of maternal birthing position. Am J Public Health. mai 1987;77(5):636-641.Disponible sur <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1647027/> (consulté le 27.10.2013)
- (26)Gélis J. Sages-femmes pensionnées, sages-femmes indépendantes. La sage-femme ou le médecin - Une nouvelle conception de la vie. A.Fayard. Paris; 1988. p. 23-39
- (27)Leroy F. Histoire de naître - De l'enfantement primitif à l'accouchement médicalisé. Bruxelles: De Boeck; 2002. p. 83-145
- (28)Leroy F. Histoire de naître - De l'enfantement primitif à l'accouchement médicalisé. Bruxelles: De Boeck; 2002. p. 127
- (29)Coulon-Arpin M. La maternité et les sages-femmes - De la préhistoire au XXe siècle, Tome 2. Paris: R. Dacosta; 1982. p. 7-19
- (30)Leroy F. Intermède arabe et scolastique médiévale. Histoire de naître - De l'enfantement primitif à l'accouchement médicalisé. Bruxelles: De Boeck; 2002. p. 83-115
- (31)Montazeau O, Bethuys J. Histoire de la formation des Sages-Femmes en France. Support de cours - Université Médicale Virtuelle Francophone; 2011. Disponible sur : http://www.uvmf.org/UE-sante-societe-humanite/profession_SF/site/html/cours.pdf (consulté le 15.10.2013)
- (32)Witkowski G-J. Sages-femmes et accoucheurs. Histoire des accouchements chez tous les peuples. Paris: G. Steinheil; 1887. p. 646-708
- (33)Gélis J. Une position médicale : couchée dans le lit. La sage-femme ou le médecin - Une nouvelle conception de la vie. A.Fayard. Paris; 1988. p. 281-283

- (34) Leroy F. Histoire de naître - De l'enfantement primitif à l'accouchement médicalisé.
Bruxelles: De Boeck; 2002. p. 185-194.
- (35) Witkowski G-J. Histoire des accouchements chez tous les peuples. Paris: G. Steinheil;
1887. p. 357-366. Disponible sur:
<https://archive.org/stream/histoiredesaccou00unse#page/356/mode/2up> (consulté le
08.08.2013)
- (36) Leroy F. Histoire de naître - De l'enfantement primitif à l'accouchement médicalisé.
Bruxelles: De Boeck; 2002. p. 186
- (37) Gélis J. La sage-femme ou le médecin - Une nouvelle conception de la vie. A. Fayard.
Paris; 1988. p. 282
- (38) Coulon-Arpin M. La maternité et les sages-femmes - De la préhistoire au XXe siècle, Tome
2. Paris: R. Dacosta; 1982. p. 11-108
- (39) Gélis J. La sage-femme, instrument de contrôle des populations. La sage-femme ou le
médecin - Une nouvelle conception de la vie. Paris: A. Fayard; 1988. p. 40-55
- (40) Gélis J. La Révolution et la naissance : rupture ou continuité ? La sage-femme ou le
médecin - Une nouvelle conception de la vie. Paris: A. Fayard; 1988. p. 219-233
- (41) Gélis J. L'unique école de formation : la Maternité de l'Hôtel-Dieu. La sage-femme ou le
médecin - Une nouvelle conception de la vie. Paris: A. Fayard; 1988. p. 56-64
- (42) Coulon-Arpin M. La maternité et les sages-femmes - De la préhistoire au XXe siècle, Tome
2. Paris: R. Dacosta; 1982. p. 59.
- (43) Benozio M, et al. La « machine » de Madame du Coudray – Ou l'Art des accouchements
au XVIIIe siècle. Bonsecours: Éditions Point de vues; 2004.
- (44) Gélis J. La « mission » de Mme Du Coudray. La sage-femme ou le médecin - Une nouvelle
conception de la vie. Paris: A. Fayard; 1988. p. 111-129
- (45) Leroy F. Histoire de naître - De l'enfantement primitif à l'accouchement médicalisé.
Bruxelles: De Boeck; 2002. p. 217

- (46)Tarnier S, Budin P. Du forceps. Traité de l'art des accouchements, Tome 2. Paris: G. Steinheil; 1901. Disponible sur : http://www.aly-abbara.com/museum/medecine/pages_01/Tarnier/Forceps/forceps_historique.html (consulté le 18.01.2014)
- (47)Leroy F. L'arme secrète miraculeuse. Histoire de naître - De l'enfantement primitif à l'accouchement médicalisé. Bruxelles: De Boeck; 2002. p. 207-246
- (48)Tarnier S, Budin P. Du levier. Traité de l'art des accouchements, Tome 4. Paris: G. Steinheil; 1901. Disponible sur : http://www.aly-abbara.com/museum/medecine/pages_01/Tarnier/Forceps/leviers_historique.html (consulté le 18.01.2014)
- (49)Giles P. Walcher's Position in Obstetrics. Br Med J. 11 déc 1897;2(1928):1756. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2408227/> (consulté le 10.01.2014)
- (50)Fothergill WE. Walcher's Position In Parturition. Br Med J. oct 1896;2(1870):1290-1292. Disponible sur : <http://www.jstor.org/discover/10.2307/20247512?uid=3738016&uid=2&uid=4&sid=21103316392841> (consulté le 10.02.2014)
- (51)Caron-Leulliez M, George J. L'accouchement sans douleur histoire d'une révolution oubliée. Paris: Les éd. de l'atelier/Les éd. ouvrières; 2004.
- (52)Leroy F. La maîtrise du mal joli. Histoire de naître - De l'enfantement primitif à l'accouchement médicalisé. Bruxelles: De Boeck; 2002. p. 371-398
- (53)Caron-Leulliez M, George J. L'accouchement sans douleur - Histoire d'une révolution oubliée. Paris: Les éd. de l'atelier/Les éd. ouvrières; 2004. p. 20
- (54)Carricaburu D. De la gestion technique du risque à celle du travail : l'accouchement en hôpital public. Sociol Trav. avr 2005;47(2):245-262. Disponible sur : <http://www.donnerlaviechezsoi.fr/sites/www.donnerlaviechezsoi.fr/IMG/pdf/Carricaburu.pdf> (consulté le 06.01.2014)
- (55)Leroy F. Histoire de naître - De l'enfantement primitif à l'accouchement médicalisé. De Boeck. Bruxelles; 2002. p. 395-396
- (56)Caron-Leulliez M, George J. L'accouchement sans douleur - Histoire d'une révolution oubliée. Les éd. de l'atelier/Les éd. ouvrières. Paris; 2004. p. 41

- (57) Leroy F. L'explosion technologique du XXe siècle. Histoire de naître - De l'enfantement primitif à l'accouchement médicalisé. Bruxelles: De Boeck; 2002. p. 399-422
- (58) CNGOF. Modalités de surveillance fœtale pendant le travail. RPC 2007. Disponible sur : http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_18.HTM (consulté le 15.01.2014)
- (59) Carricaburu D. De l'incertitude de la naissance au risque obstétrical : les enjeux d'une définition. Sociol Sociétés. 2007;39(1) p.139
- (60) Marpeau L, et al. Principaux indicateurs en périnatalité en France et en Europe . Traité d'obstétrique. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2010. p. 624-628
- (61) Puech F. L'organisation autour de la grossesse et de la naissance. adsp. déc 2007;(61/62):35-45. Disponible sur : <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad613557.pdf> (consulté le 11.01.2014)
- (62) Décret n°98-899 du 9 octobre 1998 modifiant le titre Ier du livre VII du code de la santé publique et relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat). NOR : MESH9822605D.
- (63) Décret no 98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale et modifiant le code de la santé publique (troisième partie : Décrets). NOR : MESH9822606D.
- (64) Ministère de la Santé. Plan périnatalité 2005-2007 « Humanité, proximité, sécurité, qualité ». Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf (consulté le 15.12.2013)
- (65) Ministère de la santé et des sports, DGS. Evaluation du plan périnatalité 2005-2007 - Rapport final. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Evaluation_du_plan_perinatalite_-_Rapport_final.pdf (consulté le 15.12.2013)

- (66) Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, SFN, CSF, CNGOF, CIANE. Suivi et accompagnement des grossesses physiologiques par les maternités – Fondamentaux. 2011. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/grossesses_physiologiques.pdf (consulté le 15.12.2013)
- (67) 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 ». Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/position_acc_physio_121205.pdf (consulté le 15.12.2013)
- (68) Rapport de la Cour des comptes. Le rôle des sages-femmes dans le système de soins. La sécurité sociale. 2011. p. 173-198
- (69) De Jonge A, Lagro-Janssen ALM. Birthing positions. A qualitative study into the views of women about various birthing positions. J Psychosom Obstet Gynecol. mars 2004;25(1):47-55
- (70) Collet M. Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement. DRESS - Etudes Résultats. sept 2008;(660). Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er660.pdf> (consulté le 15.12.2013)
- (71) UNAF. Enquête périnatalité « Regards de femmes sur leur maternité ». mai 2010. Disponible sur : http://www.unaf.fr/IMG/pdf/ENQUETE_PERINATALITE.pdf (consulté le 16.12.2013)
- (72) Carricaburu D. De l'incertitude de la naissance au risque obstétrical : les enjeux d'une définition. Sociol Sociétés. 2007;39(1):123-144. Disponible sur : <http://www.erudit.org/revue/socsoc/2007/v39/n1/016935ar.pdf> (consulté le 07.01.2014)
- (73) Jacques B. De la matrone à l'obstétricien : quel partage des rôles pour les professionnels ? Santé Homme. oct 2007;(391):20-22. Disponible sur : <http://www.inpes.sante.fr/slh/articles/391/02.htm> (consulté le 20.01.2014)
- (74) Jacques B. L'approche médicale : une définition « rationalisée » de l'enfantement. Sociologie de l'accouchement. Presses universitaires de France : Le Monde. Paris; 2007. p. 48-74
- (75) Jacques B. L'accouchement comme phase protocolisée. Sociologie de l'accouchement. Paris: Presses universitaires de France : Le Monde; 2007. p. 132-141

- (76) Jacques B. Sociologie de l'accouchement. Paris: Presses universitaires de France : Le Monde; 2007.
- (77) 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 15.12.2013)
- (78) Fillon F, Baroin F. Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011. n°2854. oct 13, 2010. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/13/projets/pl2854.asp> (consulté le 21.01.2014)
- (79) Loi n° 2013-1118 du 6 décembre 2013 autorisant l'expérimentation des maisons de naissance - NOR: AFSX1316565L
- (80) Witkowski G-J. Histoire des accouchements chez tous les peuples. Paris: G. Steinheil; 1887. P347-350. Disponible sur : <https://archive.org/stream/histoiredesaccou00unse#page/346/mode/2up> (consulté le 17.12.2013)
- (81) Coulon-Arpin M. La maternité et les sages-femmes - De la Préhistoire au XXe siècle. Paris: R. Dacosta; 1981. p. 170
- (82) Witkowski G-J. Histoire des accouchements chez tous les peuples. Paris: G. Steinheil; 1887. p354-5

Bibliographie

Ouvrages

Benozio M, et al. La « machine » de Madame du Coudray – Ou l'Art des accouchements au XVIIIe siècle. Bonsecours: Éditions Point de vues; 2004

Calais-Germain B, Vives Parés N. Bouger en accouchant - Comment le bassin peut bouger lors de l'accouchement. Meolans-Revel: Éd. Désiris / Éd. Ara; 2009

Caron-Leulliez M, George J. L'accouchement sans douleur histoire d'une révolution oubliée . Paris: Les éd. de l'atelier/Les éd. ouvrières; 2004

Coulon-Arpin M. La maternité et les sages-femmes, de la Préhistoire au XXe siècle, Tome 1. Paris: R. Dacosta; 1981

Coulon-Arpin M. La maternité et les sages-femmes - De la préhistoire au XXe siècle, Tome 2. Paris: R. Dacosta; 1982

De Gasquet B. Accouchement la méthode de Gasquet. Paris: Marabout; 2012

Gélis J. La sage-femme ou le médecin - Une nouvelle conception de la vie. A.Fayard. Paris ; 1988

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

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

Marpeau L, et al. Principaux indicateurs en périnatalité en France et en Europe . Traité d'obstétrique. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2010. p. 624-628

Schaal J-P. Mécanique & Techniques Obstétricales. 3ème ed. Montpellier: Sauramps médical; 2007. p. 9-40, 289-313.

Tarnier S, Budin P. Du forceps. Traité de l'art des accouchements, Tome 2. Paris: G. Steinheil; 1901. Chapitres : "Du forceps" et "Du levier"

Witkowski G-J. Histoire des accouchements chez tous les peuples. Paris: G. Steinheil; 1887. p.342-366,646-708.

Articles

Carricaburu D. De l'incertitude de la naissance au risque obstétrical : les enjeux d'une définition. *Sociol Sociétés*. 2007;39(1):123-144.

Carricaburu D. De la gestion technique du risque à celle du travail : l'accouchement en hôpital public. *Sociol Trav*. avr 2005;47(2):245-262.

De Jonge A, Lagro-Janssen ALM. Birthing positions. A qualitative study into the views of women about various birthing positions. *J Psychosom Obstet Gynecol*. mars 2004;25(1):47-55

Dundes L. The evolution of maternal birthing position. *Am J Public Health*. mai 1987;77(5):636-641.

Dunn PM. Francois Mauriceau (1637-1709) and maternal posture for parturition. *Arch Dis Child*. janv 1991;66(1 Spec No):78-79.

Fothergill WE. Walcher's Position In Parturition. *Br Med J*. oct 1896;2(1870):1290-1292.

Giles P. Walcher's Position in Obstetrics. *Br Med J*. 11 déc 1897;2(1928):1756.

Gupta JK, Hofmeyr GJ, Shehmar M. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;5:CD002006.

Jacques B. De la matrone à l'obstétricien : quel partage des rôles pour les professionnels ? *Santé Homme*. oct 2007;(391):20-22.

Lepleux F, et al. Données obstétricales dans une population bénéficiant de variations posturales en cours de travail et d'accouchement. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. Paris. août 2013. DOI : 10.1016/j.jgyn.2013.06.01

Priddis H, Dahlen H, Schmied V. What are the facilitators, inhibitors, and implications of birth positioning? A review of the literature. *Women and Birth*. sept 2012;25(3):100-106.

Puech F. L'organisation autour de la grossesse et de la naissance. *adsp*. déc 2007;(61/62):35-45.

Racinet C, Brément S, Lucas C. Analyse objective des différentes positions maternelles pour l'accouchement. Extrait des Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique - 32ème journées nationales du CNGOF. Paris. 2008;Tome XXXII:83-100.

Reid AJ, Harris NL. Alternative Birth Positions. Can Fam Physician. sept 1988;34:1993-1998.

Vendittelli F. Position allongée ou verticale durant le 2e 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

Recommandations

CNGOF. Modalités de surveillance fœtale pendant le travail. RPC 2007. Disponible sur :

OMS, Département Santé et Recherche génésiques. Les soins liés à un accouchement normal. Genève. 1997; WHO/FRH/MSM/96.24:p. 31. Disponible sur :

Congrès, colloques, conférences

Racinet C. Analyse objective des postures maternelles d'accouchement – Vidéo de présentation aux 32e journées nationales du CNGOF. Déc 2008.

Décrets et lois

Décret n°98-899 du 9 octobre 1998 modifiant le titre Ier du livre VII du code de la santé publique et relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat). NOR : MESH9822605D.

Décret no 98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale et modifiant le code de la santé publique (troisième partie : Décrets). NOR : MESH9822606D.

Fillon F, Baroin F. Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011. n°2854. oct 13, 2010.

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

Rapports, publications officielles

Collet M. Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement. DRESS - Etudes Résultats. sept 2008;(660).

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

Ministère de la santé et des sports, DGS. Evaluation du plan périnatalité 2005-2007 - Rapport final.

Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, SFN, CSF, CNGOF, CIANE. Suivi et accompagnement des grossesses physiologiques par les maternités – Fondamentaux. 2011.

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 ».

Rapport de la Cour des comptes - La sécurité sociale. 2011. Le rôle des sages-femmes dans le système de soins. P173-198

UNAF. Enquête périnatalité « Regards de femmes sur leur maternité ». mai 2010.

Autres ressources

Montazeau O, Bethuys J. Histoire de la formation des Sages-Femmes en France. Support de cours - Université Médicale Virtuelle Francophone; 2011.

Annexes

Annexe 2 : les détroits, plans, axes et diamètres du bassin

Les détroits du bassin

Le petit bassin est divisé en trois parties : le détroit ou orifice supérieur, l'excavation pelvienne et le détroit ou orifice inférieur.

Le détroit supérieur est limité par l'articulation lombo-sacrée en arrière, par les lignes arquées des ilium ou lignes innominées latéralement et par le bord supérieur de la symphyse pubienne en avant.

Le détroit inférieur est limité par le bord inférieur du pubis en avant, les branches ischio-pubiennes et tubérosités ischiatiques sur les côtés et le sommet du coccyx en arrière.

L'excavation pelvienne est limitée par ces deux détroits. Elle a la forme d'un tore avec une paroi postérieure plus longue que la paroi antérieure. On note un rétrécissement transversal de cette excavation au niveau des épines sciatiques et le plan passant par ce diamètre bi-épineux forme le détroit moyen du bassin.

Plans et axes du bassin

Les détroits décrits précédemment forment les plans et axes du bassin.

Le premier plan est le plan du détroit supérieur qui forme un angle de 60° avec l'horizontale en position debout. Le second plan est la descente dans l'excavation jusqu'au détroit moyen. Le troisième plan est celui du détroit moyen et le quatrième correspond au détroit inférieur. L'axe général de l'excavation est en fait une ligne courbe concave qui s'enroule autour de la symphyse pubienne.

Dimensions du bassin

Les différents détroits définissent des diamètres, dont une dimension minimale est requise pour permettre l'accouchement eutocique (*figure 17*).

Les diamètres utiles pour le pronostic de l'accouchement sont les diamètres promonto-rétro-pubien (10.5cm) et transverse médian (12.5 cm) au niveau du détroit supérieur, le diamètre bi-épineux ou bi-siatique (10.8cm) pour le détroit moyen et le diamètre bi-ischiatique (11cm) au niveau du détroit inférieur.(10)

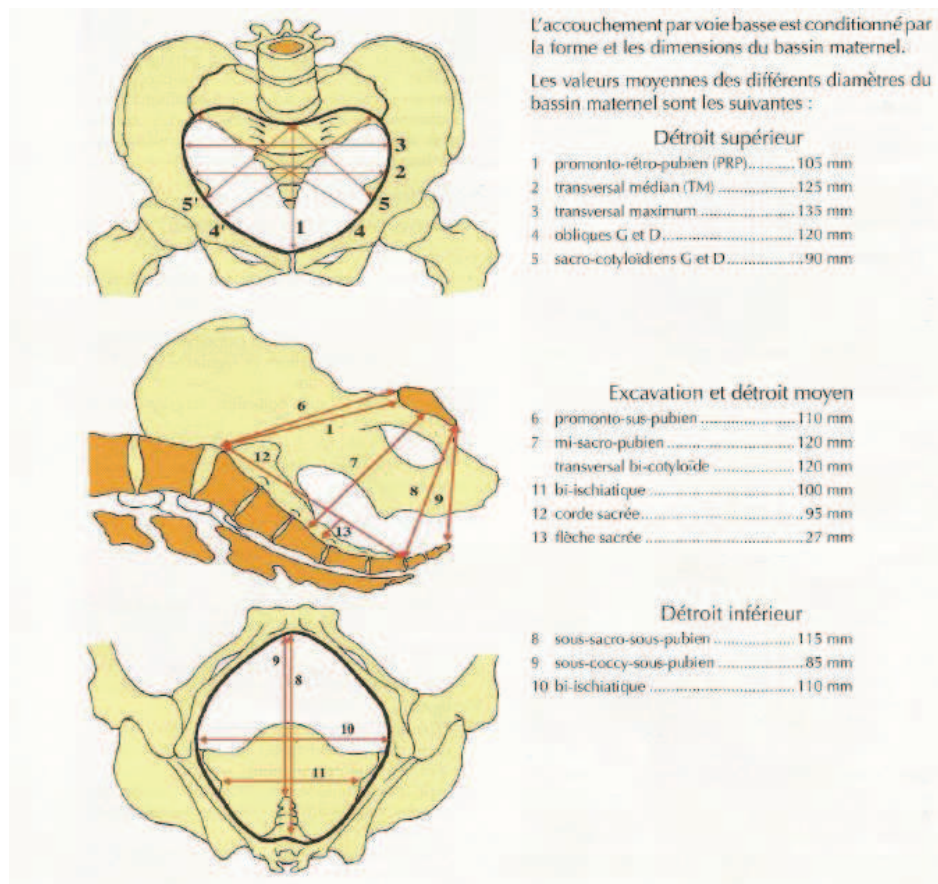


Figure 17 : les dimensions du bassin maternel (*Mécanique et techniques obstétricales de J.-P. Schaal*)

Annexe 3 : la succussion Hippocratique utilisée lors d'accouchements difficiles

« " On place quelquefois la femme " », dit ailleurs Hippocrate, « " sur un lit solide élevé, ou elle se couche renversée sur le dos ; on la ceint par la poitrine d'un ruban large ou d'une courroie souple, qui passe sous les aisselles et qu'on attache au lit : on ceint de même les bras ; on fait éloigner les jambes l'une de l'autre, on contient les pieds en les liant par les malléoles. Après avoir ainsi disposé la femme en travail, on a deux fagots de bois sec et souple, ou tout autre chose propre à faire que, lorsque le lit sera dressé verticalement et qu'on le secouera contre la terre, le milieu des pieds ne puissent point toucher la terre. On dit en même temps à la femme de se tenir des mains au lit, sans y appuyer la tête, en sorte que son corps porte sur les pieds sans qu'elle puisse glisser. Le tout étant ainsi disposé, et le lit étant placé verticalement, on met les fagots par derrière sous les pieds du lit, on les range de façon que la traverse des pieds du lit ne touche point la terre, quand on le secouera ; mais qu'elle porte sur les fagots. Deux hommes placés, un de chaque côté, élèveront le lit en haut d'un mouvement uni et égal, qui ne donne point de secousses de côté, en le laissant tomber sur les fagots, au moment où la femme aura des douleurs ; s'arrêtant aussitôt qu'elle sera délivrée, ou bien recommençant, en tenant toujours le lit vertical. Tel est le moyen de faire sortir l'enfant, quand il se présente naturellement " ». (80)



Figure 18 : la succussion Hippocratique (*Histoire des accouchements chez tous les peuples de Witkowski*)

Annexe 4 : Description du siège obstétrical utilisé dans la Rome antique

« Le siège obstétrical qui devait être d'un usage assez courant, sera d'une " hauteur moyenne et si la sage-femme est trop petite, un escabeau l'élèvera à la hauteur voulue". Ce siège devra avoir en son milieu " une ouverture demi-circulaire qui ne soit ni trop grande ni trop petite pour que les fesses soient libres " ... " les parties latérales du fauteuil seront arrondies afin que la parturiente puisse avec les mains, y prendre un solide appui " ... " le dos devra pouvoir être incliné en arrière pour donner aux jambes et aux fesses, une résistance convenable " ... et à la partie excavée " on ajoutera des lanières cousues". Quelquefois, on met à la partie inférieure du fauteuil " un axe rond ayant à chacune de ses extrémités une roue destinée à imprimer un mouvement circulaire avec un levier en bois; l'axe autour duquel est fixé et s'enroule un lien, dont l'extrémité libre devra être attachée aux bras ou à d'autres parties du corps du fœtus", sert à l'extraction de l'enfant, probablement mort, mais ce procédé n'est pas recommandé car, selon un précepte, " l'extraction du fœtus ne peut être faite que si la femme est couchée". Si on ne dispose pas d'un siège obstétrical " la parturiente pourra être placée sur les genoux d'une femme robuste, assise, pour que celle-ci la soutienne pendant la douleurs." » (81)

Annexe 5 : Scène d'accouchement au XVIème siècle décrite par Ambroise Paré

« " ... Si tels signes se démontrent, sois assuré qu'en brief la femme enfantera ; et partant qu'on luy prépare tout ce qu'elle aura besoin pour tel affaire, et principalement à la bien situer en un lict en figure moyenne, à sçavoir non du tout à la renverse ny assise, mais aucunement le dos eslevé, afin qu'elle puisse mieux respirer et avoir force à mettre l'enfant hors. Davantage, faut qu'elle ait les jambes courbées, et les talons vers les fesses, et les cuisses escartées l'un de l'autre, et qu'elle s'appuye contre une bûche de bois posée au travers de son lict, ayant un peu les fesses eslevées.

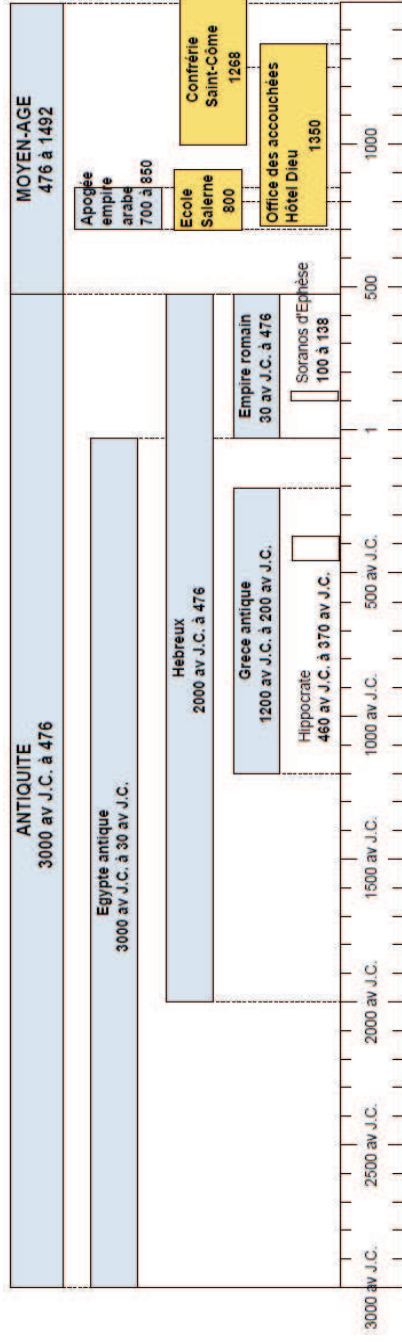
" Aucuns accouchent debout estans appuyées des bras sur le bord du lict ou d'un banc ; autres en une chaire propre à cela, laquelle ne doit pas estre plus haute que la terre que de deux pieds. L'utilité de cette chaire n'est à mespriser parce que la femme grosse y est située estant renversée sur le dos, de sorte qu'elle a son inspiration et expiration libres ; aussi que l'os sacrum et l'os *caudæ* sont en l'air, n'estans aucunement pressez, qui fait que les dits os se desjoignent et séparent plus aisément. Pareillement l'os pubis, à cause que les cuisses sont escartées l'une de l'autre, jointct aussi que la sage-femme besongne plus à l'aise, estant assise devant la femme grosse.

" L'on mette un oreiller au dossier de la chaire, et quelques linges où les cuisses seront appuyées, afin que la femme grosse soit plus à son aise.

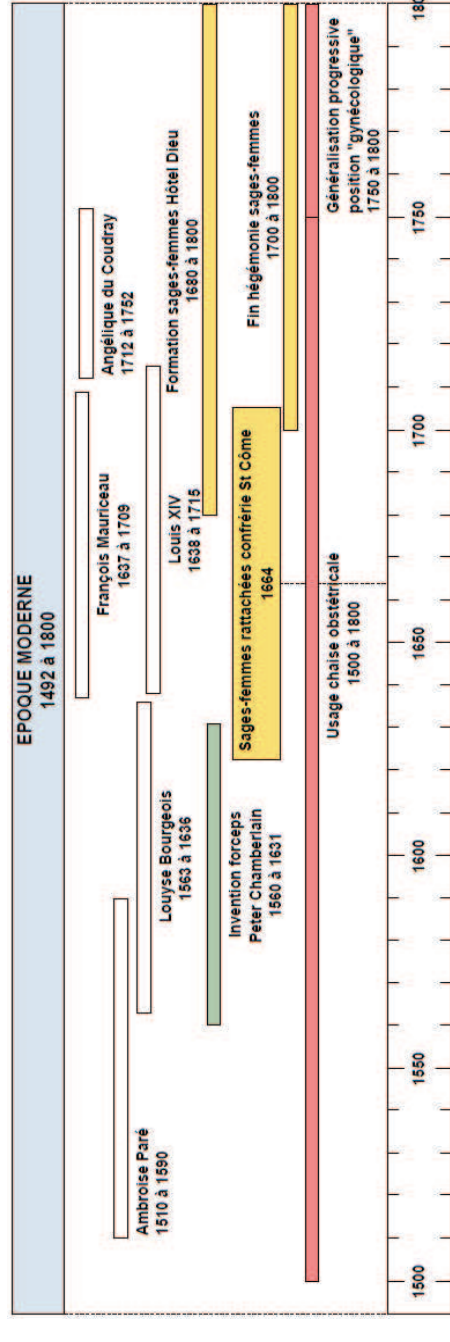
" ... Estant la femme en travail d'enfant, le tout venant bien, faut laisser faire nature, et la sage-femme ; toutesfois faut commander la femme (lors qu'elle aura des ondées et tranchées) qu'elle s'espreigne le plus qu'elle pourra, luy cloüant le nez et la bouche, et une matrone luy presse les parties supérieures du ventre en poussant l'enfant en bas ; car telle chose ayde grandement à les faire accoucher, n'estans si vexées des tranchées ou ondées, comme j'ay souvent esfois expérimenté en plusieurs femmes ou j'ay esté appellé pour leur ayder à accoucher. » (82)

Annexe 1 : frise chronologique

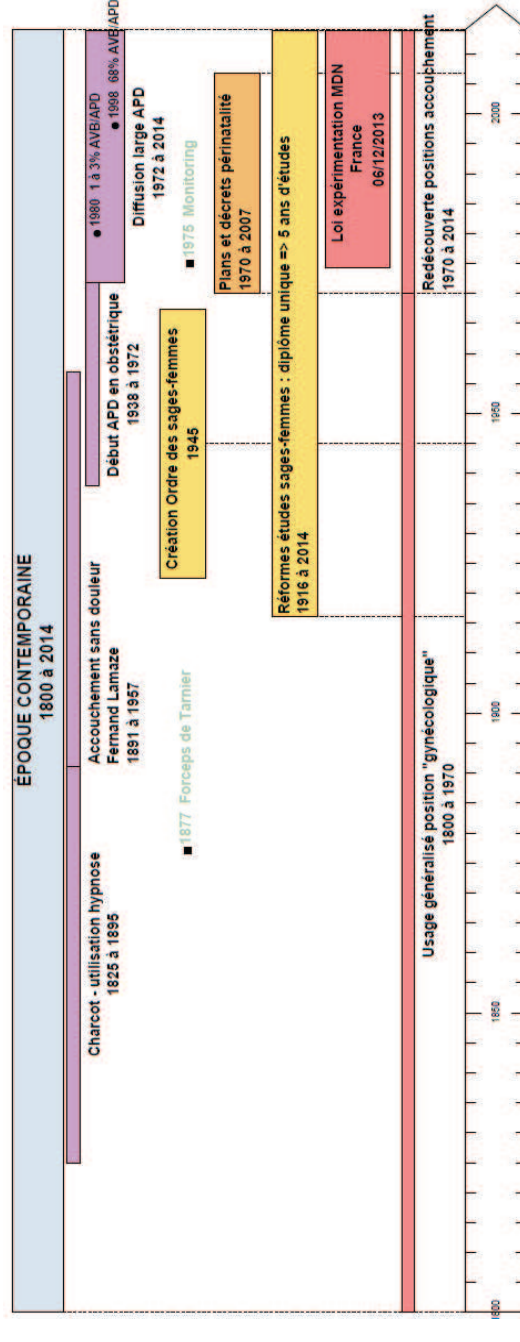
1^{ère} partie : Antiquité et Moyen-Âge



2^{ème} partie : Epoque Moderne



3^{ème} partie : Epoque Contemporaine



Abréviations :

- AVB : Accouchement Voie Basse
- APD : Anesthésie Péridurale
- AVB/APD : Accouchement Voie Basse sous Anesthésie Péridurale
- MDN : Maisons De Naissance