

École de Sage-femme

Université de Caen

Évolution de la Mortalité maternelle au XX^{ème} siècle en France.

Étude historique

LANGLAIS Margaux

16 janvier 1993

Sous la direction de M Hugues BERTHELIER

En vue de l'obtention du diplôme d'État de Sage-Femme.

Année universitaire 2015/2016.



CAEN · CAMPUS 5

BIBLIOTHÈQUE
UNIVERSITAIRE

SANTÉ

CHUCaen

ECOLE DE SAGES-FEMMES

AVERTISSEMENT

Afin de respecter le cadre légal, nous vous remercions de ne pas reproduire ni diffuser ce document et d'en faire un usage strictement personnel, dans le cadre de vos études.

En effet, ce mémoire est le fruit d'un long travail et demeure la propriété intellectuelle de son auteur, quels que soient les moyens de sa diffusion. Toute contrefaçon, plagiat ou reproduction illicite peut donc donner lieu à une poursuite pénale.

Enfin, nous vous rappelons que le respect du droit moral de l'auteur implique la rédaction d'une citation bibliographique pour toute utilisation du contenu intellectuel de ce mémoire.

Le respect du droit d'auteur est le garant de l'accessibilité du plus grand nombre aux travaux de chacun, au sein d'une communauté universitaire la plus élargie possible !

Pour en savoir plus :

Le Code de la Propriété Intellectuelle :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006069414>

Le site du Centre Français d'exploitation du droit de Copie :

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

Adresse : Bibliothèque universitaire Santé

Pôle des formations et de recherche en santé | 2, rue des Rochambelles | CS 14032 | 14032 CAEN CEDEX 5

Tel. : 02 31 56 82 06

Courriel : bibliotheque.sante@unicaen.fr

Internet : scd.unicaen.fr/

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier M Berthelier, directeur de ce mémoire, ainsi que Mme Brielle, pour leur aide précieuse quant à la réalisation de ce travail ainsi que pour leur patience à l'égard de mes nombreuses fautes d'orthographe.

Je remercie également mes parents pour leur soutien sans faille tout au long de ma scolarité.

J'ai une pensée aussi pour Brice, pour ses conseils et ses efforts pour me donner confiance.

A Sandra, pour sa disponibilité et son efficacité, I really thank you.

Enfin, je remercie sincèrement, Mégane, Aline, Justine, Valentine et Sarah qui ont fait de mes études, quatre années de rires, de joie, de partage et surtout de souvenirs.

Table des matières

<u>Introduction</u>	page 1
Définition mortalité maternelle	page 1
Épidémiologie	page 2
Étiologie	page 5
Apport de la Révolution industrielle	page 7
<u>Matériel et Méthode</u>	page 8
Problématique	page 8
Objectifs	page 8
Hypothèses	page 8
Présentation de l'étude	page 9
<u>Résultats</u>	page 10
Évolution des pratiques médicales et obstétricales	page 10
<i>L'apport des découvertes du XIX^{ème} siècle</i>	<i>page 10</i>
<i>L'apport des découvertes du XX^{ème} siècle</i>	<i>page 13</i>
Sages-femmes d'hier et d'aujourd'hui	page 15
<i>Évolution des études jusqu'au XIX^{ème} siècle</i>	<i>page 16</i>
<i>Évolution des études à partir du XX^{ème} siècle</i>	<i>page 17</i>
<i>Évolution de la pratique des sages-femmes</i>	<i>page 18</i>
Politiques de santé publique	page 22
<i>Mise en place de l'hygiène</i>	<i>page 23</i>
<i>Chronologie de l'esprit hygiéniste</i>	<i>page 24</i>
<i>Mesures de protection maternelle</i>	<i>page 25</i>
<i>Réorganisation des lieux de soins</i>	<i>page 28</i>
Évolution des conditions de la femme dans la société	page 29
<i>L'accès à l'éducation</i>	<i>page 31</i>
<i>L'accès au travail</i>	<i>page 32</i>
<i>L'accès à la contraception</i>	<i>page 33</i>

Discussion

page 36

Point forts et points faibles de l'étude
Analyse et réflexions

page 36

page 36

Conclusion

page 41

Bibliographie

page 43

Introduction

Lorsque j'ai débuté mes études de sage-femme, j'ai été impressionnée par la rapidité et l'efficacité de la prise en charge de l'hémorragie du post-partum, qui peut parfois avoir des conséquences dramatiques. J'ai donc pris conscience du risque de mortalité que rencontraient les femmes en salle de naissance au moment de leur accouchement.

J'ai ensuite voulu comprendre comment on en était arrivé à ce type de prise en charge, dans ce type de maternité appelé de type 3 en 2015. Cela a entraîné d'autres questionnements, notamment sur l'évolution du nombre et des causes de décès maternels, ainsi que sur celle de la prise en charge des différentes urgences obstétricales.

Comment était-on passé en France du vieil adage annonçant « *qu'être enceinte c'est mettre un pied dans la tombe* » à des grossesses suivies mensuellement et des accouchements sécurisés en maternités médicalisées ?

Aussi, j'ai trouvé intéressant de débiter une recherche historique pour comprendre les différentes évolutions en obstétrique ayant permis la diminution de la mortalité maternelle.

Définition mortalité maternelle (1) (2) (3)

La mort maternelle a été classée par l'union européenne comme appartenant aux « décès évitables », c'est-à-dire qu'un seul décès maternel en France conduit, aujourd'hui, à une enquête précise pour en comprendre la cause.

La première définition de la mortalité maternelle a été donnée par la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique, en 1967. Elle a été complétée et précisée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) quelques années plus tard.

La définition actuelle de la mortalité maternelle correspond au « *décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle que soit la durée de la grossesse ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés. La cause de décès ne doit être ni accidentelle, ni fortuite.* ».

Il est important de préciser que pour cette étude, les décès liés aux Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG) sont pris en compte.

Il existe des causes obstétricales directes ou indirectes. Les décès par causes obstétricales directes résultent de « *complications obstétricales, d'interventions, d'omissions, d'un traitement incorrect ou d'un enchaînement d'événements résultants d'un des facteurs ci-dessus* ».

Les décès par causes obstétricales indirectes résultent « *d'une maladie préexistante ou d'une affection apparue au cours de la grossesse sans qu'elle soit due à des causes obstétricales directes, mais qui a été aggravée par les effets physiologiques de la grossesse* ».

Le taux de mortalité maternelle, lui, correspond au rapport du nombre de décès maternels observés sur une année sur le nombre de naissances vivantes de cette même année.

Le classement des causes de décès a varié depuis 1946 avec la découverte par exemple de l'embolie amiotique et la disparition de la « dyscrasie sanguine » (est appelée dyscrasie sanguine toute anomalie d'une des propriétés du sang telle qu'entre autres la mauvaise coagulation, l'anémie, le défaut de transport de l'O₂).

Épidémiologie (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)

Il est important de noter que le recueil précis du nombre de décès maternels, notamment au début du XX^{ème} siècle, est impossible à réaliser car les chiffres sont souvent sous-estimés. Les accouchements encore nombreux à être réalisés au sein des foyers sont peu répertoriés. Les décès, pourtant nombreux, liés aux avortements le sont encore moins, compte tenu de l'illégalité et de la clandestinité de la réalisation de l'acte. Il a donc existé en tout temps des biais d'études essentiellement liés à la difficulté du recueil d'informations, à l'intérêt tardif des politiques de santé publique aux décès maternels et à l'absence de définition de la mortalité maternelle en ces temps.

Le nombre de décès maternels au XX^{ème} siècle en France a été en constante régression. D'après l'étude du Docteur Le Fort, réalisée dans les maternités parisiennes de 1860 à 1863, la mortalité maternelle était en moyenne de 3%, ce taux atteignait 9 % dans les maternités les plus mortifères.

On note une diminution significative de la mortalité à la suite de ce qu'on appelle « La révolution Pasteurienne ».

Le début du XX^{ème} siècle est marqué par une surmortalité maternelle, dans les villes, liée à la fréquence plus importante des avortements qui, comme nous l'avons vu précédemment, étaient effectués de manière illégale et clandestine entraînant de nombreux décès.

Dans les années vingt, apparaissent, en France, les balbutiements du suivi médical de la grossesse et de l'accouchement. C'est, d'après le Pr Notter en 1954, seulement après 1945 que la mortalité maternelle devient un fait exceptionnel : il note *«l'amélioration considérable du milieu obstétrical où mortalité et morbidité ont pratiquement disparu, dans les accouchements normaux »*. (6)

Une étude du Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (BEH) datant de 2006 précise que depuis une dizaine d'années, le taux de mortalité maternelle se stabilise entre 9 et 13 décès pour 100 000 naissances vivantes ce qui correspond en moyenne à 60 décès de femmes chaque année. Sur les 88 décès de l'étude de 1999, 62 étaient liés à une cause obstétricale directe contre 20 de cause non obstétricale, 6 décès dont la cause n'a pas été précisée par l'étude.

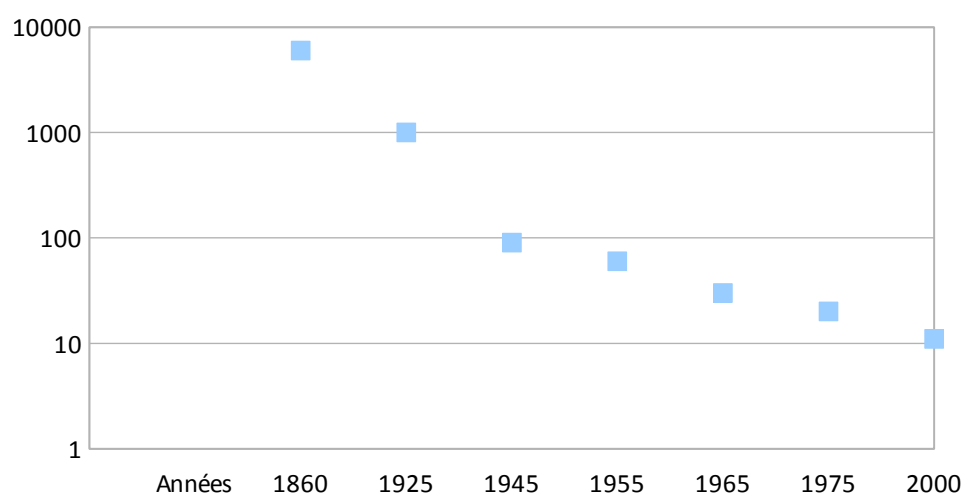


Figure 1 : Diminution de la mortalité maternelle en France de 1860 à 2000 (chiffres retrouvés dans la bibliographie).

Nous pouvons voir ci-dessus le graphique représentant la diminution du nombre de décès maternels au cours du XX^{ème} siècle. Le nombre de décès est représenté en abscisse, l'importance de l'écart de l'unité nous a imposé l'utilisation d'une échelle logarithmique afin de pouvoir faire correspondre des valeurs aussi éloignées sur une même courbe. L'évolution au cours des années est représentée en ordonnée. On note une courbe à deux tendances, une diminution franche et spectaculaire jusqu'à 1945 puis une diminution plus progressive au cours de la deuxième partie du siècle.

Quelle que soit la période, il existe une disparité entre les taux des différentes études sur la mortalité maternelle.

Au début du siècle, l'obstétrique était encore réalisée de manière empirique, la survie d'une femme au cours de son accouchement tenait parfois à peu de choses. Avaient plus de chance de survivre les femmes qui accouchaient au sein de leur foyer plutôt que dans les hôpitaux qui sont, au début du siècle, responsables de nombreux décès, à cause du manque d'hygiène et de la fréquence des épidémies. Au sein même des accouchements réalisés dans les foyers, les femmes plutôt aisées financièrement connaissent, en moyenne, moins de décès ayant les moyens de s'offrir un accouchement par une sage-femme diplômée ou par un médecin plutôt que par une matrone qui est autorisée à pratiquer les

accouchements par simple expérience personnelle.

De nos jours, on note une différence du taux de mortalité maternelle par rapport à l'âge de la mère. Les taux les plus bas sont retrouvés chez les 15-24 ans (de 6/100 000 à 36,6/100 000) et les taux les plus élevés pour les grossesses après 45 ans (de 110,7 /100 000 à 372,4/100 000).

On observe d'autres différences pointées dans la littérature avec notamment une disparité entre l'Île-de-France, le reste de la France métropolitaine et les Départements d'Outre-mer (DOM) avec une mortalité plus élevée dans les DOM. De même, le taux de mortalité maternel est nettement plus élevé dans les populations d'origine étrangère que dans la population d'origine française. Cette différence est probablement liée à une plus grande difficulté d'accès à un suivi médical pour cette population d'origine étrangère.

Il est intéressant de noter, bien que cela ne corresponde pas au thème de notre étude, que la diminution de la mortalité infantile en France a suivi la même tendance que celle de la mortalité maternelle.

Étiologie (2) (3) (10)

En parallèle à la diminution de la mortalité maternelle au cours du XX^{ème} siècle, on observe des variations dans les causes retrouvées à ces décès.

On peut noter trois tendances qui orientent les étiologies au cours du siècle en fonction des évolutions de la société française.

Les politiques de santé publique visant à une amélioration de la santé des français se mettent en place aux alentours des années vingt pour pallier les pertes humaines considérables causées par la Première Guerre Mondiale. Concernant l'obstétrique, les maternités au sein des hôpitaux sont encore considérées comme de véritables mouvoirs et la cause majeure de décès maternels est la « fièvre puerpérale », donc l'infection.

Le début du XX^{ème} siècle voit disparaître les maladies telles que la poliomyélite, la tuberculose osseuse et le rachitisme qui étaient, par leur gravité, responsables de bon nombre de décès de femmes au moment de l'accouchement.

Immédiatement après la Seconde Guerre Mondiale, les trois causes principales de décès sont les infections puerpérales, les complications de l'hypertension et les complications liées à l'avortement dont une partie était d'origine infectieuse.

A la fin du siècle, les décès sont classés en deux catégories, les causes obstétricales directes ou indirectes.

En un demi-siècle, le taux de décès liés aux complications de l'hypertension gravidique a diminué de 75%.

Les complications liées à l'avortement sont de nos jours quasiment inexistantes avec un taux de 0,44/100 000.

En 2008, le gouvernement français avait pour objectif que le taux de mortalité maternelle ne dépasse pas les 5/100 000.

Les causes de décès ont donc évolué au cours du siècle et une étude a montré que 85% des décès liés à une hémorragie étaient évitables contre 50 % pour les autres causes. En France, la prise en charge des hémorragies reste donc un des points majeurs à améliorer.

Nous pouvons voir ci-dessous un tableau représentant l'évolution des étiologies principales de mortalité maternelle au cours du XX^{ème} siècle.

Tableau I : Évolution des causes de décès maternels au cours du XX^{ème} siècle en France.

	<i>Fin XIX^{ème} - Début XX^{ème}</i>	<i>Milieu XX^{ème}</i>	<i>Fin XX^{ème} - Début XXI^{ème}</i>
E T I O L O G I E S	Infection : par fièvre puerpérale « Fléaux » poliomyélite/tuberculose/ rachitisme/syphilis	« IVG » : infection/ hémorragie Complications de l'HTA : pré-éclampsie/éclampsie Complications obstétricales : traumatismes/lésions périnéales/complications opératoires	Causes obstétricales directes : -hémorragies 25% -embolie amniotique 12% -complications thrombo- embolique 10% -HTA 10% Causes obstétricales indirectes : -AVC 9% -cardiopathie 5% -maladie infectieuse 2,5% -cancer 2% -maladies auto-immunes 1,5%

L'apport de la Révolution industrielle (11)

La France du XX^{ème} siècle correspond à une société bouleversée par les apports de la Révolution Industrielle. Cette période a permis de modifier le paysage français de plusieurs manières. On note tout d'abord le passage d'une démographie essentiellement rurale et agricole vers l'instauration progressive d'une démographie urbaine. En effet, l'industrialisation est en pleine expansion, ce qui entraîne la concentration de la population française au sein des villes. Ce nouvel élan d'industrialisation n'a pas impacté uniquement le monde du travail mais a également permis des évolutions au sein de la société. Le XIX^{ème} siècle correspond à la découverte de nouvelles énergies, la vapeur d'abord et l'électricité ensuite. Cela correspond également à l'installation d'une industrie des transports, ferroviaires d'une part mais d'autre part, automobiles. La science et la médecine commencent leur évolution avec le recul des grandes épidémies meurtrières. Petit à petit, les habitations des Français sont dotées de l'électricité, de l'eau courante, du chauffage. L'orientation politique vers le capitalisme entraîne une modification dans la consommation. La communication par le développement de la presse évolue elle aussi. Cet arrangement nouveau de la société a progressivement dessiné la société française telle qu'elle sera au XX^{ème} siècle. De nouvelles classes sociales apparaissent, une classe ouvrière pauvre face à une bourgeoisie industrielle. L'amélioration globale des conditions de vie notamment grâce à l'amélioration de l'hygiène et de la médecine est certes profitable mais de nouveaux fléaux comme le rachitisme ou la tuberculose apparaissent notamment au sein des classes les plus pauvres.

Concernant notre sujet, l'amélioration des conditions de vie et le visage nouveau de la société française ne peuvent pas à eux seuls expliquer la diminution de la mortalité maternelle.

Après avoir pris connaissance de ces données générales sur la mortalité maternelle en France, nous avons voulu comprendre ce qui avait permis la diminution spectaculaire de ces décès au cours du XX^{ème} siècle. Pour cela, nous avons essayé d'entreprendre une étude bibliographique de la littérature historique, sociologique et scientifique.

Matériel et méthode

Problématique

« Quelles évolutions du XX^{ème} siècle ont permis la diminution de la mortalité maternelle en France ? »

Objectifs

L'objectif principal de l'étude était de mettre en évidence les différentes actions mises en place en France au XX^{ème} siècle afin de permettre la diminution de la mortalité maternelle.

Les objectifs secondaires de cette étude étaient :

- d'analyser les différentes évolutions des pratiques médicales,
- de déterminer l'évolution de la formation des professionnels,
- d'appréhender les différentes politiques de santé publique,
- de comprendre comment ont évolué les conditions de la femme dans la société française du XX^{ème} siècle.

Hypothèses

- Il existe une vraie volonté des gouvernements français successifs pour améliorer la prise en charge des femmes lors des grossesses.
- Le XX^{ème} siècle connaît une évolution spectaculaire de la médecine en générale, des pratiques obstétricales et de la formation des professionnels (sages-femmes et médecins).
- L'évolution des conditions de la femme dans la société est indissociable de la prise en charge des femmes en obstétrique.

Présentation de l'étude

Il s'agissait de comprendre comment les évolutions de la société du XX^{ème} siècle ont permis une meilleure prise en charge obstétricale associée à une diminution de la mortalité maternelle, à travers une étude bibliographique de la littérature historique, sociologique et scientifique ciblée.

Le développement de l'étude se divise en quatre parties, l'évolution des pratiques médicales et obstétricales, puis l'évolution de la formation et de la pratique des sages-femmes, l'apparition des politiques de santé publique et enfin l'évolution de la condition des femmes. Concernant la méthodologie de cette étude, le choix de cibler le XX^{ème} siècle se justifie par l'importance des évolutions à la fois dans le domaine de la science, de la recherche mais aussi d'un point de vue sociétal et politique. Aussi, les recherches effectuées résument les avancées du XIX^{ème} siècle afin de mieux contextualiser les événements du XX^{ème}.

Le sujet ne traitant pas d'une période actuelle, le recueil et la véracité des données dépend de la littérature retrouvée dans les diverses bibliothèques (universitaires ou municipales) ainsi qu'aux archives départementales.

Résultats

1) Évolution des pratiques médicales et obstétricales

Nous allons voir lors de cette partie que les grandes avancées du monde médical ont évidemment influencé la prise en charge obstétricale des femmes.

L'apport des découvertes du XIX^{ème} siècle

Chronologie des découvertes médicales influençant l'obstétrique (12)

1815 : stéthoscope de Laënnec.

1848 : diagnostic du diabète par recherche du sucre dans les urines.

1849 : découverte de l'albumine dans les urines.

1853 : découverte de l'aspirine par Gerhardt.

1867 : recherches de Lister sur l'antisepsie.

1878 : isolement du staphylocoque par Pasteur.

1879 : isolement du streptocoque B par Pasteur.

1880 : stéthoscope en trompette de Pinard

1889 : utilisation de gants en caoutchouc en chirurgie.

1895 : découverte des rayons X par Röntgen.

La lutte contre la fièvre puerpérale :

Jusqu'à la fin du XIX^{ème} siècle, les maternités sont de véritables mouiroirs. Les épidémies de fièvre puerpérale déciment les femmes venant y accoucher. La mortalité maternelle atteint des sommets sans que la communauté scientifique ne comprenne pourquoi.

C'est un médecin autrichien, le Dr Semmelweis qui va en premier chercher à comprendre ce phénomène. Ses recherches partent d'une observation simple, le nombre de décès est

nettement supérieur lorsque les femmes sont accouchées par les médecins que lorsqu'elles sont accouchées par des sages-femmes. La différence notable entre les deux est la réalisation d'autopsies par les médecins sans aucun lavage des mains entre la réalisation d'une autopsie et celle d'un accouchement.

Un premier principe d'asepsie est compris et Semmelweis préconise le lavage des mains avec du chlorure de chaux après la réalisation d'une autopsie.

Par la suite, les travaux de Lister, inspirés par ceux de Pasteur, ont introduit l'utilisation de l'acide carboxylique puis l'acide phénique comme désinfectant du personnel mais aussi des plaies, des instruments et des salles d'opérations. En 1879, Pasteur isole l'agent infectieux responsable des épidémies, le streptocoque du groupe B.

La fin du XIX^{ème} siècle correspond donc au développement de l'antisepsie et de l'asepsie dans toutes les maternités hospitalières avec une diminution nette du taux de mortalité maternelle par infection au streptocoque de groupe B. Le XX^{ème} siècle apportera les traitements antibiotiques comme traitement efficace de l'infection puerpérale.

Au XVIII^{ème} siècle, les connaissances scientifiques reposent encore sur les principes antiques de Galien et Hippocrate. En cas d'accouchement dystocique, trois solutions peuvent être envisagées, l'utilisation de manœuvres obstétricales, une extraction instrumentale ou la césarienne.

Les extractions instrumentales (13) (14) (15)

Au XVIII et XIX^{ème} siècle, l'accoucheur a conscience de l'existence des mauvaises présentations que peut avoir le mobile fœtal, l'empêchant de descendre dans le bassin, ou encore, qu'il existe des femmes avec un bassin physiologiquement petit ou déformé par diverses maladies, comme par exemple le rachitisme ou la tuberculose osseuse. Pour pallier cette difficulté, des instruments facilitant l'extraction ont donc été inventés par les premiers obstétriciens. Cependant, ni la femme ni l'enfant ne sont épargnés lors des accouchements difficiles. Les femmes subissaient de graves délabrements anatomiques et couraient un risque hémorragique et infectieux important. Les premiers instruments nommés basiotribe ou céphalotribe ne sont pas créés dans le but de sauver la vie de l'enfant. En effet, le but recherché est de broyer le crâne du fœtus afin de permettre l'accouchement.

Le premier inventeur du forceps « moderne » est P. Chamberlain (1560-1631), il fut le premier à séparer complètement les branches de la pince pour pouvoir introduire séparément les parties dans la filière génitale et les articuler ensuite.

Progressivement, la forme des forceps et la manière de les utiliser évoluent. On note notamment les forceps du Dr Tarnier qui en 1877 permettent par leurs formes d'exercer une traction sur le pôle céphalique en suivant l'axe de l'excavation pelvienne maternelle.

Lors du XIX^{ème} siècle, l'utilisation des forceps est quasiment exclusive et parfois abusive.

Il faudra attendre le milieu du XX^{ème} siècle pour permettre aux accoucheurs une alternative à l'utilisation des forceps. En 1950, le Dr Thierry invente les spatules et en 1954 le Suédois Malmström met au point la première ventouse réellement efficace. Les extractions par ventouse moins traumatisantes pour la mère et le fœtus ont au cours du siècle remplacé en partie celles par forceps.

La pratique de la césarienne (16)

La pratique de la césarienne est retrouvée dans la littérature de toutes les époques y compris dans l'antiquité. Dans un premier temps, l'opération était réalisée en post-mortem avec l'espoir de sauver le fœtus lorsque la mère avait succombé à l'accouchement. La notion d'effectuer une césarienne sur une femme vivante avec une volonté de garder la femme et l'enfant en vie est évoquée pour la première fois au cours de la Renaissance. Malheureusement, les connaissances médicales, chirurgicales et anatomiques de l'époque rendent cette opération fatale, par infection ou hémorragie de manière quasiment systématique pour les femmes.

La période moderne de la césarienne débute aux alentours de l'année 1850.

Sa fréquence, sa morbidité et sa technique ont ensuite évolué au gré des découvertes médicales.

A la fin du XIX^{ème} siècle, la survie maternelle après une césarienne se situe aux alentours de 75% grâce à la pratique du Dr Porro. Il préconise une hystérectomie totale systématique afin d'éviter le risque hémorragique.

Différentes incisions abdominales ont été considérées au cours du temps. L'incision segmentaire telle qu'on la connaît de nos jours a été décrite simultanément par les docteurs Blindeau en 1921 et Kerr en 1926.

La suture utérine quant à elle, était considérée comme inutile jusqu'à la fin du XIX^{ème} siècle puisque l'hystérectomie était réalisée de manière systématique. C'est à partir de 1882 que des chirurgiens allemands et notamment Max Sänger insistèrent sur la possibilité de suturer l'utérus après l'hystérotomie. Les antibiotiques, les progrès de l'anesthésie-réanimation, l'asepsie après les travaux de Lister, Pasteur et Semmelweis et la rapidité de l'intervention permettent de rendre la mortalité materno-fœtale minimale au XX^{ème} siècle.

L'apport des découvertes du XX^{ème} siècle

Chronologie des découvertes médicales influençant l'obstétrique (12) (15)

1900 : découverte des groupes sanguins par Landsteiner.

1905 : invention du tensiomètre par Korotkov.

1906 : propriété utéro-tonique de l'ocytocine par Dale.

1906 : isolement du tréponème de la syphilis.

1921 : vaccin contre la tuberculose.

1921 : isolement de l'insuline par Banting et Best.

1929 : découverte de la pénicilline par Flemming (arrivée en France en 1940).

1935 : découverte des sulfamides par Domagk.

1935 : découverte des hormones sexuelles.

1951 : 1^{ère} pilule contraceptive par Pincus.

1964 : découverte des anti-inflammatoires non stéroïdiens.

1968 : découverte des B-bloquants.

1974 : début de l'échographie obstétricale.

1977 : découvertes des médicaments hypolipémiants.

Progrès techniques et technologiques

Au XX^{ème} siècle, la prise en charge obstétricale a pu évoluer grâce à des découvertes faites dans d'autres domaines que la médecine.

Nous pouvons donner comme exemple celui de l'échographie dont la création a suivi la

découverte de l'effet sonar, destinée à détecter les sous-marins pendant la Seconde Guerre Mondiale. Sa première utilisation en médecine servait à chercher des tumeurs cérébrales puis son utilisation a rapidement été justifiée en obstétrique. L'évolution de la technologie a ensuite permis l'association du Doppler à l'échographie. C'est à la fin des années soixante que l'échographie s'est répandue, son utilisation facilite la surveillance maternelle mais surtout fœtale au cours de la grossesse.

L'évolution de l'endocrinologie a elle aussi contribué à une amélioration de la prise en charge des femmes. Bien que le diagnostic du diabète est acquis depuis la fin du XIX^{ème} siècle, son traitement n'a pu être possible qu'à partir de 1922, avec l'isolement de l'insuline.

Les hémorragies maternelles ont pu être mieux prises en charge grâce notamment à deux découvertes primordiales. D'une part celle de la propriété utéro-tonique des ocytociques en 1906, leur utilisation en perfusion au cours du travail a été possible à partir de 1948. D'autre part la découverte des Rhésus a permis de développer la technique de transfusion sanguine.

Il est difficile de ne pas parler de l'apparition des techniques anesthésiques lorsque l'on aborde l'évolution de la prise en charge des femmes au cours du XX^{ème} siècle.

Les prémisses d'une anesthésie chirurgicale remontent au XVIII^{ème} siècle. En 1772, l'anesthésie est effectuée au protoxyde d'azote, puis à l'éther sulfurique à partir de 1830 et l'accouchement réussi de la Reine Victoria sous chloroforme en répandit son utilisation à partir de 1850.

Ces méthodes sont responsables de nombreux décès maternels, en effet, le dosage et les effets secondaires des produits ne sont pas maîtrisés. La majorité des accouchements s'effectue sans anesthésie.

Jusque dans les années cinquante, l'utilisation anesthésique de l'éther est la plus répandue. A partir de 1929 les premières rachianesthésies à la Lidocaïne sont pratiquées et les premières anesthésies péridurales lombaires à partir de 1938. Leurs arrivées dans le domaine de l'obstétrique ne remontent qu'aux années soixante-dix.

II) Sages-femmes d'hier et d'aujourd'hui (17) (18)

L'existence de sages-femmes, ou en tout cas l'existence d'une personne dont le rôle est d'assister l'accouchement des femmes, a pour ainsi dire toujours existé. En ce qui concerne la France, le terme sage-femme apparaît pour la première fois au Moyen-Âge et désigne les femmes laïques dites guérisseuses qui pratiquent, les premières, une sorte de médecine. A l'époque, les termes sage-femme et sorcière étaient synonymes, la médecine n'était pas reconnue par les dogmes de l'Église. Toute personne allant contre la volonté divine en pratiquant des soins était condamnée au bûcher. Il faudra attendre le XIII^{ème} siècle pour que la médecine soit reconnue comme une science par l'Église et le XVII^{ème} siècle pour que le terme de sage-femme devienne spécifique à l'obstétrique.

Nous allons voir que deux types d'accoucheuses ont vécu et pratiqué en parallèle, les matrones et les sages-femmes.

Les matrones ont été les premières femmes ayant pour rôle l'accompagnement des femmes lors de leurs accouchements. Sans formation ni diplôme, elles étaient choisies au sein des villages en fonction de leurs propres expériences en matière d'accouchement, elles étaient souvent d'âge mûr et mère de nombreux enfants. Le curé du village se portait garant de leur bonne vie et mœurs et s'assurait de leur instruction. Ainsi, en cas de nécessité, les matrones étaient autorisées à ondoyer les nouveau-nés. Leurs connaissances en anatomie, physiologie, mécanique obstétricale n'étaient basées que sur un apprentissage personnel, ce qui les amenait souvent à pratiquer des gestes délétères pour la bonne santé des femmes. Elles avaient déjà l'indication de demander l'aide des médecins lors des difficultés à l'accouchement, mais l'obstétrique n'étant pas encore considérée comme spécialité médicale, les connaissances de ces derniers étaient encore plus insignifiantes que celles des matrones. Elles étaient donc très autonomes dans leurs pratiques.

Les matrones étaient également aptes à réaliser des expertises médico-légales, notamment en matière de viol ou de mariage non consommé. L'existence des matrones a perduré jusque dans les années 1960 dans les campagnes françaises.

Évolution des études : jusqu'au XIX^{ème} siècle (5) (10) (19) (20)

C'est par un décret de Louis XIV en 1692 que l'on voit apparaître pour la première fois une notion de formation officielle des matrones à « l'art de l'obstétrique ». Les matrones désormais appelées sages-femmes, seront formées à l'Hôtel-Dieu de Paris.

Dès le début de leur existence, les sages-femmes sont placées sous l'égide des hommes puisque les cours ainsi que la délivrance du brevet de maîtrise à la fin de la formation sont assurés par les chirurgiens.

Cette action reste très ciblée et ne sert que la noblesse de la cour de Louis XIV.

La formation, à l'échelle nationale, est instaurée par une sage-femme, Mme Angélique-Marguerite Le Boursier du Coudray, après l'obtention d'un décret royal en 1767. Elle va sillonner les routes de France pour créer des équipes locales de formation, composées de médecins et d'accoucheurs et donner des cours de mécanique obstétricale à l'aide de ses mannequins réalistes de femmes et de nouveau-nés.

Cette formation dure entre deux et trois mois et concernera près de 5000 sages-femmes sur une période de 25 ans.

Cette période correspond également à l'essor d'une littérature concernant les bonnes pratiques obstétricales, la sage-femme de Marie de Médicis, Mme Louise Bourgeois écrit en 1609 un premier livre de bons conseils destiné aux sages-femmes. Mme du Coudray elle-même écrira un ouvrage intitulé « Abrégé de l'art des accouchements ». L'État apporte son soutien à cette volonté d'améliorer la prise en charge des femmes en couches et à la diminution de la mortalité maternelle.

Cela entraînera la création en 1802 de la première école dite « École de la maternité » au sein de l'Hôpital Port-Royal de Paris. Les étudiantes y sont formées à une activité en hospice ou à domicile. L'école va être dirigée par un chirurgien, le Dr Jean-Louis Baudelocque mais l'enseignement est pratiqué par une sage-femme, Mme Marie-Louise Lachapelle. La formation d'une durée initiale de trois mois passe à une année en 1807 à la demande de Mme Lachapelle.

En 1882, l'entrée à l'école se fait par dossier. Celui-ci doit comprendre un certificat de bonnes vie et mœurs délivré par la municipalité, un extrait de casier judiciaire ainsi qu'une autorisation paternelle ou maritale.

Les enseignements comprennent l'apprentissage d'un « sens clinique », du dépistage des états pathologiques de la femme et du nourrisson, des notions d'obstétrique, de puériculture ainsi que celui des obligations légales. L'examen final se passe après une formation de deux ans.

On estime qu'au cours du XIX^{ème} siècle, 20 000 sages-femmes ont été formées dans les 57 écoles ouvertes au cours de la période.

Évolution des études : à partir du XX^{ème} siècle (21)

Le XX^{ème} correspond au siècle de l'évolution du monde médical, et le domaine de l'obstétrique a bénéficié de cette médicalisation. Les études de sage-femme ont donc suivi cette tendance et le niveau de recrutement des étudiants a évolué. Ainsi, le contenu des enseignements s'est adapté à l'évolution de la prise en charge des accouchements par le monde médical et aux connaissances de plus en plus scientifiques nécessaires pour exercer.

Les études de sage-femme, toujours sur deux années, ont été restructurées en 1917, la première année sert à acquérir les bases des soins généraux et la seconde se spécialise sur les notions d'obstétrique et de puériculture.

Afin de limiter le nombre de sages-femmes en exercice, un concours d'entrée est instauré en 1937.

A partir de 1943, une troisième année d'études devient obligatoire, la première année reste commune avec les études d'infirmière toujours dans le but d'acquérir les notions de base de médecine et des soins généraux. L'année supplémentaire permet d'élargir les connaissances sur la gynécologie et la pédiatrie en plus de l'obstétrique.

En 1973, les études de sage-femme deviennent indépendantes des autres formations de santé et le nouveau programme supprime l'année commune avec les infirmières. De nouvelles matières telles que la législation ou la psychologie sont maintenant enseignées.

L'ouverture de la formation aux hommes se fait en 1982 et le baccalauréat devient obligatoire pour passer le concours d'entrée en 1983.

Une quatrième année est mise en place en 1985 ainsi que la réalisation d'un mémoire de fin d'études pour valider le diplôme.

Depuis 2002, les étudiants sages-femmes doivent, au même titre que les médecins et les dentistes, valider l'examen en fin de première année du Premier Cycle des Études Médicales (PCEM1) avant d'accéder aux quatre années d'école.

La PCEM1 est réformée en 2010 est renommée Première Année Commune aux Études de Santé, incluant désormais les étudiants pharmaciens.

C'est seulement trois ans plus tard que la formation de sage-femme voit ces cinq années d'études reconnues avec l'obtention du grade de master 2 en 2013.

Évolution de la pratique des sages-femmes

Après nous être intéressé à l'évolution de la formation des sages-femmes nous allons voir que la pratique du métier a elle aussi connu de grandes évolutions au cours du siècle dernier.

Naissance traditionnelle jusqu'au XVIII^{ème} siècle (22)

Nous l'avons vu, depuis la nuit des temps, les femmes ont toujours reçu une aide lors de ce moment délicat que peut représenter l'accouchement. Jusqu'au XVIII^{ème} siècle, cela était affaire de femmes. Les hommes n'étaient pas conviés à participer à ce moment des plus intimes de la vie d'une femme et le corps médical ne considérait l'obstétrique ni comme une science ni comme une potentielle spécialité médicale.

Les sages-femmes, encore « matrones » à cette époque, étaient donc très autonomes dans leur pratique.

Leur seule interdiction officielle était la pratique de la chirurgie, sanctionnée par décret royal en 1755.

Les femmes accouchaient traditionnellement au sein de leur foyer, elles étaient souvent mère de famille nombreuse. Les connaissances médicales quasiment inexistantes des matrones ne permettait pas d'éviter un taux de mortalité très élevé pour les femmes. Ce taux augmentait avec la multiparité.

L'arrivée de l'accoucheur au XIX^{ème} siècle : (20)

C'est à partir du XIX^{ème} siècle que la corporation des médecins s'intéresse aux accouchements. Leur intérêt nouveau entraîne en 1806 la création de la première chaire d'obstétrique, c'est à dire sa reconnaissance en tant que spécialité médicale. Des médecins, hommes, sont donc de plus en plus formés à l'art de l'accouchement et cela ne sera pas sans conséquence sur la pratique des sages-femmes. Dorénavant, leurs compétences se voient limitées, elles ne sont plus autorisées à utiliser les instruments en cas d'accouchements dystociques. Leur droit de prescription est dans un premier temps suspendu. Les sages-femmes doivent systématiquement demander l'aide des obstétriciens si l'accouchement n'est plus physiologique. Les médecins les montrent du doigt. Pour ces derniers, les sages-femmes mais surtout les matrones, ne sont pas légitimes à pratiquer des accouchements car leur formation médicale est insuffisante.

En réponse à ce bouleversement des rôles et à cette perte d'autonomie, la formation à la profession de sage-femme s'est donc renforcée. L'État soutient également l'existence et l'utilité des sages-femmes en donnant l'exclusivité du droit de pratiquer les accouchements aux professions médicales comprenant les médecins et les sages-femmes. Cela rend alors l'exercice des matrones illégal.

Par ailleurs, la pratique des sages-femmes est toujours libérale, les hôpitaux ne disposent pas encore de maternités et les accouchements restent à domicile.

Le début de la médicalisation des accouchements au XIX^{ème} siècle (23)

Le nouvel intérêt de la corporation médicale à l'obstétrique a eu comme autre conséquence une médicalisation toujours plus importante de la naissance. L'obstétrique étant désormais une science, elle bénéficie de toute l'attention de grands obstétriciens qui vont tenter de toujours améliorer les conditions de l'accouchement. Cela modifie les compétences des sages-femmes qui sont autorisées à prescrire certains médicaments. On peut notamment noter l'autorisation de prescrire du seigle ergoté, puissant utéro-tonique après le décret de 1873, ou encore celui de 1890 les autorisant à prescrire et utiliser le sublimé, un antiseptique.

On observe pour la première fois une volonté de faire accoucher les femmes au sein des hôpitaux mais cela est un échec. En effet, les hôpitaux ont mauvaise réputation et restent associés à l'accueil des filles-mères, des mendiants et autres malades.

A la campagne, les accouchements continuent de se réaliser au sein des foyers, par des sages-femmes souvent isolées qui n'ont pas d'autre choix que de dépasser leurs compétences pour mener à bien les accouchements parfois compliqués car le médecin est difficilement joignable. Le rôle de la sage-femme, en plus de réaliser l'accouchement à domicile, est d'effectuer les neuf visites de suites de couches. De plus, elle peut suturer les périnéées, sans anesthésie la plupart du temps bien qu'elle soit autorisée à en pratiquer une à l'éther si besoin. Le premier lever est effectué tardivement, après une semaine au minimum. La sage-femme est également responsable de l'examen clinique du nouveau-né et elle effectue un suivi rapproché de l'allaitement maternel.

Les règles d'hygiène et celles de la transmission des germes n'étant pas encore acquises, la mortalité maternelle dans les hôpitaux reste bien plus élevée qu'en campagne, notamment par la fièvre puerpérale qui décime de nombreuses femmes.

XX^{ème} siècle, la maternité à l'hôpital (5) (21) (24)

C'est au cours des années vingt que l'on observe la migration des femmes vers de nouvelles structures hospitalières. L'accouchement devient un acte de plus en plus médical et l'État verse une aide aux femmes si elles accouchent en maternité et non plus au sein de leur foyer.

Cette évolution se déroule dans un premier temps à deux vitesses. D'abord, seules les grandes villes sont dotées d'une maternité, la prise en charge d'un accouchement reste donc, en milieu rural, relativement similaire au siècle précédent. Ensuite, on note une différence de prise en charge suivant le milieu social. En effet, les hôpitaux ont toujours mauvaise réputation et les femmes appartenant à la classe aisée de la société préfèrent encore faire appel à une sage-femme libérale ou à un médecin pour accoucher au domicile. Donc, jusqu'en 1950, coexistent deux faits, les femmes de la bourgeoisie urbaine et du milieu rural accouchent toujours à domicile tandis que les autres sont dirigées vers les premières maternités.

La migration progressive des accouchements vers les maternités entraîne une collaboration facilitée entre les sages-femmes et les médecins ainsi qu'une diminution de l'autonomie des sages-femmes en corrélation avec une médicalisation toujours plus poussée de l'accouchement. L'activité libérale des sages-femmes devient minime et leur « mise sous tutelle » par les obstétriciens devient donc quasiment totale.

Au sein des maternités, les sages-femmes développent les notions d'accompagnement de la femme, elles ont pour rôle de suivre le travail qui, nous le savons, peut durer de nombreuses heures.

Cette orientation différente entre le rôle des médecins accoucheurs et des sages-femmes est soulignée par la citation du Dr Couvelaire en 1930 « *les sages-femmes sont des femmes instruites, capables de surveiller l'accomplissement d'une fonction qui à chaque moment peut cesser d'être physiologique, capables de rester de longues heures au chevet des parturientes et de recevoir du mieux possible de leurs mains expertes, l'enfant parfois plus pressé de naître que le médecin de venir.* » ou encore par celle du Dr Jeannin la même année à l'égard des sages-femmes « *Le psychisme des médecins ne se prête pas à ce que vous faites, il y a des différences sexuelles dans les occupations.* ».(21)

Au fil des années, les compétences des sages-femmes n'ont cessé d'évoluer, la loi de 1982 les reconnaît comme profession médicale à compétences limitées. L'activité libérale après s'être effondrée au début du siècle a de nouveau été possible. Les sages-femmes assurent un rôle plus large que la « simple » réalisation d'accouchements physiologiques, elles participent à l'éducation sexuelle des femmes notamment grâce à leur place au sein des PMI ou des centres de planification et d'éducation familiale. Elles peuvent assurer le suivi des grossesses à bas risque ou encore le suivi gynécologique simple d'une femme avec un rôle dans l'accès à la contraception. La profession continue de voir ses compétences élargies avec entre autres, la possibilité réaliser les IVG médicamenteuses depuis le 26 janvier 2016.

III) Politiques de santé publique (5) (25)

A la suite de la Première Guerre Mondiale, il faut repeupler la France. La nouvelle population apportée par la conquête de l'Alsace et de la Lorraine ne suffit pas à pallier les pertes humaines de la guerre.

La population passe de 36,9 à 41,9 millions d'habitants, mais le taux de natalité chute et passe de 21,4/100 en 1920 à 14,6/100 en 1938. Le bilan est donné, le taux de fécondité des Français ne suffit plus à renouveler la population. En 1922, le nombre de naissances en France est de 760 000 contre 1 450 000 en Allemagne. L'augmentation des naissances devient une priorité et un enjeu de santé publique. Deux courants s'opposent alors, le malthusianisme et le natalisme.

Pour les défenseurs d'une France malthusienne, la surpopulation est à l'origine de la misère et de la guerre. D'après Andrée Violiss, journaliste et écrivain français : « *Un peuple qui étouffe chez lui est obligatoirement, mécaniquement contraint à la guerre, à la conquête* ». Ils s'insurgent contre les aides proposées aux familles nombreuses.

Les néo-malthusianistes eux, correspondent à une nouvelle tendance, ils préconisent l'utilisation de moyens contraceptifs afin de limiter le trop de naissances et de permettre la mise au monde uniquement d'enfants en parfait état de santé, dans de bonnes conditions économiques. Cette nouvelle tendance désignée comme eugéniste sera pointée du doigt et interdite.

Pour les français natalistes, la dénatalité devient synonyme de ruine pour la France : « *Sans enfants aujourd'hui, plus de France demain.* » (Affiche de l'Alliance nationale 1924).

Pour encourager les naissances, l'Alliance nationale s'oriente vers l'instauration d'un climat favorable à la natalité. Il faut redorer l'image de la famille nombreuse et en faciliter les conditions de vie en proposant des allocations familiales. Les mères de familles nombreuses se voient offrir des médailles de bronze, d'argent ou d'or pour 5, 8 ou 10 enfants. Des primes de 25 000 francs sont données à des familles de 9 enfants, c'est ce courant qui a fait entrer dans les mœurs la fête des mères en 1926, célébrée le dernier dimanche de mai.

Dans le même esprit, les politiques natalistes renforcent les lois contre les avorteurs et les avortées.

L'orientation des gouvernements français vers une politique nataliste n'est pas une mesure suffisante pour relancer les naissances. Malgré les actions mises en place pour tenter d'améliorer l'image de la famille nombreuse, le taux de natalité continue de chuter. Le constat est simple, cela coûte trop cher aux familles que de vivre avec de multiples enfants. Nous allons voir qu'en plus d'un encouragement des naissances, il devient indispensable pour les gouvernements de s'intéresser à l'amélioration des conditions de santé générale des femmes et de proposer diverses aides financières aux familles.

Ainsi, bien que n'étant pas destinée uniquement à la prise en charge des femmes enceintes, la création de la Sécurité Sociale en octobre 1945, a permis le remboursement des consultations obstétricales et des soins nécessaires au suivi de la grossesse.

Le 27 octobre 1946, le préambule de la Constitution de la IV^{ème} République reconnaît le droit de tous à : « *la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence* ».

On note parmi les avancées notables la mise en place de la Carte Vitale en 1997 et la loi de création de la Couverture Maladie Universelle (CMU) en 1999.

Mise en place de l'hygiène

Parallèlement aux politiques d'encouragements des naissances, l'entre-deux-guerres connaît une volonté de lutte contre l'autre fléau responsable de la dépopulation : les mauvaises conditions d'hygiène. En 1923, est créé « l'Office national d'hygiène » dans le but de coordonner les diverses actions menées pour améliorer l'hygiène et la surveillance médicale globale de la population.

Concernant la protection maternelle, la lutte contre la contagiosité de la tuberculose et de la syphilis est mise en avant. Ces deux pathologies, extrêmement fréquentes au début du siècle, sont responsables d'une surmortalité y compris chez les populations jeunes.

Dans les années vingt, la tuberculose tue 80 000 personnes par an, ce qui représente 1,5 décès pour 1000 habitants, ayant une action néfaste sur la grossesse et l'accouchement, elle participe au taux important de mortalité maternelle.

La syphilis, elle, touchant 13% des femmes, est responsable de 80 000 décès de femmes et de 40 000 avortements ainsi que de 20 000 décès d'enfants par an, soit en 10 ans autant de victimes que la Grande Guerre.

Le combat contre ces deux fléaux commence alors. Le médecin A. Fournier crée la « Société française de prophylaxie sanitaire et morale » en 1901. D'autres associations sont fondées en ce début de siècle, « la Ligue nationale française contre le péril vénérien », le « Comité national de défense contre la tuberculose » en 1923. Lors de la Seconde Guerre Mondiale, se met en place une nouvelle profession, celle de l'infirmière visiteuse, qui est responsable de l'éducation des familles à propos des bases de l'hygiène et fait le lien entre les foyers des français et les dispensaires. C'est en 1921 qu'est pratiqué pour la première fois le vaccin BCG contre la tuberculose, dix ans plus tard, un enfant sur dix est vacciné. De plus en plus, les décisions concernant la santé publique s'orientent vers une médecine préventive.

Chronologie de l'esprit hygiéniste (25)

1928 : apparition de la revue « L'hygiène sociale »

1929 : création du Parti social de la Santé publique par Justin Godart (homme politique français du mouvement radical-socialiste)

1924-1930 : création des Ministères du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociale

1930 : création du Ministère de la santé publique

1933 : mise en place de consultations de dépistage pour les femmes enceintes et de consultations de contrôle, prises en charge par l'assurance maternité.

1942 : création de l'Institut national d'hygiène à Vichy.

Toutes ces mesures ont pour objectifs de permettre une éducation sanitaire, un arrêt de la contagion des épidémies et le repérage des maisons insalubres.

On note que c'est également sous le régime de Vichy qu'a été mis en place l'examen pré-nuptial obligatoire dans le but de dépister les maladies vénériennes.

Cette volonté d'éradiquer les pathologies contagieuses touchant les femmes enceintes a entraîné deux changements conséquents dans la vision de l'obstétrique au XX^{ème} siècle. Cela a permis tout d'abord une reconsidération des maternités par le monde médical avec une volonté d'amélioration des lieux de soins, ainsi que la mise en place de consultations prénatales.

Ces consultations comprenaient un examen gynécologique, un palper, une analyse d'urine. Elles étaient obligatoires et l'absence des femmes à ces consultations provoquait un retrait des indemnités de l'assurance maternité.

Mesures de protection maternelle (19) (26) (27)

Nous l'avons vu, dans le but de relancer la natalité, les politiques de l'entre-deux-guerres n'ont d'autres choix que de s'intéresser à l'obstétrique. Il faut trouver des solutions pour redonner envie aux couples d'avoir des enfants. La volonté d'une politique nataliste entraîne un changement dans la prise en charge des femmes.

Il faut désormais essayer de préserver les naissances. Pour cela, on va chercher à réduire le nombre d'avortements spontanés, le taux de mortinatalité en périnatalité et de mortalité infantile.

On va donc observer l'apparition de toute une série de nouvelles lois concernant les femmes et leurs grossesses, ainsi qu'un nouvel accent sur la puériculture.

Au début du XX^{ème} siècle, Adolphe Pinard, professeur de clinique obstétricale à la maternité Baudelocque, insiste sur l'importance des notions de puériculture pour l'amélioration de la maternité et pour agir contre la mortalité maternelle et infantile.

Il préconise notamment le repos des femmes, avant et après l'accouchement et les bienfaits de l'allaitement maternel. Il insiste également sur l'importance de la création de consultations médicales de suivi maternel et pédiatrique.

« L'obstétricie n'est pas seulement l'heureux accouchement, c'est l'heureuse gestation suivant les règles de la puériculture intra-utérine, l'heureux allaitement suivant les lois de la puériculture après naissance. »

Cela commence en 1909, avec le vote de la loi Engrand pour la protection des femmes enceintes et en couches sur leur lieu de travail.

Il est désormais interdit aux employeurs de rompre un contrat de travail dans les deux semaines qui suivent un accouchement. Cette loi autorise également les femmes à obtenir un arrêt de travail de quatre semaines après la naissance de l'enfant.

Les premières indemnités de grossesse apparaissent pour les enseignantes d'abord puis s'étendent aux travailleuses du service postal.

Les femmes disposent en 1913 de quatre semaines de congés payés plus le versement d'allocations journalières si elles se présentent aux consultations obligatoires.

C'est en 1930 que sont votées les lois de l'assurance maternité. Elles permettent un remboursement des frais liés à la grossesse et à l'accouchement plus un versement d'indemnités pendant 12 semaines en amont et après l'accouchement.

L'assurée bénéficie des prestations suivantes : un tarif limite de 75 à 100 F pour couvrir les frais de consultations prénatales. Entre 325 à 425 F pour couvrir les frais de l'accouchement avec une majoration de 150 ou 100 F en cas de grossesse gémellaire. En cas d'accouchement dystocique, les femmes reçoivent entre 200 à 250 F pour une manœuvre interne ou une grande extraction du siège et en cas de chirurgie et/ou césarienne, la prise en charge de tous les frais. Enfin, elles disposent de 75 à 100 F pour les consultations post-natales.

L'accouchement en maternité publique ou hôpital est entièrement remboursé par l'assurance maternité.

La création des allocations familiales voit le jour en 1932 et celle du Code de la famille en 1939.

Un décret d'harmonisation des taux d'allocations est voté en 1938, l'ensemble de la population active féminine reçoit les mêmes versements. Une nouvelle indemnité est créée pour les mères restant au foyer.

L'allocation « premier enfant » est supprimée si ce dernier reste enfant unique au-delà de ses cinq ans.

Le régime de Vichy, renforce un peu plus cette politique nataliste et met en place, en 1941, le salaire non imposable pour les mères au foyer. Pour toucher leurs prestations, les femmes vont devoir, à partir de 1945, se présenter à trois consultations obligatoires pendant la grossesse, au 3ème, 6ème et 8ème mois.

L'année 1945 représente aussi la date de la création des services de PMI (Protection Maternelle et Infantile) dans le but de lutter contre la mortalité infantile qui s'élève toujours à 110/1000.

Ce nouveau suivi va également permettre de surveiller la bonne santé des femmes. En 1947, une mère au foyer de deux enfants reçoit l'équivalent d'un salaire d'ouvrière par mois.

Durant cette période de l'entre-deux-guerres, les femmes reçoivent donc des consignes strictes pour le bon déroulement de leur grossesse, de leur accouchement et du post-partum.

D'après le Dr Couvelaire, élève du Dr Pinard : « *Enfanter, c'est de son sang nourrir un nouvel être pendant la gestation, c'est le mettre au monde dans la douleur, c'est le nourrir de son lait jusqu'au jour où l'apparition de ses premiers groupes dentaires témoigne de son aptitude à une alimentation autre que le lait maternel.* »

A partir des années soixante, la France compare ses taux de mortalités maternelles ou infantiles aux taux internationaux. Cela correspond aux prémisses des plans de périnatalité qui seront mis en place une dizaine d'années plus tard.

La périnatalité englobe l'ensemble des prestations et actes médicaux relatifs à la grossesse, à l'accouchement et aux premiers jours de la vie des nouveau-nés.

Les différents indicateurs que la France a décidé de comparer sont : le taux de mortalité infantile (nombre d'enfants qui meurent entre la naissance et un an pour 1 000 naissances vivantes), le taux de mortalité néonatale (nombre d'enfants qui meurent entre la naissance et 27 jours révolus pour 1 000 naissances vivantes), le taux de mortinatalité (nombre de morts fœtales, après la 22^{ème} semaine depuis 2002) et le taux de mortalité maternelle.

Les indicateurs mesurés ont montré que la France avait des taux moyens par rapport aux autres pays développés.

L'objectif des plans de périnatalité a été d'accroître la sécurité de la mère et de l'enfant lors de la naissance par une modification de la prise en charge obstétricale et pédiatrique.

Le premier plan lancé en 1970 a rendu obligatoire le dépistage de la toxoplasmose, de la rubéole, de l'isoimmunisation fœto-maternelle et la prise en charge à 100% des frais médicaux de la femme enceinte dès le sixième mois.

Celui de 1995 a essentiellement concerné la restructuration des maternités avec une volonté de classer les maternités et de fermer les plus petites d'entre elles.

Cela a entraîné la création des Agences Régionales de Santé (ARS) dans le but de mieux répartir les financements des différentes structures. Les petites maternités sont considérées comme dangereuses du fait du nombre trop faible d'accouchements pratiqués par les équipes médicales et de l'insuffisance de leurs équipements en cas de problème pour la mère ou l'enfant.

Un troisième plan de périnatalité a été mis en place en 2005, il concerne la modernisation des maternités et des services de réanimations néonatales, afin de sécuriser la prise en charge des mères et des nouveau-nés. Un autre des objectifs principaux est d'améliorer l'environnement psychologique et social de la mère et de l'enfant avec notamment la création de l'entretien prénatal précoce au quatrième mois de grossesse. Enfin, les conditions de formations et d'exercice des professionnels sont pris en compte.

Réorganisation des lieux de soins (9)

Dans la même logique de politique nataliste et d'encouragement des naissances, l'organisation des maternités en elle-même a évolué avec le XX^{ème} siècle.

En 1919, le rapport des inspecteurs d'hygiène conclut que le nombre de maternités est insuffisant dans la plupart des régions en France.

Une circulaire distribuée aux préfets de 1927 préconise la création de centres d'accueil de convalescentes de couches et de mères nourrices sans abri.

Dans le rapport de 1923 du Comité national de l'enfance, on demande la construction d'une maternité pour 10 000 habitants et une lutte contre les matrones qui exercent encore à cette époque.

Cette nouvelle logique est illustrée par le Dr René Sand en 1929 au deuxième congrès des hôpitaux à Vienne : *« L'hôpital n'est plus seulement le refuge de l'abandon et de la souffrance, mais l'instrument d'une politique d'hygiène et d'assistance qui veille sur la population entière ».*

La ville de Paris devient un exemple pour ses maternités modernes, notamment celle de Baudelocque.

Les maternités de province seront construites selon son modèle à savoir, la division des différents services en plusieurs pavillons isolés les uns des autres, le remplacement des dortoirs et salles d'accouchements communes par des chambres individuelles. De plus, on observe la création de salles de stérilisation, de chambres de décontamination et d'isolement pour les femmes atteintes de tuberculose. Avant l'apparition du traitement de la tuberculose, les femmes infectées qui avaient la chance de ne pas mourir en couches se voyaient séparées de leur enfant pendant une période de quatre ans, temps estimé nécessaire pour la guérison de ces dernières.

Le Dr Couvelaire dira de la maternité de Baudelocque en 1930 « *qu'une maternité ne doit pas seulement être une maison d'accouchement mais un centre d'assistance médico-social et de travail scientifique consacré à la fonction de reproduction.* ».

IV) Évolution des conditions de la femme dans la société :

(28) (29)

Les spécialités médicales que représentent l'obstétrique et la gynécologie sont les seules spécialités exclusivement consacrées aux femmes. Aussi, leur évolution au cours du XX^{ème} siècle n'a pu être possible qu'avec l'amélioration des conditions de la femme dans la société.

Il existe, en France, encore aujourd'hui des inégalités entre les droits des hommes et ceux des femmes. Les gouvernements successifs tentent, par la création ou la modification des lois en vigueur, de les effacer. La loi n° 2014-873, adoptée le 4 août 2014, représente bien cette volonté de gommer ces inégalités sur un ensemble de thèmes différents comme, entre autres, la lutte contre les violences, la maîtrise de la sexualité et l'égalité professionnelle.

Pour comprendre le fondement de ces inégalités concernant la France, il faut remonter au lendemain de la Révolution française. Cette période, nous le savons tous, mettra fin à la royauté et entraîne le balbutiement d'une société des droits de l'Homme.

C'est en 1810, lors de la rédaction du Code Napoléon, renommé par la suite en Code civil et pénal, que l'on observe une première distinction entre les droits des hommes et ceux des femmes. En effet, ces dernières ne sont pas citées en tant qu'individus à part entière mais selon leurs rapports institutionnels aux hommes. Elles sont considérées comme épouses ou au contraire comme célibataires. Les femmes sont également désignées en fonction de leur éventuelle maternité.

Cette situation est illustrée par l'article 213 du Code civil : « *La femme doit obéissance à son mari* ».

Pour résumer, n'étant pas considérées comme des individus à part entière, les femmes sont les grandes absentes de tous les droits accordés par la Constitution. L'article 1124 du Code civil ne peut l'énoncer plus clairement : « *Les personnes privées de droit sont les enfants mineurs, les femmes mariées, les criminels, les débiles mentaux* ».

Le XX^{ème} siècle est donc marqué par une longue évolution pour atteindre l'égalité entre hommes et femmes. Apparaît alors une véritable volonté de faire changer les mœurs parfaitement ancrées dans les mentalités de l'époque.

L'accès à l'éducation (30)

En pleine période de Révolution Industrielle, le visage du paysage français se modifie, la France s'urbanise. On observe le développement en flèche des grandes industries associé à celui de l'emploi ouvrier. Cette nouvelle concentration de population au sein des villes n'est pas que bénéfique. Un grand nombre de familles ouvrières voit son niveau de vie diminuer, il faut travailler pour survivre. Aussi, les hommes, les femmes et les enfants, garçons comme filles, sont envoyés au travail afin de contribuer à la survie familiale.

Ce n'est qu'en 1874 que l'on voit apparaître les premières lois de protection des femmes au travail. La loi interdit le travail de nuit et les journées de travail de plus de 12 heures pour les femmes de 16 à 21 ans. En effet, ces conditions de travail sont incompatibles avec la bonne maternité des femmes, dont le rôle principal reste la mise au monde et l'éducation des enfants. C'est seulement en 1959 que l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies a déclaré l'interdiction du travail des enfants.

Il faut se rappeler qu'à cette période, l'école n'est une priorité ni pour les garçons ni pour les filles. Il faudra attendre la loi de Jules Ferry en 1881 proposant l'accès à l'école primaire pour tous, prise en charge par l'État pour observer une scolarisation plus fréquente des enfants. Cette loi est votée à la suite de celle, qui, un an auparavant lève l'interdiction aux études secondaires pour les femmes, jusqu'alors en vigueur dans le Code Napoléon.

L'accès des femmes aux études secondaires ne se fait pas sans conditions. En effet, il leur est interdit toute matière susceptible d'acquérir une culture classique, notamment l'étude du latin, du grec, de la philosophie ou encore de la littérature. D'après Jules Simon, philosophe et homme d'état de l'époque, il ne faudrait pas que les femmes « *mordent à la philosophie, elles gagneront que la folie les atteindra à bref délai, ou qu'elles deviendront athées. Il faut des cerveaux d'hommes mûrs pour se livrer fructueusement aux études philosophiques* ». On peut noter également les propos de Jules Verne concernant l'ouverture aux femmes des études secondaires : « *Prenez garde de ne pas, en cours, égarer un courant dans le domaine scientifique, puissiez-vous en sortant du cours de chimie générale savoir confectionner un pot-au-feu.* »

Les femmes seront interdites aux études supérieures jusqu'en 1908, année à partir de laquelle elles vont pouvoir s'inscrire au Baccalauréat.

L'accès au travail (31)

Le développement du travail des femmes est intimement lié à la situation politique en France de la première moitié du XX^{ème} siècle.

Cela commence en 1914, la France en guerre contre l'Allemagne réquisitionne les hommes pour défendre le front à l'Est. Malgré l'absence des hommes sur le reste du territoire français, les usines d'armements, les industries et les transports doivent continuer leur production pour alimenter un pays en guerre. Ce sont donc les femmes, appelées les « munitionnettes » qui vont travailler dans ces domaines jusqu'alors réservés à la gente masculine. L'amorce de ce travail des femmes va perdurer dans l'entre-deux-guerres. En effet, la France est en ruine, au moins sur ses territoires à l'Est, il faut de la main d'œuvre en quantité pour reconstruire le pays. Au lendemain de la Grande Guerre, la France connaît une période de prospérité, les « Trente glorieuses », et pour continuer de se développer, elle nécessite, encore, toute la main d'œuvre possible. Lors de la Seconde Guerre Mondiale, les hommes sont aussi réquisitionnés sur le front, mais également envoyés en Allemagne pour le Service de Travail Obligatoire. Cette fois encore, les femmes sont embauchées dans les usines d'armements, entre autres, pour permettre l'économie de guerre.

Cette émancipation des femmes a entraîné de nouvelles évolutions sur la condition féminine. En 1938, est supprimé l'article 213 sur l'obéissance des femmes à leur mari. Cette modification de loi les autorise désormais à étudier à la faculté et à se présenter à un examen. Cependant, leur arrivée dans le monde du travail ne révèle qu'une émancipation progressive, les femmes ne peuvent toujours pas signer ou recevoir un chèque, ouvrir un compte en banque, se faire faire un passeport ou encore se faire soigner librement.

On ne peut pas, bien sûr, parler de l'évolution de la condition de la femme dans la société sans parler de l'acquisition du droit de vote des femmes le 8 mars 1944 soit près d'un siècle après les hommes.

En 1946 est voté l'article 2 de la constitution de la IV^{ème} République qui statue une égalité entre hommes et femmes dans tous les domaines.

Il faudra attendre 1965 pour voir supprimer la loi précisant l'incapacité des femmes à gérer leurs biens et celle indiquant leur incapacité juridique.

Les femmes sont ensuite autorisées à ouvrir un compte en banque, passer un contrat, exercer le métier de leur choix sans le consentement de leur mari.

L'égalité des salaires pour travail égal est votée en 1972 et en 1983, l'égalité professionnelle entre homme et femme.

L'accès à la contraception (19) (20) (27) (32) (33)

Le droit à maîtriser sa procréation est extrêmement récent puisque la dernière loi en date concernant cette liberté a été votée il y a quelques mois (26/01/16).

Cette volonté de contrôle des naissances de la part des femmes a toujours existé. Des méthodes, d'abord empiriques, telles que le retrait, l'utilisation de diverses plantes, pommades ou rituels ont été depuis l'antiquité employées dans le but d'éviter une grossesse. Si celle-ci avait lieu, des moyens tous plus barbares et dangereux les uns que les autres étaient utilisés dans le but de l'interrompre.

Au XX^{ème} siècle en France, la volonté de trouver des moyens permettant de diminuer les grossesses non désirées va à l'encontre des politiques natalistes de l'État.

Le taux de natalité en France diminue tout au long du XIX^{ème} siècle pour atteindre un taux de 18,8 pour 1000 habitants en 1914. Cela représente un passage de 4,13 enfants par femme en 1829 à 2,25 enfants par femme en 1911. Le taux d'enfants non-nés entre 1914 et 1918 est estimé à 1,4 million.

Dans les années vingt, cela va être combattu par la rédaction des lois dites « Scélérates » sur l'avortement. Celui-ci était déjà illégal mais il est nouvellement considéré comme un délit en 1923. Toute propagande anticonceptionnelle est interdite. Les dénonciations et témoignages sont encouragés, les médecins sont même invités à rompre le secret professionnel.

Seuls les avortements thérapeutiques, si la santé et la vie de la mère sont en jeu, sont autorisés.

Cette répression s'amplifie quelques années plus tard, en 1941, sous le régime de Vichy. L'avortement est désormais considéré comme un crime contre la sûreté de l'État, la réalisation d'un tel acte par ce qu'on surnommait les « faiseuses d'anges » est passible de la peine de mort.

Cette peine est appliquée en 1942, à Mme Marie-Louise Giraud, qui fut guillotinée pour avoir pratiqué 27 avortements.

Ces mesures, aussi répressives soient-elles, sont inefficaces sur la diminution du nombre d'avortements en France au début des années cinquante.

Le passage vers la seconde moitié du XX^{ème} siècle va entraîner une révolution dans l'accès à la maîtrise de la procréation.

Après avoir découvert les propriétés des hormones sexuelles au début des années trente, c'est en 1956 que J. Rock, C-R Garcia et G Pincus, découvrent, aux États-Unis, les propriétés des progestatifs de synthèse. La première commercialisation de pilules voit le jour en 1957, mais uniquement dans un but thérapeutique des troubles liés aux menstruations. Il faudra attendre les années soixante pour que la pilule œstroprogestative soit prescrite à visée contraceptive.

La loi Neuwirth concrétise l'accès à la contraception le 19 décembre 1967. Elle est désormais accessible sur prescription d'un médecin uniquement, l'identité des patientes est relevée aux comptoirs des officines, les mineures doivent présenter une autorisation parentale. La contraception ne sera remboursée par la sécurité sociale qu'en 1974.

La loi Neuwirth est associée à la levée de l'interdiction de la publicité pour les préservatifs uniquement, dans le but de lutter contre les maladies vénériennes.

L'accès à la contraception ne s'est pas fait sans mal. La France, est encore au milieu du siècle influencé par l'Église catholique qui par son héritage chrétien considère tout être humain comme une œuvre dès sa conception et s'oppose donc au contrôle des naissances. On peut noter le passage de l'allocution de Paul VI en 1968 : *« Est exclue également, toute action qui soit en prévision de l'acte conjugal, soit dans le déroulement soit dans le développement de ses conséquences naturelles, se proposerait comme un but ou comme un moyen de rendre impossible la procréation »*.

L'accès limité à la contraception voté en 1967 n'est qu'une étape dans la lutte entamée par différentes associations de défense des conditions des femmes. A l'instar des « jeunesses étudiantes catholiques » ou encore du « mouvement pour une maternité heureuse » qui proclament l'accès à la contraception depuis déjà une dizaine d'années.

Le mouvement pour une maternité heureuse créé en 1956 devient le Mouvement français pour le planning familial en 1960.

Cette association est à l'origine composée de femmes de diverses professions, juristes, médecins, psychologues, travailleuses sociales mais aussi sages-femmes. L'objectif du planning familial est clair, il préconise une éducation à la sexualité pour les jeunes filles, pour atteindre sur le plan médical, psychologique et social, l'édification d'une famille harmonieuse et heureuse. Les femmes doivent être libres de leur corps et de leur sexualité notamment par deux actions, l'accès facilité à la contraception d'une part et celui à l'avortement d'autre part.

C'est à partir de 1970 que le mouvement de libération des femmes introduit une rupture avec les idées reçues, le fait de devenir mère ne définit pas uniquement ce qu'est une femme.

Simone Veil, Ministre de la santé en 1974 relaie cette conviction et porte un projet de loi en faveur de la légalisation de l'interruption volontaire de grossesse (IVG) pour toutes les femmes. Après un débat houleux à l'Assemblée Nationale, cette loi est adoptée le 17 janvier 1975. Celle-ci est valable d'abord pour une période de cinq ans. Elle sera renouvelée définitivement par la suite. Le remboursement de l'IVG par la sécurité sociale sera accordé, sous conditions, en 1983. La loi Veil a été modifiée depuis, le délai légal augmenté à 14 semaines d'aménorrhée et l'autorisation parentale pour les mineures, supprimée en 2001. Le 7 novembre 2013, la loi de financement de la Sécurité Sociale instaure le remboursement de l'IVG à 100% pour toutes les femmes quelles que soient les modalités d'intervention. Depuis 2014, n'apparaît plus dans la loi la notion de « *détresse de la femme* » lors de sa demande d'IVG.

Enfin, depuis le 26 janvier 2016, le délai de réflexion entre les deux consultations médicales a été supprimé afin de faciliter encore plus l'accès à l'IVG.(24)

Discussion

Points forts et points faibles de l'étude

L'étude que présente ce mémoire m'a permis au cours de ces deux dernières années d'acquérir des connaissances précises concernant les étiologies et les épidémiologies de la mortalité maternelle. L'avantage d'avoir voulu comprendre l'évolution de cette mortalité est que les recherches effectuées ont, certes, été orientées sur des données anciennes, mais également sur les données actuelles. Cela a permis ainsi de prendre conscience que l'existence d'une mortalité maternelle en France reste aujourd'hui encore, un problème non résolu.

Ce mémoire, par la problématique envisagée, a entraîné la réalisation d'une recherche historique et archivistique qui s'est révélée être un apport intéressant à la fois pour ma culture personnelle mais aussi pour la compréhension de l'enchaînement des faits qui ont permis d'arriver à la situation que nous connaissons aujourd'hui.

Les données trouvées grâce à ce type d'étude sont à la fois un atout par l'apport factuel des événements passés qu'elles renseignent, mais peuvent avoir aussi l'inconvénient d'être, comme toute version de l'histoire, subjectives et dépendantes des recherches initiales effectuées par les auteurs.

De plus, il aurait été intéressant de pouvoir comparer et cibler les résultats obtenus avec la situation de Caen et de ses alentours, ce qui n'a pas été réalisé car cela correspondait à un deuxième travail nécessitant un temps de recherche trop important.

Analyse et réflexions

Les résultats obtenus précédemment nous permettent de mieux comprendre comment la mortalité maternelle a diminué progressivement jusqu'à nos jours où elle est devenue très rare.

Le premier constat est que les causes de mortalité ont évolué au cours du siècle et que leur élimination a été permise en fonction des apports techniques, médicaux et sociaux propres à chaque période.

Dans un premier temps, nous pouvons penser que chaque « découverte » a son importance mais qu'elle ne peut être isolée des autres. En effet, chacune d'elle est liée à une époque donnée, elle fait suite à d'autres et permet à de nouvelles de voir le jour.

Nous l'avons vu, les infections étaient le véritable fléau du début XX^{ème} siècle. On note une diminution considérable de la mortalité maternelle une fois que le principe de contagion de la fièvre puerpérale a été acquis. Cela montre l'importance de la découverte de Semmelweis, sur le lavage des mains, qui peut paraître certes moins impressionnante que celles de Pasteur mais qui, associées entre elles, ont permis de rendre les décès maternels par fièvre puerpérale complètement anecdotiques aujourd'hui.

Cette maîtrise nouvelle de l'hygiène au sein des services hospitaliers n'a pas permis à elle seule l'éradication de la cause infectieuse des décès. En plus de cette « Révolution Pasteurienne » permettant une prévention dans la contamination, l'arrivée sur le marché des traitements antibiotiques ainsi que de la vaccination ont également participé à la résolution du problème infectieux.

La progression de la médecine ne s'est pas arrêtée au traitement de la fièvre puerpérale mais a également permis quelques années plus tard d'évincer l'autre fléau du début du XX^{ème} siècle, à savoir les grandes épidémies de syphilis et de tuberculose. Cela a été possible par l'isolement des agents pathogènes responsables et par la découverte de traitements efficaces.

Malgré les nouvelles connaissances techniques et le progrès médical constant de ce début de siècle, le nombre de décès maternels reste encore majeur.

Aussi, le contexte socio-économique de la France en ce début de XX^{ème} siècle impose au gouvernement de prendre des mesures pour lutter contre cette mortalité. L'orientation nataliste que prend alors la société française de l'époque impose la mise en place de politiques sociales et de santé publique. C'est par cette volonté de repeupler la France que va se mettre en place le suivi médical de la grossesse avec un dépistage des facteurs de risques de celle-ci et une prise en charge par l'assurance maternité et la sécurité sociale des frais engendrés par les consultations.

Ces premières avancées concernant la santé des femmes sont spectaculaires. Cependant, ce même contexte de la société française de l'époque occulte totalement le dernier fléau responsable d'un taux si élevé de mortalité maternelle.

Nous l'avons vu, les IVG réalisées de manière clandestine dans des conditions non sécurisées et sans asepsie sont responsables par infection et hémorragie d'un nombre important de décès. La condition de la femme est loin d'être équitable à celle de l'homme en ce début de siècle, mais elle connaît une progression constante. Des droits et des libertés sont progressivement gagnés pour les femmes mais la question du contrôle des naissances est une des dernières à voir le jour. Il faudra attendre la loi Neuwirth de 1967 puis la loi Veil en 1975 pour qu'enfin les femmes puissent contrôler le moment où elles désirent une grossesse et le droit de pouvoir l'interrompre sans y risquer leur vie.

Tous ces changements associés ont certes impacté la santé des femmes, mais ont modifié également les conditions de travail des sages-femmes qui ont évolué en sages-femmes hospitalières.

L'arrivée relativement récente des médecins dans l'histoire des accouchements a été bénéfique concernant la diminution de la mortalité maternelle. En effet, les sages-femmes ou matrones jusqu'alors autonomes et très isolées dans leur pratique n'avaient pas les moyens techniques, pratiques ou financiers permettant de faire de l'obstétrique une spécialité médicale.

Une fois cette spécialité rendue officielle aux yeux de la médecine, la prise en charge des accouchements a pu se transformer en une obstétrique moderne telle qu'on la connaît aujourd'hui. Son évolution avec notamment la maîtrise de la chirurgie, la technique de la césarienne ou encore les bonnes connaissances anatomiques, sont de bons exemples de révolutions ayant permis une diminution du nombre de décès. Face à cette évolution de la science, de la médecine, et donc de la prise en charge obstétricale des femmes, les sages-femmes se sont adaptées.

En effet, des études plus longues, plus sélectives, plus scientifiques, leur ont permis d'acquérir les compétences et la rigueur nécessaire pour gérer les situations d'urgences que peut engendrer la grossesse.

Les évolutions de la science, de la médecine et de la profession de sage-femme du XX^{ème} siècle nous ont apporté des acquis avec notamment la maîtrise de certaines pathologies avec des moyens mieux adaptés en termes de dépistage et l'arrivée de nouveaux traitements.

Les évolutions sociologiques sont toutes aussi importantes dans la lutte contre la mortalité maternelle. En effet, on voit à quel point les politiques sociales mises en place dans un contexte nataliste, ou à l'inverse l'accès à la contraception et à l'IVG, ont permis une diminution de cette mortalité.

Mais les politiques sociales sont mouvantes et il est important de se demander si la situation économique actuelle va permettre de maintenir, par exemple, l'existence de la Sécurité Sociale et de la CMU permettant le remboursement des frais médicaux de toute la population. L'acquis d'une prise en charge entièrement remboursée de tous les frais engendrés par la grossesse sera-t-il un jour remis en question avec un possible retour en arrière dans l'accès équitable aux soins ?

Malgré des évolutions majeures dans de nombreux domaines, la France reste à la fin du XX^{ème} siècle au milieu des classements européens concernant la mortalité maternelle. Les étiologies principales de causes de décès ne sont pas similaires entre pays voisins de même conditions socio-économiques et l'on note également une différence dans la proportion des décès pour causes obstétricales directes ou indirectes. Pour ne citer qu'un exemple, on enregistre proportionnellement, par rapport au Royaume Uni, moins de causes obstétricales indirectes en France où les cardiopathies et les maladies cérébro-vasculaires sont moins fréquentes, mais plus de causes obstétricales directement liées à l'obstétrique telles que les hémorragies du post-partum. (34)

Les études montrent que ces différences peuvent s'expliquer par plusieurs facteurs, d'abord, par la différence de classement et de collecte des décès maternels qui n'est pas homogénéisée dans toute l'Europe. Les différences de mortalité maternelle entre pays pourraient aussi résulter des différences de modalités de surveillance prénatale et de prise en charge de l'accouchement. (35)

Aussi, une amélioration est encore possible en France. Nous sommes arrivés, de nos jours, à un encadrement très technique de l'accouchement qui écarte parfois le naturel et le physiologique de l'acte en lui-même. Il est intéressant de se demander si nous sommes arrivés à un maximum de sécurité concernant la prise en charge en salle de naissance ? Est-ce qu'une technicisation, toujours plus poussée de l'accouchement, sera utile dans la lutte contre les derniers décès maternels encore évitables ? Les prochains efforts à faire ne devraient-ils pas concerner plutôt le versant préventif du problème ? (35)

On sait que l'hémorragie du post-partum est la cause principale des décès maternels évitables en France. Or, une étude récente a montré une utilisation quasiment systématique des ocytocines au cours du travail (78%). L'utilisation du Syntocinon® au cours du travail est un des facteurs de risque de l'hémorragie du post-partum. Ce constat a permis la mise en place d'un nouveau protocole au CHU de Caen en 2016. Il concerne la direction du travail avec pour objectif, entre autre, la diminution de l'utilisation du Syntocinon®. Cette étude est un bon exemple des évolutions qui peuvent améliorer la prise en charge obstétricale, ce qui montre l'importance d'une remise en question permanente des pratiques médicales hospitalières. (36) (37) (38)

Les écarts européens s'expliquent en partie par une différence de surveillance prénatale. Nous pouvons donc affirmer qu'il sera toujours nécessaire de faire évoluer le suivi de la grossesse. Il serait intéressant, par exemple, de pouvoir mener une étude à l'échelle nationale qui montrerait, ou non, le lien entre un défaut dans le suivi et la prévention prénatale et l'arrivée d'un décès maternel.

Des évolutions dans tous les domaines sont apparues tout au long du XX^{ème} siècle, et sont le socle nécessaire pour d'autres découvertes et évolutions qui ne manqueront pas de voir le jour au XXI^{ème} siècle.

Conclusion

En France, le taux de mortalité maternelle est de 9,6 pour 100 000 naissances vivantes, ce qui correspond aux décès chaque année d'une soixantaine de femmes.

La mortalité maternelle, bon indicateur de la santé des femmes, reste un fait rare au XXI^{ème} siècle. Les femmes, aujourd'hui, accouchent dans des maternités sécurisées où la prise en charge des complications est immédiate. Cela n'a pas toujours été le cas lorsque l'on sait qu'au début du XX^{ème} siècle, le taux de mortalité maternelle atteignait environ 1000 décès pour 100 000 naissances vivantes. (34)

L'objectif principal de notre recherche était de comprendre les différents facteurs ayant entraîné une diminution de la mortalité maternelle au XX^{ème} siècle en France.

Les résultats de notre étude ont montré que différents facteurs ont joué un rôle dans l'amélioration de cet indicateur de bonne santé des femmes. Il est évident que la progression de la science et de la médecine a permis une amélioration de la santé de toute la population en général et a donc influé sur la prise en charge obstétricale des femmes. Un meilleur dépistage des complications associé à l'arrivée de nouveaux traitements a permis un premier recul de la mortalité maternelle.

Cette progression de la médecine a été accompagnée d'une évolution dans les études de sages-femmes qui se sont progressivement adaptées à un mode d'exercice hospitalier plus technique avec des connaissances scientifiques plus poussées afin de mieux appréhender les urgences qui peuvent survenir lors d'une grossesse.

Nous avons appris au cours de nos recherches que ces seules évolutions n'avaient pas suffi à faire reculer de manière importante le nombre de décès. D'autres facteurs ont eu des actions ayant le même objectif.

Les lois sociales et les politiques de santé publique mis en place lors de la première partie du XX^{ème} siècle ont eu une incidence majeure sur le recul de la mortalité maternelle. Elles ont en effet permis la mise en place d'un suivi de grossesse obligatoire associé à un remboursement des frais médicaux engendrés par les consultations et l'accouchement.

Enfin, le XX^{ème} siècle est le siècle des grands bouleversements concernant l'amélioration de la condition de la femme. Des libertés ont été progressivement gagnées et cela a permis en 1967 l'accès à la contraception et en 1975, à l'IVG. L'autorisation officielle de ce contrôle des naissances a permis l'arrêt des avortements clandestins qui entraînaient par hémorragie ou infection de nombreux décès.

De nos jours, environ 50% des décès maternels sont considérés comme évitables. Une marge de progression est donc encore possible et le recul de ce taux de mortalité évitable est devenu une priorité pour les instances françaises. Maintenant que le recueil du nombre de décès est précis et informatisé, il serait intéressant d'effectuer de nouveau cette recherche à la fin du XXI^{ème} siècle afin de voir si les objectifs ont finalement été atteints.

Références bibliographiques :

- (1) Nicolle B , La mortalité maternelle en France. À propos de 242 observations recueillies de 1969 à 1979, thèse de médecine, Lyon, 1980, n° 310, f. 1. 615
- (2) Crépin G. La mortalité maternelle en France: bilan 2001-2006, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 19 janvier 2010, n°2-3
- (3) Bouvier-Colle M-H, Szego E, La mortalité maternelle en France depuis 1945, La population de la France, tome 2, éditions Cuped 2005, p 373-384
- (4) Pomarède R , La mortalité maternelle : Bilan et perspective, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 12 décembre 2006, n° 50
- (5) Thébaut F, Quand nos grands-mères donnaient la vie. La maternité en France dans l'entre-deux-guerres. Presse universitaire de Lyon, 1986.
- (6) Notter A, "La méthode dite d'accouchement sans douleurs par préparation psychique et physique", BFGOLF, 1954, 6 :1, p. 73
- (7) Lacomme M, « Leçon inaugurale », La Presse Médicale, 12-1-1952, p. 23
- (8) Bouvier-Colle M-H, Deneux C, Szego E, Couet C, Michel E, Varnoux N, Jouglu E, Estimation de la mortalité maternelle en France : Nouvelle méthode, Journal de gynécologie, obstétrique, biologie de la reproduction, 2004, 33, 421-429
- (9) Chardier P, Clavandier G, Sociologie de la naissance, Collection Armand Colin, 2013.
- (10) Couture A, Les petites histoires de l'histoire de l'obstétrique, Les malformations congénitales : diagnostic anténatal et devenir, tome 6, 2011, p 387-414

- (11) Rioux JP, La Révolution Industrielle 1780-1880, Collection Point, Octobre 1989
- (12) Poirier J, Salaün F, Médecin ou malade ? La médecine en France au XIX^{ème} et XX^{ème} siècles, Masson, 2001.
- (13) Bar P, le basiotribe de Tarnier, son mode d'emploi, publication du progrès médical, Paris, 1885
- (14) Tarnier S, Budin P " Traité de l'art des accouchements ". Tome 4, Paris, G. Steinheil, Libraire-Editeur, Paris, 1901
- (15) Leroy F. Histoire de naître : De l'enfantement primitif à l'accouchement médicalisé Ed DE BOECK Université, 1ère édition, Bruxelles, 2002
- (16) Barrat J. Histoire de la césarienne, son implication dans la conduite obstétricale actuelle. Rev Fr Gynecol Obstet 1988
- (17) Ehrenreich B, English D, Sorcières, sages-femmes et infirmières, une histoire des femmes et de la médecine, 1973
- (18) Alain, V, La profession de sage-femme au XX^{ème} siècle : une évolution marquée par les mutations sociales et politiques, mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'état de sage-femme, Nantes, 2000
- (19) Cesbron P, Kniebiehler Y, La naissance en occident, Albin Michel, 2004.
- (20) Gaudillère JP, La médecine et les sciences XIX^{ème} – XX^{ème} siècle, édition La Découverte, 2006.
- (21) Knibiehler Y, accoucher, femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XX^{ème} siècle, éditions ENSP, 2007

- (22) Morel MF, "Naître en France du XVII au XX^{ème} siècles», paru dans Contact Santé n°230 /Année2010 "Autour de la naissance. Il était une fois...une histoire d'orées...", pp.47-49
- (23) Coulon-Arpin M . La maternité et les sages -femmes : de la préhistoire au XXe siècle. Paris: Les Éditions Roger Dacosta, 1981.
- (24) Site de la sécurité sociale : histoire de la sécurité sociale : www.securite-sociale.fr
- (25) Thébaud F, « Du soin et rien d'autre ? Les logiques sociales du grand déménagement », Spirale, 2010/2 n° 54, p. 31-37.
- (26) Schweitzer S, Les femmes ont toujours travaillé. Une histoire des femmes aux XIX^{ème} et XX^{ème} siècle. Edition Odile Jacob.
- (27) Recueil d'informations concernant les plans de périnatalité :Perinatalite.pdf
- (28) loi n° 2014-873, adoptée le 4 août 2014 sur l'égalité entre hommes et femmes . www.legifrance.gouv.fr
- (29) Tikhonov Sigris N, « Les femmes et l'université en France, 1860-1914 »,*Histoire de l'éducation*, 122 | 2009.
- (30) Battagliola F, Histoire du travail des femmes, collection Repères, 2008.
- (31) Barrière JP, La France au XX^{ème} siècle, collection hachette supérieur, 2013.
- (32) Lévy MF, Le mouvement français pour le planning familial et les jeunes, vingtième siècle revue d'histoire 2002.
- (33) Bouvier-Colle MH, Deneux-Tharoux C, Saucedo MdC, Rapport du Comité National d'experts sur la Mortalité Maternelle 2007-2009, INSERM, Octobre 2013.

(34) Ibison JM, Swerdlow AJ, Head JA, Marmot M. Maternal mortality in England and Wales 1970-1985: an analysis by country of birth. *Br J Obstet Gynaecol* 1996;103:973–80.

(35) Bouvier-Colle MH, Ould El Joud D, Varnoux N, et al. Evaluation of the quality of care for severe obstetrical haemorrhage in three French regions. *BJOG* 2001;108:898–903.

(36) Belghidi J & A, Oxytocin during labour and risk of severe postpartum haemorrhage : a population based, cohort-nested case–control study, december 2011.

(37) Belghidi J & A, Oxytocin during labour and risk of severe postpartum haemorrhage : a population based, cohort-nested case–control study, december 2011.

(38) Comello J, L'utilisation raisonnée du Syntocinon® en salle de naissance, obstétrique, Université de Caen, 2009.

Résumé :

L'objectif de cette étude était de comprendre les différents facteurs ayant entraîné une diminution de la mortalité maternelle au XX^{ème} siècle en France.

Elle correspondait à une recherche archivistique selon une bibliographie historique, sociologique et scientifique ciblée sur le sujet.

Au cours du XX^{ème} siècle, la prise en charge médicale et obstétricale s'est améliorée. Face à cette progression, les études de sage-femme ainsi que la profession se sont adaptées, permettant une amélioration de la santé des femmes enceintes. La mortalité est devenue une préoccupation pour les gouvernements qui ont successivement mis en place des actions destinées à diminuer le nombre de décès. Ces changements sont associés et conjoints à une évolution des mœurs et des droits des femmes dans la société française.

La mortalité maternelle a fortement diminué mais existe encore aujourd'hui en France. Des améliorations sont donc possibles selon différents facteurs alliant leurs actions.

Mots clefs : Mortalité maternelle – Évolutions – XX^{ème} siècle – Femmes – Société – Étude historique.

Titre : Évolution de la mortalité maternelle au XX^{ème} siècle en France.

Abstract

The objective of this study was to understand the different factors that lead to a decrease in maternal mortality in the 20th century in France. This corresponds to an archival research according to a historical, sociological, and scientific bibliography aimed to the subject. During the 20th century, medical and obstetrical care has improved. Facing this progress, education and midwife profession have been adapted, allowing the health improvement of pregnant women. Mortality has become a concern for the governments that successively implemented actions destined to reduce the number of deceased. These changes are associated and linked to the evolution of the traditions and the rights of women in French society. Maternal mortality has been drastically reduced, but it still exists today in France. Improvements are possible depending on the combination of different factors and their actions.

Key words: Maternal mortality – Evolutions – 20th century – Women – Society – Historical research.

Title : *The evolution of maternal mortality in the 20th century in France.*