

« Je suis née dans le lit de mes parents » - Contribution à l'étude de l'accouchement à domicile à Marseille au début du XXe siècle

Anissa Hélie

Volume 4, Number 1, 1991

Femmes, savoir, santé

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/057629ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/057629ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Recherches féministes

ISSN

0838-4479 (print)

1705-9240 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Hélie, A. (1991). « Je suis née dans le lit de mes parents » - Contribution à l'étude de l'accouchement à domicile à Marseille au début du XXe siècle. *Recherches féministes*, 4(1), 45–65. <https://doi.org/10.7202/057629ar>

Article abstract

This research brings back to life the memories of now elderly mothers. Oral investigation becomes a precious source of information; through individual women's experiences appears a reality which transcends a strict family framework. This is an evolving reality, however, since critical events for home delivery were occurring in France during the first decades of the 20th century : changes in obstetrical techniques, generalization of hospital birth and integration of midwives as salaried health auxiliaries into the medical system.

«Je suis née dans le lit de mes parents»

Contribution à l'étude de l'accouchement à domicile à Marseille au début du XX^e siècle

Anissa Hélie

L'envie de contribuer à l'élaboration d'une Histoire des femmes, l'évolution actuelle de la génétique, l'acuité du problème de l'éviction des accoucheuses en tant que travailleuses indépendantes, m'ont conduite depuis plusieurs années à m'intéresser à l'accouchement.

Je souhaiterais plus particulièrement présenter ici un tableau de l'accouchement à domicile à Marseille au début du XX^e siècle. Cette pratique est des plus courantes à Marseille comme dans l'ensemble de la France – malgré les nuances régionales et les particularités propres aux modèles urbain et rural – jusque dans l'entre-deux-guerres mais échappe facilement à l'observation. En effet, parmi les documents écrits disponibles (tels que archives hospitalières, publications médicales...), les sources sont peu nombreuses qui nous éclairent sur l'accouchement à la maison et aucun texte ne se fait l'interprète des accouchées. Un des moyens de prendre en compte leur expérience a été de recourir à une enquête orale, dont les données sont présentées ici. Ces fragments d' «histoires de vie» ont l'avantage de pallier à la pauvreté des sources relatives à l'histoire des femmes et permettent de mettre en évidence les particularités de l'accouchement à domicile tel qu'il se déroulait à Marseille entre 1918 et 1948. Ces témoignages sont autant de preuves d'un passé révolu, la naissance dans un cadre hospitalier s'étant imposée, à partir de la Seconde Guerre mondiale, au détriment de la naissance à domicile. Cette mutation, cruciale en ce qui concerne l'expérience des mères, a aussi eu un impact certain sur les sages-femmes, induisant une modification de leur pratique entre les XIX^e et XX^e siècles, tant au niveau national qu'à Marseille. La médicalisation de l'accouchement a contribué à la réduction du champ d'intervention des sages-femmes alors qu'un arsenal législatif favorisait ouvertement une concurrence masculine toujours plus offensive. Ce survol de l'accouchement à domicile, s'il confirme à un niveau local que «l'histoire de l'accouchement se laisse raconter comme celle d'une conquête, conquête des hommes sur les femmes» (Knibiehler 1984 : 50), permet aussi d'attester de la relative autonomie dont jouissaient les accoucheuses jusqu'à une période récente.

L'accouchement à domicile à Marseille au début du XX^e siècle

La population interviewée

Selon Volman et Van de Castele-Schweitzer (1986), «L'histoire du temps présent ne s'écrit pas sans les sources orales [...] Pour l'histoire des femmes, leur usage s'impose d'autant plus que les femmes ont bien moins manié l'écrit que les hommes : elles ont eu plus de façons de dire que d'écrire. [...] Le recueil de leur parole devient ainsi un travail

prioritaire et l'oralité le vecteur privilégié de leur histoire». L'intérêt de donner la parole aux principales actrices de l'accouchement, les mères elles-mêmes, nous a conduit à mener une enquête orale, en 1987¹, auprès de 14 mères âgées. Ces 14 femmes totalisaient 38 accouchements dont 35 à Marseille. Sur 35 naissances, 10 ont eu lieu à la Maternité et 25 se sont déroulées à la maison, entre 1918 et 1948. Ces derniers témoignages, qui constituent notre source majeure, se doivent d'être abordés avec précaution : il n'a pas été possible de construire un échantillon représentatif de la population marseillaise. D'une part, le nombre d'interviewées est restreint mais aussi, le biais par lequel ces mères ont été contactées (via des foyers de personnes âgées) a influé sur la composition de l'échantillon : ces femmes appartiennent toutes à une catégorie sociale modeste, certaines ont été femmes de ménage, d'autres coiffeuses, petites commerçantes ou encore couturières à domicile.

En plus des mères, nous avons pu interroger des professionnel-le-s de l'accouchement : deux sages-femmes de première classe (Mesdames R. et D.) ayant exercé à Marseille avant 1950 ainsi qu'un médecin-accoucheur à la retraite, ancien professeur à la clinique gynécologique et obstétricale de la faculté de médecine de Marseille.

Les discours des mères rendent compte d'expériences individuelles et ne peuvent prétendre à une généralisation quelconque. Mais le contenu des interviews a été assez riche pour éclairer le contexte social dans lequel se déroule un accouchement à Marseille entre 1918 et 1948. Nous soulignerons en premier lieu la prédominance de l'accouchement à domicile – liée à l'image négative de la Maternité – et son caractère convivial. Puis, nous aborderons le thème de l'ignorance des futures mères.

Le tabou de la Maternité

Dans les premières décennies du XX^e siècle, le tabou de la Maternité reste ancré dans la France entière. Jacques Léonard tente d'en expliquer ainsi l'origine : «La triste nécessité des hôpitaux et des hospices est imputée au paupérisme. En effet, ce sont surtout les pauvres qui ont recours aux hospices puisque les soins y sont gratuits» (Léonard 1979). Un rapport² souligne qu'au début du XX^e siècle, l'origine sociale du public n'a guère varié : «N'oublions pas que c'est le Prolétariat qui est la principale clientèle de nos hôpitaux» peut-on lire dès l'introduction...

Ce constat général valait-il pour Marseille? Marseille n'échappe pas à l'interdit qui pèse alors sur la Maternité. La réalité d'un système de soins lié à l'origine sociale est soulignée par une de nos interviewées : «À ce moment-là, tout le monde accouchait à la maison, ou il fallait aller à la Maternité, mais ça semblait un peu... on disait que c'était plutôt pour les pauvres, ceux qui ne pouvaient pas payer, voyez...».

Mais la misère n'est pas nécessairement ressentie comme une tare et le refus, pour une mère, d'être confondue avec les pauvres se double d'une autre crainte formulée par plusieurs de nos interlocutrices : «Comme moi, toutes mes amies ont accouché à la maison; à la Maternité, c'était plutôt... les filles-mères... ou celles qui étaient beaucoup nécessiteuses, voilà». Une commerçante née en 1911, qui a choisi en 1939 d'accoucher à la Maternité pour raison de santé, se souvient qu'«il y avait même, des fois, des personnes qui étaient... à l'époque, on appelait ça des filles-mères, quoi...». De fait, si les femmes

pauvres se rendaient à la Maternité pour bénéficier de soins gratuits, les femmes célibataires³ ou celles qui ne souhaitent pas garder leur enfant, pouvaient y accoucher dans l'anonymat. La réticence des épouses est clairement perçue par les autorités municipales : «Il est probable que cette crainte de l'hôpital serait moins considérable si on n'était obligé, faute d'espace, de mêler à la Conception [l'une des deux Maternités de Marseille] les femmes honnêtes et les autres»⁴.

Les propos des mères rencontrées confirment cette interprétation : pour elles, l'hôpital n'admet encore, pour leurs couches, que des indigentes ou celles que l'on stigmatise alors sous le nom de filles-mères. Dans ces conditions, la femme enceinte des catégories moyennes ou modestes, *a fortiori* celle de catégorie sociale plus élevée, refuse l'accouchement à la Maternité.

Une autre raison plaide en faveur de la naissance à la maison : le soutien affectif et matériel dont peuvent bénéficier alors la majorité des futures mères (celles du moins qui sont socialement intégrées) fait que le recours aux soins hospitaliers ne se justifie pas.

La participation du groupe familial

Dans l'imaginaire social, la naissance est un événement familial, intime. Elle est aussi «un acte initiatique relevant des femmes» comme le souligne Loux (1975). Sans qu'elles le perçoivent nécessairement ainsi, toutes les femmes que nous avons rencontrées et qui ont accouché à domicile trouvent naturel d'avoir bénéficié de l'aide de leur mère. Ces dernières sont généralement présentes lors des différents examens de routine pendant la grossesse : «Quand la sage-femme m'auscultait, elle faisait toujours un clin d'oeil à ma mère». Les grands-mères assistent aussi à la mise au monde de leurs petits-enfants. Ainsi, une mère de sept enfants explique qu'à chacun de ses accouchements, elle se rendait chez sa mère ou celle-ci venait chez elle. Ce cas de figure se retrouve fréquemment : «Pour le premier, je suis allée chez ma mère, ensuite, je suis restée chez moi»; «L'aîné, je l'ai eu chez ma maman alors j'ai été un peu plus gâtée que pour le deuxième qui est né à la maison».

La mère ne reste pas passive; dans certains cas, elle prépare le nécessaire : «Vous savez, nous étions une famille nombreuse : ma mère a eu six petits et, peuchère, je crois que si mon père n'était pas mort, elle en aurait eu une douzaine! Alors ma mère savait très bien de quoi j'avais besoin; elle n'attendait pas que la sage-femme lui dise ce qu'il fallait acheter». Pendant l'accouchement, elle entoure sa fille tout en restant prête à intervenir. Par la suite, elle fournit les ciseaux pour couper le cordon. Quelquefois même, ce sont les parents de l'accouchée qui prennent en charge les frais.

F. Loux n'a donc pas tort de souligner que «l'accouchement est un moment où se cristallise l'univers familial et cela à plusieurs titres : en cet instant quelque chose d'important se joue entre la jeune femme et sa mère et cela d'autant plus que dans la vie traditionnelle, la grand-mère a effectivement une fonction précise pendant le déroulement de l'accouchement». Elle est celle qui a déjà vécu ce que sa fille expérimente pour la première fois; elle est une présence rassurante.

Au-delà de la mère, la ou les soeur(s), la belle-soeur sont souvent présentes. Dans cette assemblée de femmes, un homme est quelquefois admis. Mais, en ce qui le concerne,

chaque famille statue selon ses règles propres. Tandis qu'une femme raconte : «Quand j'ai accouché de mon aîné, ma mère, mon père venaient, mon mari aussi», une autre s'exclame: «La sage-femme laissait entrer plusieurs personnes dans la chambre mais pas les hommes quand même!» comme si cela eut été indécent, alors qu'une troisième semble le déplorer : «C'étaient les femmes seulement qui venaient, même les papas n'assistaient pas à l'accouchement».

Dans l'ensemble, si l'on s'en remet au témoignage de Madame R., sage-femme qui, en plus de trente ans d'exercice, a fait bien des accouchements à domicile, «le mari, ça ne faisait pas partie de l'accouchement; jamais il ne venait y assister, parce qu'il n'en avait pas le courage; il restait dans la pièce d'à côté».

Que celui-ci soit absent ou pas, le rôle du mari n'est de toute façon pas insignifiant : c'est souvent lui qui est allé quérir la sage-femme. S'il n'assiste pas à la naissance de son enfant, il est généralement dans la maison, à vérifier si l'eau bout, à s'occuper de faire du café pour soutenir sa femme... S'il est présent à l'accouchement, il peut y participer activement, comme le cas de cette dame l'illustre : «J'étais tête-bêche sur le lit car c'était un lit moderne avec une tête de lit haute. Mon mari penché sur moi me tenait la tête et je poussais sur lui. Je me cramponnais à lui». Notre sage-femme reconnaît que de telles situations existent, et les situent dans le cadre d'une évolution qui tend à intégrer davantage le père dans le processus d'accouchement. Cet exemple particulier n'est donc pas un cas d'exception mais doit au contraire être interprété comme un signe du *changement de mentalité que Madame R. dit avoir remarqué durant sa carrière (sans toutefois en préciser l'époque)* : «L'évolution des choses s'étant faite, c'était différent, les hommes étaient devenus plus conscients : une femme faisait **leur** petit tandis qu'autrefois, la femme faisait le petit. C'était pas le même esprit... Moi, j'acceptais le mari, c'était lui qui se faisait rentrer les ongles dans la peau, c'était quand même plus normal que quelqu'un d'autre! Mais, attention, je le prévenais : il fallait qu'il tienne le coup, je n'étais pas là pour m'occuper de lui!».

D'une façon générale, l'époux n'est pas, au début du XX^e siècle, nécessairement considéré comme un intrus. Loux rapporte l'existence de traditions relatives au rôle important du futur père : «Dans de nombreuses pratiques, son insertion [de toutes façons nécessaire d'un point de vue empirique dans la mesure où il aidait souvent] est renforcée au niveau symbolique» (Loux 1983). Dans certaines régions, c'est le père qui habille le premier le bébé dans un rituel de socialisation. À Marseille, c'est là une des fonctions de la sage-femme, mais le père n'est pas pour autant dépossédé de tout rôle. Nous avons mentionné d'un papa ayant enterré le placenta dans le jardin. Et lorsqu'on sait combien ce «double», comme l'appelle Gélis (1984), a une forte charge symbolique, le fait de le confier au père n'est pas sans signification. Celui qui a, au regard de la société, charge d'élever l'enfant est le même qui opère une rupture décisive d'avec la vie prénatale.

Dans tous les cas, la future accouchée, que son mari, sa mère ou tout autre proche soit à ses côtés, est généralement bien entourée. D'autant que l'accouchement à domicile n'est pas uniquement familial à Marseille. Aux XIX^e et XX^e siècles, la vie de quartier est importante et les voisins-amis composent une sorte de famille élargie qui participe aux événements marquants : «une sage-femme, un accouchement, un bébé, ça plaît, alors on vient voir» résume une femme. Une mère de quatre-vingts ans (1987) se

souvent : «Depuis la Révolution, dans ma famille, on est tous nés à Saint Marcel [un quartier populaire]; alors, j'en avais des amis, Dieu sait! Tout le monde venait nous voir, n'importe qui venait...».

On pourrait supposer que les visites se font plus rares si la délivrance est difficile mais la parturiente n'est pas toujours ménagée. Telle dame a mis près de trois jours à accoucher et se rappelle que «les voisins venaient, regardaient; ils disaient "Mon Dieu..." et donnaient des conseils qui parfois ne valaient pas pipette mais enfin..."Donnez-lui ci, faites-lui ça, faites-lui prendre ce remède". On passait jeter un petit coup d'oeil pour voir où ça en était». Cette affluence n'est pas toujours appréciée par les accouchées. L'une d'elles s'en plaint : «C'étaient des visites à n'en plus finir, tout le monde avait le droit de venir, toute la famille... les voisins, les amis, alors il fallait faire chauffer le café... Ça parlait, et c'est ce qui fatiguait beaucoup la malade. Je reconnais que, de ce point de vue, c'était mieux dans les cliniques».

Seule la sage-femme a autorité pour limiter le nombre de visiteurs; certaines, conscientes du fait que cet affaiblissement ne permet pas à l'accouchée de se reposer, vont à l'encontre des traditions. Celles-ci, pourtant, selon madame R., sont fort anciennes : «Vous savez, du temps des rois, les accouchements étaient publics, il était resté quelque chose de ce temps-là... Toutes les voisines se proposaient de venir tenir la jambe. Il y avait sept, huit personnes : ce n'était pas possible! L'une lui disait "Crie", l'autre lui disait "Tais-toi", l'autre venait l'essuyer, l'autre lui tirait la jambe quand il ne fallait pas, non, non! Encore, moi, de mon temps, en 1940, on commençait à se permettre de dire "on garde la mère, la belle-mère" mais les voisines, on les faisait sortir».

La naissance au milieu d'un large cercle féminin est restée longtemps la norme; la sage-femme règne sur cette assemblée. Son expérience, son aptitude à régler les difficultés éventuelles sont des qualités d'autant plus prisées que les futures mères, et plus particulièrement les primipares, sont généralement ignorantes du sort qui les attend.

«L'innocence»

L'ignorance se renforce au début du XX^e siècle

À la question : «Étiez-vous au courant du déroulement d'un accouchement? Votre mère ou quelque autre membre de votre famille vous avait-il informée?», la plupart des femmes interrogées répondent par la négative. L'une d'entre elles regrette cet état de fait: «ça, je lui reproche un peu à ma mère mais enfin... dans le passé, les mamans ne parlaient pas aux filles comme aujourd'hui. Maintenant, on parle ouvertement de ces affaires-là, tandis qu'il y a quarante ans...oh non! surtout ma mère, elle ne disait rien de tout ça». Si l'accouchement considéré comme «affaire de femmes» apparaît être une constante dans l'histoire (encore faudrait-il, à partir du XVIII^e siècle, nuancer en fonction de l'appartenance sociale), le développement de l'idéologie puritaine au XIX^e siècle a contribué au manque de connaissances auquel étaient confrontées nos interlocutrices avant d'avoir elles-mêmes expérimenté un accouchement.

Une sage-femme ayant exercé dans un quartier populaire de Marseille à partir de 1930, livre un souvenir relatif à la naïveté de certaines femmes enceintes. Même si l'on admet que la pudeur était plus marquée au début du XX^e siècle qu'antérieurement, cette

anecdote peut sembler surprenante : «Nous avions un professeur qui nous disait : "Je crois que c'est dans notre métier qu'on entend le plus d'âneries!". Et c'est vrai! Une fois, je vais visiter une femme, en 1942, et lui demande si c'est son premier bébé qu'elle attend. "Non, j'en ai déjà eu un autre" répond-elle et, quand j'ai voulu savoir quel âge avait l'aîné, elle m'a dit "Ah ben, il est mort pendant la grossesse : il s'est noyé en changeant de bassin"! On avait dû lui parler du bassin supérieur et du bassin inférieur, mais pour elle, le bébé avait plongé dans un bassin plein d'eau où il n'avait pas eu pied! C'est un métier où l'on entend les plus grosses bêtises de la terre! Elles sont ignorantes et, en plus de ça, elles entendent quelques mots médicaux et comprennent ce qu'elles veulent!». Détentrices d'un savoir qui la rend supérieure, Madame R. ne songe guère à détromper ces femmes, préférant opter pour l'identification à un pouvoir masculin plutôt que pour la sororité...

Peu informées, les futures mères se retrouvent bien souvent démunies et ne savent pas toujours reconnaître les prémices du travail. La rupture de la poche des eaux, notamment, n'est pas toujours interprétée comme il se doit. Ainsi, une mère confie les souvenirs qu'elle garde de son premier accouchement : «J'étais dans la rue quand je rencontre une amie; je lui dis pour plaisanter "Tu sais que je me fais vieille, je me fais pipi dessus!". Elle me répond : "Mais tu es folle, tu fais les eaux!". Mais je ne l'ai pas crue et je suis allée me promener. En revenant, j'avais quelques courses à prendre et j'ai failli faire le petit à l'épicerie!». Ce cas n'est pas unique et nous pourrions citer un exemple plus pittoresque. Pour une de nos interlocutrices, la perte des eaux est indissolublement liée dans son souvenir à une mémorable séance de cinéma : «La veille de mon accouchement, en allant aux cabinets, je me dis "tu es bien mouillée, est-ce que tu ne ferais pas les eaux?!", mais pour le premier... je n'étais pas jeune, j'avais 24 ans, mais quand même, je ne savais pas trop... C'était le premier jour où l'on jouait *Marius* au cinéma [célèbre adaptation du roman populaire de Marcel Pagnol] ça me plaisait d'y aller. Alors je suis allée bien m'emballer de serviettes éponges et me voilà partie au cinéma avec mon mari. Et, à mesure, j'inondais la salle!!! "Nous partons quand il n'y aura plus personne" je disais à mon mari. C'était tout trempé!».

La sage-femme et son travail

Dans un tel contexte, la sage-femme ne peut qu'apparaître comme l'officiante indispensable. Avant la généralisation du recours au médecin accoucheur (que l'on ne convoque encore que si l'accouchement est laborieux), son rôle est primordial. Pour mieux cerner ce personnage central, nous envisagerons la question du choix de l'accoucheuse, verrons de quel matériel elle se munit, quel travail elle effectue puis aborderons la question de la rémunération de ses services.

Déjà durant la grossesse, la sage-femme est présente pour en surveiller le bon déroulement. Les examens, peut-être moins répandus au XIX^e siècle, sont assez courants entre 1920 et 1945. Le renforcement du suivi prénatal dans les premières décennies du XX^e siècle est lié au développement de la science obstétricale de la fin du siècle précédent : l'importance de déterminer au plus tôt la position du fœtus ou les éventuelles malformations de la mère⁵ est désormais admise. Parallèlement, la baisse du taux de natalité⁶ renforce une idéologie selon laquelle «Il faut faire naître»⁷. Nombre d'associations

natalistes et d'oeuvres charitables destinées à prodiguer soins et/ou soutien financier aux femmes enceintes fleurissent alors, à Marseille comme ailleurs en France : la mère doit être protégée, surveillée, non pas nécessairement parce que sa santé le justifie mais parce qu'elle porte un petit citoyen.

À Marseille, le rythme des visites est variable, dépendant de la conscience de la sage-femme comme de l'état physique de la femme enceinte⁸. En général, elles ont lieu tous les deux ou trois mois et se déroulent indifféremment au domicile de l'une ou de l'autre. La sage-femme a surtout pour outil ses mains, pour palper, éventuellement mesurer le diamètre du ventre⁹. Elle ne semble pas renseigner la femme enceinte sur certains exercices qui pourraient la soulager une fois le travail commencé, mais l'on doit préciser que les accoucheuses ne bénéficient pas alors d'une formation adéquate pour remédier à la douleur des parturientes. La souffrance maternelle pendant les couches n'a que rarement retenu l'attention des médecins¹⁰ et la préparation à l'accouchement ne se généralisera en France que vers 1955-1960.

Le rôle de la sage-femme n'en reste pas moins central : quels sont les critères qui déterminent le choix des femmes – puisque ce sont elles qui décident en la matière – en faveur de telle accoucheuse ou de telle autre ?

Le choix de la sage-femme

Gélis écrit à propos de la sage-femme que «la confiance est le fondement de sa légitimité» (1984 : 181). De fait, c'est surtout la réputation qui joue : la sage-femme vous a été recommandée ou, plus simplement, elle est du quartier et les conversations des voisines ont permis de se faire une idée de ses capacités. Ces deux modes d'information peuvent d'ailleurs se confondre. Là encore, la parole de la mère a du poids et ses conseils sont pris en compte :

«J'ai fait venir la sage-femme du quartier car celle qui avait accouché ma mère était morte».

«La sage-femme du quartier, Madame Barrin, avait déjà accouché ma mère et toutes mes tantes».

«Mon père et ma mère m'ont dit "prends Madame Peronnet, elle est très bien" et en effet, j'en ai été très satisfaite».

«La sage-femme qui m'a aidée était celle qui avait déjà accouché ma mère, elle était déjà âgée».

«Je n'ai pas voulu de la sage-femme du quartier, j'ai pris celle de ma belle-mère, j'avais confiance».

Les appréciations de femmes proches permettent de juger à l'avance de la sage-femme. Celle à qui l'on confie son sort se doit d'être «à la hauteur» et il est nécessaire que s'établisse un rapport de confiance. Telle mère de sept enfants a toujours fait appel à la même accoucheuse; cette fidélité se retrouve dans d'autres cas : «J'ai toujours eu mes enfants avec la même sage-femme. C'est elle qui a accouché ma soeur

qui en a eu dix. Elle s'occupait du quartier Saint Victor et elle faisait presque partie de la famille» se souvient une mère de quatre enfants; une autre souligne qu'après ses quatre accouchements, elle est restée en relation avec sa jeune sage-femme («c'était comme une amie, on a cherché le nom du gosse ensemble»).

La réputation et la sympathie influent donc sur le choix de l'accoucheuse. La gentillesse, la compréhension, les qualités dites maternelles sont recherchées pour que la naissance se déroule dans l'atmosphère la plus sereine possible : «elle était très douce, très affectueuse, à tenir compte de moi [...] elle aimait son métier». Le savoir-faire et l'expérience comptent également et plusieurs de nos interviewées vantent les mérites de «leur» accoucheuse : «Elle était impeccable... c'était presque un professeur»(!); «Elle avait une main... elle levait le petit, elle tirait quand il fallait, elle ne m'a jamais déchirée... Ah! C'est qu'elle avait accouché au moins 20 000 petits, la mère Latil!» raconte avec une ferveur toute méridionale une mère de quatre-vingt-un ans qui complète son récit par une description pittoresque de la dite mère Latil : «elle avait au moins quatre-vingts ans; comme elle avait mal à un oeil, elle portait des lunettes noires mais avec un verre d'un seul côté... et puis le chapeau de paille, ça, c'était sa manie!». Mais en quoi la sage-femme intervenait-elle à l'approche de la naissance?

Les préparatifs de l'accouchement

Quel petit matériel conseille-t-elle d'acheter? Quelle organisation matérielle prélude à l'accouchement? Dans les milieux modestes, on se débrouille avec peu. La préoccupation la plus importante, dont toutes reconnaissent la nécessité, c'est d'abord l'hygiène¹¹ : «Pour la propreté, on n'avait pas besoin que la sage-femme nous fasse la remarque; on savait bien qu'il fallait que tout soit impeccable» s'indigne une mère. Il y avait tout de même un minimum à prévoir : de l'eau bouillie en grande quantité pour nettoyer la vulve ainsi que du linge propre à placer sous la parturiente. Une sage-femme marseillaise se souvient que l'eau ne restait pas toujours stérile : il arrivait qu'une personne empressée y trempe un doigt douteux pour constater si elle avait suffisamment refroidi. Il ne restait plus alors qu'à la faire bouillir de nouveau! Certaines sages-femmes demandaient parfois quelques objets supplémentaires : un bassin, une vieille toile cirée pour éviter de trop tacher les draps, du coton, de l'alcool, des gazes... Mais la plupart n'avaient que des exigences modestes et palliaient aux insuffisances avec leur propre matériel.

D'après les témoignages, la sage-femme supervise les préparatifs, s'assure que rien ne risque de manquer. Mais, elle même, qu'a-t-elle apporté comme matériel? Que contient sa mallette?

Ce dont les accoucheuses se munissaient n'a guère évolué entre le début du XX^e siècle et 1945. Il suffit pour s'en convaincre de comparer les différentes descriptions de «trousse type» dont nous disposons.

En 1826, le règlement du cours d'accouchement de Marseille indique quels sont «les instruments nécessaires à l'exercice de la profession de sage-femme» : une sonde pour femmes : 4,50 F; une paire de ciseaux : 3 F; un tube laringien : 8 F; une seringue : 8 F; une canule à injection : 1,75 F.

Un siècle plus tard, le matériel est quasi aussi réduit mais cela ne doit pas pour autant nous donner une vision passéiste de la pratique des accoucheuses. D'une part, ces dernières sont, depuis 1755 pour la France¹², cantonnées dans la prise en charge des accouchements normaux et ne peuvent donc avoir accès aux instruments que la recherche médicale cherche à perfectionner, tels les forceps, les techniques de césarienne, etc; d'autre part, la science obstétricale a été d'abord expérimentale et le savoir des médecins est resté longtemps limité.

Madame R. décrit le contenu de la mallette à Marseille vers 1935 : «C'était une boîte en métal avec dedans au moins deux paires de ciseaux, plusieurs pinces de Koshers pour pincer le cordon, de longues aiguilles recourbées et une canule en verre qu'on adaptait à un broc de deux litres. On emportait aussi notre alcool parce que souvent les gens n'en avaient pas. On arrivait, on disposait tous les instruments sur la boîte en métal et on les flambait là-dessus». Madame Latil, évoquée plus haut, se munissait en sus d'un stéthoscope...

Si le matériel n'a guère varié, en revanche, les produits utilisés ont changé. Au XIX^e siècle, c'est le règne du seigle ergoté (dont un dérivé, le métergent, est utilisé en France jusque dans les années 1935). Le seigle ergoté, à propos duquel Bouteiller (1966) signale que les «sages-femmes diplômées en avaient toujours un petit flacon dans leur trousse», a été l'objet d'une polémique. Tout d'abord employé dans le but d'activer l'accouchement, il n'est plus, au XX^e siècle – après que l'on ait constaté qu'il pouvait provoquer des accidents graves en étant employé avant la délivrance – utilisé que comme hémostatique. Mais d'autres remèdes ont alors pris le relais; mise au point au début du siècle, la posthypophyse a d'abord été très critiquée car elle était alors extraite de l'hypophyse animale et, suivant la richesse de celle-ci, le produit était plus ou moins actif. Par la suite, il est devenu possible de la synthétiser et de mesurer très exactement ses effets. Elle est d'abord administrée par injection sous-cutanée et, après 1945, par perfusion.

L'accouchement

Une fois les préparatifs achevés, il ne reste plus qu'à attendre la venue du bébé. Quelquefois, les futures mères marchent pour tâcher de hâter la naissance : «On m'avait dit de marcher. Avant l'accouchement, j'ai fait au moins quatre kilomètres» se souvient une dame de quatre-vingts ans. Elle est la seule de notre échantillon à nous avoir fait part de cette méthode mais Madame R. confirme qu'«on les faisait marcher jusqu'à dilatation complète». Bouteiller (1966) note que cet exercice est courant en Provence : «Dès les premières douleurs, on cherche à activer les contractions en marchant 20 à 25 minutes. Depuis quelques années, ceci peut être remplacé par une promenade en auto».

Une autre façon d'activer le travail était de percer la poche des eaux. Madame R. précise dans quels cas cette intervention est conseillée : «La poche des eaux, c'est très fragile, un peu comme un ballon de baudruche; normalement elle doit se percer toute seule. Tant que le col est fermé, la poche appuie dessus, mais à mesure qu'il s'ouvre, elle a tendance à être dans le vide et ceci plus la dilatation se fait... à un moment elle claquet! Mais certaines femmes ont une poche des eaux solide : la dilatation arrive à terme et elle

ne s'est pas rompue. Alors, on ouvrait nos pinces de Koshier et, avec le côté à cran unique, qui était pointu, doucement, on donnait à peine un petit coup et ça venait. Le liquide sert de matelas entre le bébé et les parois utérines; quand il n'y a plus cette sorte de matelas entre la tête et le col, la tête peut sortir et s'engage plus rapidement dans le vagin». Percer la poche des eaux reste un geste peu courant : on y a recours lorsque le travail s'éternise. Dans la majorité des cas, la dilatation se fait sans que la sage-femme n'intervienne.

Lorsque les contractions deviennent plus fortes, la parturiente adopte la position qu'elle gardera jusqu'à la naissance de son enfant : allongée sur le dos, soit à plat, soit avec un petit coussin placé sous la tête ou encore sous les reins. Si la majorité des mères rencontrées ont accouché sur un lit, deux d'entre elles ont mis au monde leur enfant sur une table de cuisine. Madame R. explique pourquoi cette méthode a ses faveurs : «Au début, quand je me suis installée, je mettais les femmes sur leur lit, sur un bassin plat comme on faisait à l'hôpital. Par la suite, quand j'ai eu plus d'expérience, je les installais sur la table de la cuisine. On disposait une toile cirée dessus, un drap et un baquet par terre. Je les laissais sur le dur de la table : c'était beaucoup plus facile pour pousser»¹³. Certaines sages-femmes autorisent encore la future mère à se déplacer, arguant que le mouvement peut distraire de la douleur : «Si j'étais fatiguée, je restais couchée; si j'en avais assez, je me levais, j'allais, je venais, je marchais un peu».

Entre le début du travail et la délivrance, l'attente s'installe : on «laisse faire la nature» selon les témoignages. L'attente est d'ailleurs assez bien acceptée, tout comme la présence relativement non interventionniste de la sage-femme.

Shorter nous met en garde contre «la vision idyllique que l'on a souvent, aujourd'hui, de la naissance dans la société traditionnelle. Nous imaginons plus ou moins la "bonne mère" du village assise les bras croisés à attendre la naissance de l'enfant, après quoi les voisines se mettent à danser autour de l'heureuse accouchée. À chaque stade du travail, nous dit-on, on laisse faire la nature sans que personne, jamais, n'intervienne. Vision largement erronée. Car, s'il est vrai que la femme, autrefois, accouchait chez elle et que les voisines s'empressaient à son chevet, il est faux, par contre, de dire que l'on considérait l'accouchement comme un "processus naturel" et que l'on s'abstenait d'intervenir sur son déroulement» (Shorter 1984 : 52). Si l'on s'en tient à l'exemple marseillais, il semble pourtant que les sages-femmes des premières décennies du XX^e siècle interviennent peu durant le travail. Mais l'attente ne veut pas nécessairement dire attente sereine... La question de la douleur vient le rappeler.

Selon Madame R., «Plus elles criaient, plus elles étaient soulagées! Elles disaient "Ma mère m'a dit : Pousse mais crie surtout". Elles criaient tout ce qu'elles savaient et pensaient que ça faisait partie de la tradition de l'accouchement : il fallait hurler... Elles criaient après leurs maris : "Oui, c'est à cause de lui!...", les pauvres hommes, qu'est-ce qu'ils prenaient! C'était un peu du cinéma, le moment de l'accouchement... Elles pensaient qu'elles faisaient quelque chose que le mari ne pourrait jamais faire, alors elles se mettaient en vedette, elles poussaient des cris à fendre l'âme!». Si l'on peut considérer, comme le suggère une sage-femme, que «crier, ça correspondait à certaines mentalités. Peut-être que ça aidait à la délivrance. Peut-être aussi que c'était une manière d'annoncer l'événement, comme les cloches pour le baptême» (Citerne 1986). Il est difficile de refuser d'y déceler un lien avec la douleur... comme Madame R. qui, pourtant, a su réclamer et

obtenir des piqûres d'hypophyse pour son premier accouchement, évitant ainsi de souffrir trop longtemps.

Quant à Madame D., elle accepte de réviser son jugement initial: «Contre la douleur, on était complètement désarmées (sic) [...] Quand on écoute hurler les autres, on a souvent l'impression qu'elles en font un peu trop, qu'elles jouent un peu la comédie. Personnellement, j'ai eu mon premier enfant dans des conditions très difficiles. Et pourtant, de par ma profession même, j'étais bien informée, je connaissais tous les petits trucs pour faciliter la délivrance. Problèmes de respiration, d'action musculaire, etc. Eh bien, malgré tout cela, mon propre accouchement a duré douze heures, dont huit à crier comme une damnée».

Les témoignages sont nombreux qui attestent que les cris faisaient bien souvent partie du processus de la mise au monde à la maison. En revanche, à la Maternité, la règle de silence est, sinon respectée, du moins clairement édictée. En 1934, le professeur Devraigne la justifie en lui attribuant une vertu anti-douleur : au cours d'un accouchement, explique-t-il, le praticien «dirige la femme dans ses efforts en lui montrant à chaque douleur de faire une grande inspiration et à pousser en bas, la glotte fermée, sans proférer une plainte car, tout ce qui se manifeste par le larynx est perdu pour le périnée»¹⁴. Cette affirmation péremptoire est actuellement remise en question par l'expérience menée à la Maternité parisienne des Lilas où l'on utilise l'art des cris pour pallier à la douleur.

La douleur fait partie de l'accouchement et la plupart des femmes rencontrées ont accepté la présence relativement passive de l'accoucheuse. Aussi, lorsque nous demandons des précisions sur l'aide qu'apporte cette dernière, une mère répond avec vivacité : «Mais qu'est-ce que vous voulez qu'elle fasse? Elle peut rien faire la sage-femme! Il faut que ça vienne comme ça vient!». Une autre explique : «La sage-femme était à côté de moi... Peut-être que si j'avais trop souffert, elle aurait fait quelque chose mais elle n'avait rien à faire, il fallait attendre». Une troisième conclut : «Ni massage ni rien : comme si on accouchait une bête, voilà...».

Même le recours éventuel à de petits gestes simples qui soulagent n'est pas courant; l'évocation des ocytociques est encore davantage éloignée de l'expérience de ces mères : seule l'une d'entre elles a bénéficié en 1935 de piqûres pour accélérer l'accouchement. Par contre, certains indices attestent que les parturientes elles-mêmes aient tenté de se prémunir de la douleur en recourant à des rituels magico-religieux. Sans doute ne faut-il pas négliger le confort mental accru qui peut résulter de ces pratiques symboliques¹⁵. Malgré tout, on peut s'étonner que la mallette de la sage-femme ne renferme aucune décoction ou tisane destinée à apaiser la douleur. Sans doute, les témoignages de deux sages-femmes ne peuvent rendre compte de la réalité du savoir empirique que les accoucheuses ont des simples¹⁶ ; à moins que leur formation, donnée dans un cadre institutionnel depuis l'Empire¹⁷, ne les aient privées de leurs connaissances spécifiques?

L'accoucheuse marseillaise de pratique libérale intervient donc peu durant le travail. C'est au moment de la naissance proprement dite que ses qualités sont appréciées: «La sage-femme passait la main en dedans, elle tournait, elle aidait... mais elle ne sortait pas le petit, elle ne tirait pas l'enfant, c'est pour ça qu'elle ne m'a jamais déchirée».

Selon Madame R., le savoir-faire qui permet d'éviter la déchirure du périnée n'était pas toujours répandu chez les sages-femmes d'autrefois : «J'entendais les amies de ma mère; c'était fréquent qu'elles aient des descentes d'organes parce qu'elles avaient eu le périnée ouvert. À moins qu'elles aient des tissus très souples et un bébé tout petit... mais sinon, huit femmes sur dix étaient déchirées parce que les sages-femmes ne savaient pas retenir la tête. J'ai l'impression que les petits se faisaient un peu tout seuls autrefois! Nous, on nous avait appris tout le mécanisme : il fallait retenir la tête du bébé, repousser les deux côtés de la vulve (un côté d'abord, à ce moment-là, ça s'élargissait doucement, et l'autre côté) puis on appuyait fort sur la tête en poussant le nez vers le périnée, pour que le diamètre se rétrécisse un peu; ensuite, on la descendait bien, on poussait sur la vulve pour arriver à trouver le menton du bébé et le plus petit diamètre de sa tête. La tête sortie, il y avait les épaules : l'une passait dans le bassin et puis on soulevait le bébé pour que la seconde épaule franchisse le détroit supérieur et arrive au détroit inférieur; ensuite, on tirait tout droit. Eh, si on le laisse sortir comme il veut, le gosse, il fonce comme un bœuf!». La vue dépréciatrice qu'a Madame R. des accoucheuses du temps passé n'est pas partagée par toutes ses consœurs; ainsi, Madame D. valorise au contraire le savoir des sages-femmes et critique le nombre croissant d'interventions pratiquées de nos jours dans le cadre hospitalier : «Maintenant, tous les médecins font des épisiotomies... alors que pendant mes études, en 1930, nous avions une directrice... eh bien, quand nous avons un point à recoudre : qu'est-ce qu'on se prenait comme engueulade! Ah, non, nous, on nous avait appris comment procéder!».

Du côté des mères, certaines se sont plaintes de l'attentisme qui a entouré leur accouchement : «J'ai eu beaucoup de difficultés, beaucoup, et des souffrances atroces, je poussais des hurlements! On ne prenait pas tant de précautions que maintenant, c'était normal qu'on souffre. On enfantait dans la douleur à l'époque, et c'était vraiment la douleur!». À la Maternité comme dans la pratique libérale, la douleur des couches est souvent perçue comme naturelle et si «nombreux sont, après Paré, les médecins qui refusent de considérer la souffrance comme inévitable et veulent soulager ce "merveilleux tourment"» (Knibiehler et Fouquet 1983 : 33), d'autres soutiennent un point de vue opposé. Ainsi, en 1933, Couvelaire, célèbre accoucheur dont l'impact n'est certes pas minime, expose son point de vue : «Pour ma part, je garde encore toute ma tendresse pour les femmes qui, pleines d'espérance et de sérénité joyeuse, attendent sans crainte l'heure des suprêmes douleurs et les acceptent avec la volonté parfois stoïque d'être les premières à entendre le premier cri de l'être qu'elles ont nourri de leur sang; ne laissons pas périr cette source de joie profonde, gardons-nous de cultiver systématiquement le désir des solutions rapides, à heures fixes, dans le sommeil des anesthésies générales; ne faisons rien qui contribue à diminuer la beauté morale des mères de nos enfants»¹⁸.

Plusieurs de nos interlocutrices se sont affirmées très satisfaites de leur sage-femme. Cette dernière, sans toujours savoir comment intervenir dans les cas difficiles (ceci est une des conséquences de la volonté délibérée de limiter l'autonomie dont les sages-femmes avaient joui jusque-là), prenait toutefois de multiples précautions, d'hygiène notamment.

Après la naissance du bébé, il y avait encore à surveiller l'expulsion du placenta car si la délivrance n'est pas complète et qu'un fragment reste à l'intérieur de l'utérus, il y

a sérieux risque d'infection. Selon la formule de Pajot, célèbre obstétricien, il convient de «tendre le cordon et d'attendre sans tirer car tout effort pourrait blesser la femme». La mère Latil semble avoir été une experte dans ce domaine : «le placenta, elle vous le lève elle-même, tout doucement et tout vient». Mais toutes ses consœurs sont aussi vigilantes : «La sage-femme m'a fait garder la position [gynécologique, jambes repliées] jusqu'à l'expulsion du placenta, pour l'hygiène...»; «On a tellement souffert qu'on voudrait se reposer... mais la sage-femme m'a empêchée de dormir pendant deux heures, jusqu'à la délivrance et un peu après même».

Une fois l'utérus vide, les sages-femmes procèdent à des injections d'eau bouillie généralement, plus rarement additionnée de désinfectant : «On donnait l'injection vaginale qui aidait à nettoyer; bien souvent ça suffisait à évacuer les petits déchets, les caillots s'il y en avait. Ça n'allait pas jusque dans le col bien sûr mais enfin, au point de vue vaginal, ça faisait une certaine propreté» explique Madame R. Toutes les femmes que nous avons interrogées ont bénéficié de cette précaution et souvent pendant plusieurs jours, mais le sérieux du traitement dépend de l'accoucheuse, comme le montrent les témoignages : «Pour moi, une injection puis ça a été fini, j'étais propre»; «Après l'accouchement, elle me donnait des injections deux fois par jour, pour nettoyer. Pendant neuf jours, elle est venue deux fois par jour».

Surveiller la grossesse, suivre le déroulement du travail, s'occuper du nouveau-né, assister à la délivrance, assurer les soins postpartum : la prise en charge d'un accouchement représente donc un investissement considérable en temps pour la sage-femme. Quelle est la rétribution de ce métier qui oblige parfois à passer des nuits entières hors de chez soi?

Le coût financier de l'accouchement

Gélis (1984) note que jusqu'au XVIII^e siècle, accoucher une femme est «dans l'esprit de tous un service rendu par charité [...]. La reconnaissance s'inscrit tout simplement dans le cadre d'échanges symboliques. La rémunération, si rémunération il y a, s'effectue en nature». À l'époque qui nous intéresse, la sage-femme reçoit encore quelques compensations en nature : on la retient souvent à partager le repas par exemple. Cependant, au début du XIX^e siècle, à Marseille, il y a aussi transaction d'argent. Le prix demandé est un forfait qui comprend tous les déplacements de la sage-femme, depuis ses visites prépartum à celles d'après la naissance, en passant par sa présence durant l'accouchement.

Son temps de travail ne peut être évalué avec précision, d'autant que les tâches qu'elle accomplit sont variées : «le mari venait nous chercher et nous emmenait, on nous appelait à la première douleur et nous restions jusqu'à la dernière. Alors, il fallait rester sur place pour ne pas aller et revenir, surtout qu'il n'y avait pas le téléphone à l'époque! On dormait là, on mangeait là. Et quand il y avait des enfants, il fallait les laver, préparer la cuisine, éplucher les légumes, faire une soupe pour les petits à midi...».

Il n'a pas été aisé d'évaluer les gains moyens d'une sage-femme marseillaise pour le début du siècle¹⁹. Le Service d'Assistance Médicale Gratuite de Marseille²⁰ donne cependant une idée des tarifs pratiqués aux alentours de 1915. Les honoraires sont établis

de façon fixe : «Visite : 1 F par consultation, 2 F la nuit (majoration selon l'éloignement). Examen au spéculum : 3 F. Accouchement normal (qu'il soit pratiqué par un médecin ou par une sage-femme) : 10 F, y compris les soins pratiqués à l'accouchée et au nouveau-né. Accouchement avec forceps : 20 F; avec version : 25 F. Si l'intervention nécessite l'aide d'une autre personne : +5 F».

Ayant exercé quelques 25 ans plus tard, madame R. se souvient que «la vie était plus facile à l'époque» et que son métier était lucratif : «Vers 1940, je demandais 500 francs; c'était beaucoup 500 francs, pour peu que vous fassiez deux ou trois accouchements dans le mois...ça suffisait; si je faisais quatre accouchements, je gagnais autant qu'un fonctionnaire! Avec un accouchement, je m'habillais de la tête aux pieds! Je m'achetais une jolie robe habillée, les sous-vêtements, les bas... et même des chaussures : de vrais vernis! C'était formidable!».

L'évolution historique n'augurait peut-être pas d'un avenir si «formidable» pour les sages-femmes... Les conditions d'exercice de celles-ci comme les caractéristiques de l'accouchement à domicile évoquées ici apparaissent éloignées de la réalité actuelle de l'accouchement en France. Notamment, la mise au monde dans un cadre familial a fait place à une généralisation de la naissance dans les Maternités. Les statistiques concernant la France sont sans équivoque : «Alors qu'au début des années 1920, environ trois quarts des accouchements sont faits par des sages-femmes, la proportion tombe à 64 % en 1931. Avec l'après-guerre, le processus s'accélère : en 1950, 53 % des naissances ont lieu à l'hôpital alors qu'en 1980, la proportion s'élève à 98 %» (Lebrun 1983 : 91). À cet égard, l'exemple marseillais est représentatif de l'évolution de l'accouchement durant la première moitié du XX^e siècle : en 1825, 65 femmes seulement se rendaient à la Maternité pour y accoucher alors que près de 4 500 enfants naissaient à Marseille. Un siècle plus tard, en 1930, plus de 2 500 accouchements ont lieu dans le seul cadre hospitalier public. La médicalisation de l'accouchement renverse une tendance multiséculaire. Deux facteurs ont permis de parvenir à ce résultat : les découvertes médicales et la politique nataliste du gouvernement doivent être mises en relation dans la mesure où toutes deux visaient à augmenter la natalité en misant sur la croissance de l'encadrement médical. Leurs efforts conjugués n'ont pas contribué à faire naître davantage d'enfants mais ont conduit à médicaliser l'accouchement. Les ordonnances de 1945 concernant la Sécurité Sociale, en facilitant le remboursement des frais obstétricaux, va davantage attirer le public vers les hôpitaux au détriment encore de la naissance à domicile. L'objectif des médecins est atteint aussi : l'accouchement à la Maternité leur permet de superviser ce qui leur échappait quand la naissance avait lieu à domicile.

La sage-femme est la laissée pour compte de cette politique : «paradoxalement à mesure que son niveau d'études s'élève, elle se voit réduite à accepter un rôle subalterne» (Tucat 1981 : 60). Mais si l'éventail des soins qu'elle prodigue s'est limité, le mode d'exercice s'est modifié aussi. L'évolution majeure qui affecte les sages-femmes entre les XIX^e et XX^e siècles, c'est celle qui mène au salariat. En un demi-siècle, de 1900 à 1950, l'exercice de la profession a quasiment changé de nature : les accoucheuses indépendantes disparaissent au profit de leurs consoeurs salariées. À titre d'indication, en 1987, l'annuaire professionnel signale 36 sages-femmes libérales à Marseille, soit un nombre inférieur à celui de 1838...

F. Loux a bien saisi les conséquences de cette mutation. Elle constate que «la disparition de l'accouchement à domicile a été bien plus qu'une amélioration technique, qu'un simple changement de lieu, dans la mesure où elle a profondément modifié la place centrale de l'accouchement au sein de la famille : disparition du rôle actif du mari, médicalisation et aseptisation d'un acte qui se passait autrefois au sein de la maisonnée, mise en place d'une volonté de silence dans ce qui, autrefois, n'était que bruits, enfin introduction d'hommes étrangers à cet univers familial et féminin» (Loux 1975).

Les questions que suggèrent ce survol de l'accouchement à domicile au début du siècle renvoient à des interrogations plus actuelles. La littérature féministe a permis une approche de l'accouchement qui soit issue de la réflexion des actrices de la maternité. Le problème principal que celles-ci soulèvent est la rupture entre l'accouchement dans un environnement affectif et humain et l'hypermédicalisation d'un acte naturel désormais associé à la toute-puissance du pouvoir médical. Les féministes récusent l'assimilation accouchée/malade et tâchent d'inventer un juste milieu entre la sécurité indispensable et l'humanité – davantage bafouée mais non moins indispensable. Les revendications des femmes ont permis d'imaginer des alternatives au schéma conçu par le pouvoir masculin, qui a instauré des rapports strictement médicaux au détriment des rapports humains. Elles ont tenté de réagir de deux façons : soit en «récupérant» la technique des médecins pour l'utiliser dans un autre cadre, à domicile; soit en introduisant l'élément familial dans les Maternités.

À l'heure où le pouvoir médical est critiqué, on s'interroge sur le pouvoir des sages-femmes : y a-t-il collusion entre les sages-femmes et les médecins? Le pouvoir des femmes sur leur propre accouchement peut-il être conforté par celui des sages-femmes? Dans ce rapport de force, lequel l'emporte : la sororité («l'appartenance de sexe» évoquée dans *Une histoire des femmes est-elle possible?* [Knibiehler 1984]) ou la solidarité professionnelle?

Anissa Hélie
Institute of Social Studies
La Haye

Notes

1. Cette enquête a été menée dans le cadre d'un mémoire de maîtrise en Histoire consacré à l'accouchement à Marseille entre 1826 et 1945. Lorsque la personnalité des interlocutrices le permettait, nous avons procédé à un entretien non directif, mais un questionnaire a été établi et utilisé lorsque l'entretien n'offrait pas les renseignements escomptés.
2. Rapport sur «la laïcité des hôpitaux, hospices et asiles, adopté par les congrès corporatifs de Toulouse (1901) et Nice (1911)», Archives départementales de Marseille, Série X1/553.

3. Les statistiques parues annuellement à partir de 1888 dans la revue *Marseille Médical* permettent de suivre l'évolution de l'état civil des accouchées; et l'on constate que les femmes non mariées restent très largement majoritaires dans les premières décennies du XX^e siècle. Ainsi, à la veille de la Seconde Guerre mondiale, elles représentent près des deux tiers des parturientes reçues à la Maternité : en 1914, on dénombre 820 célibataires, 39 veuves, 436 femmes mariées et 6 divorcées.
4. Émile Camau (sans date), «Institutions de bienfaisance, de charité et de prévoyance à Marseille». *Guide de l'Assistance*, Marseille, publié sous le patronage de l'Assistance par le travail.
5. Shorter a mis en évidence le fait qu'un certain nombre d'accouchements malheureux des XVIII^e et XIX^e siècles sont en rapport avec le rachitisme des populations. En effet, chez les femmes, cette maladie peut se traduire par une très petite taille et surtout un diamètre de bassin très réduit. Afin que l'on réalise l'étendue d'un problème qui touche toute l'Europe, Shorter précise qu'il lui «paraît vraisemblable que, avant les années 1920, lorsque la vitamine D fut finalement isolée et le mécanisme élucidé, une citadine des couches populaires sur quatre avait les os du bassin suffisamment déformés pour retarder un accouchement» (1984). Bien que les sources de Shorter concernent plutôt l'Europe du Nord et les États-Unis, ce problème n'est pas absent de nos régions : une thèse de médecine, présentée en 1910 à Montpellier par Albert Aboab, s'intitulait : *De l'accouchement à terme dans les bassins rachitiques*. De même le docteur Queirel, une figure éminente de l'obstétrique marseillaise, fait allusion (dans sa leçon d'inauguration de la clinique obstétricale et gynécologique du 17 février 1893) au rétrécissement du bassin au «spectre de l'épouvante». Ces termes dramatiques ne se réfèrent pas à la fréquence de ces anomalies; on peut plutôt voir dans l'expression de Queirel une référence à l'impuissance des accoucheurs et des sages-femmes face à ce type de malformation : femmes et enfants en mouraient jusqu'à la fin du XIX^e siècle.
6. La courbe des naissances décline en France : «le taux de natalité, qui était compris entre 35 et 40 enfants pour mille habitants à la fin de l'Ancien Régime, descend au-dessous de 35 après 1831, au-dessous de 28 après 1848, au-dessous de 25 après 1880, au-dessous de 20 vers 1910. Il est de 18,8 au seuil de la guerre de 1914» (Knibiehler et Fouquet 1977 : 261). Si Marseille ne figure pas parmi les villes les plus touchées, son évolution démographique est semblable à celle observée pour l'ensemble de la France. Le docteur H. Mineur écrit en 1886 dans *Marseille médical* un article dans lequel il constate que «les naissances augmentent en nombre mais diminuent en pourcentage; elles étaient de 33,3 par an et pour mille habitants en 1866; en 1885, elles ne sont plus que de 28».
7. Selon F. Thébaut, «une affiche de «l'Alliance nationale pour l'accroissement de la population française» proclamait : «Il est né en 1922 : 760,000 Français, 1,450,000 Allemands, 1,160,000 Italiens, 1,990,000 Japonais». La revue de cette même association titrait deux ans plus tard «Il faut faire naître» (Thébaut 1982).
8. Certaines femmes rencontrées ne les jugent pas nécessaires et cela tient souvent à deux types de raisons. Celles qui refusent le suivi de la grossesse appartiennent à des familles nombreuses dans lesquelles l'accouchement est quasi banalisé du fait de sa fréquence, ou alors, elles sont aux mains d'accoucheurs et, dans ce cas, c'est la pudeur qui joue : «J'étais réticente pour me montrer, pour aller voir le docteur, tout ça... c'était pas comme maintenant» explique l'une. «C'est mon médecin qui m'a envoyée à l'hôpital; il voulait me voir pendant la grossesse mais j'avais honte, moi...» ajoute une autre.
9. La sage-femme ne doit pas apparaître pour cela dénuée de «savoir scientifique»; au contraire, elle a bien assimilé les récents perfectionnements de l'art obstétrical : en 1878, le *Traité du palper de la paroi abdominale* consacre les recherches d'Alphonse Pinard; la nouvelle méthode d'investigation est codifiée, permettant notamment d'éviter le toucher vaginal, encore dangereux car source d'infections.
10. Ce n'est qu'en 1847 que Simpson emploie pour la première fois le chloroforme et démontre qu'il n'est pas nuisible à l'enfant. Utilisé régulièrement en Angleterre pour les accouchements normaux (la reine Victoria le réclame en 1853), il reste longtemps en France réservé aux opérations. Un peu plus tard, d'autres méthodes voient le jour, comme celle dont se fait l'écho *Marseille médical* en publiant en 1890 un article de F. Bousquet qui traite de «la cocaïne en obstétrique». L'auteur est un fervent défenseur de cette «conquête véritable» qui se révèle à la fois «fidèle, efficace et inoffensive». Son bref historique nous apprend que la cocaïne est employée pour la première fois en 1885 en vue de combattre les

- douleurs de l'accouchement. La méthode initiale consistait tout d'abord à badigeonner le col de l'utérus de la future accouchée avec une pommade ou une solution contenant de la cocaïne. Bousquet, qui se flatte d'avoir expérimenté son procédé sur 32 patientes (dont 10 cas d'accouchements laborieux), ne s'en tient pas là : il injecte une solution dans chaque grande lèvre. Il assure obtenir ainsi d'excellents résultats et même «le soulagement immédiat» de ses patientes.
11. La science bactériologique est désormais connue, même si Jacques Léonard note que l'adoption du terme «microbe» ne date que de 1878 (Léonard 1977). Vers 1880, Pasteur découvre le germe du streptocoque pyogène et les mécanismes de sa prolifération, ce qui va permettre de prévenir la fièvre puerpérale qui décimait les Maternités. On peut aussi citer les recherches d'Ignace-Philippe Semmelweis (assistant Hongrois à la Maternité de Vienne), en particulier pour son *Étiologie de la fièvre puerpérale et sa prophylaxie*, parue en 1861. De même, les principaux ouvrages de Tarnier (1828-1897), chirurgien-accoucheur de la Maternité Baudelocque de Paris, montrent combien leur auteur s'intéressa aux moyens d'enrayer la mortalité des accouchées : en 1857, sa thèse intitulée *Recherches sur l'état puerpéral et les maladies des femmes enceintes*; en 1890 : *L'antispésie en obstétrique*.
 12. L'ordonnance du Parlement de Paris de 1755 légalise l'éviction des femmes de la médecine tout en leur conservant la possibilité d'exercer la profession de sage-femme : «[...] à l'avenir, les femmes et les filles ne pourront être agréées dans l'état d'herniaire ou de dentiste ni dans d'autre partie de la chirurgie sous quelque prétexte que ce soit, excepté à celles qui concernent les accouchements». Mais l'accoucheuse voit ses compétences limitées : la loi la cantonne aux accouchements normaux, lui faisant obligation d'appeler le médecin dès qu'une difficulté se présente. Ces conditions restrictives sont réitérées dans la loi du 30 novembre 1892.
 13. Notons que la chaise obstétricale a longtemps eu la préférence mais, «à mesure que le forceps obstétrical gagna de la popularité et que les médecins concentrèrent leur attention sur le soutien du périnée pendant l'accouchement, elle perdit de sa faveur» (Speert 1973).
 14. L. Devraigne 1934, *Pratique obstétricale*, Paris. Cité par Thébaut 1982.
 15. Dans d'autres régions, l'existence de dévotions particulières (comme les prières adressées à Sainte-Anne ou à Sainte-Marguerite), ou de pratiques magiques dérivées de rites anciens (amulette, sachet-accoucheur, ceinture de la Vierge...) sont attestées par les travaux de divers folkloristes et ethnologues. Mais la réticence de nos interviewées à aborder ces thèmes a rendu difficile l'appréhension de ces phénomènes dans le cadre marseillais; les attitudes de défiance rencontrées indiquent dans une certaine mesure les limites de l'enquête orale — mais il apparaît aussi qu'un non-dit unanime peut être tout à fait explicite. Le témoignage d'une sage-femme, Madame R., lève le voile sur ce que les mères considèrent comme trop démodé, ou trop intime, pour être dévoilé. Voici ce dont elle se souvient de ses années de formation à l'hôpital : «Vers 1930, j'ai vu des femmes se mettre des photos de la Vierge entre les jambes... c'était même courant. Quand elles sentaient qu'elles allaient accoucher, quand elles perdaient les eaux, les femmes se mettaient de gros cotons pour ne pas se salir; eh bien, elles se glissaient leurs images devant le coton. L'une c'était la Sainte Vierge, l'autre sainte Rita, patronne des causes désespérées : tous les saints du Paradis y passaient! Elles disaient que ça leur porterait bonheur, qu'elles ne risqueraient pas d'être infectées... Nous, on leur enlevait : c'était sale; mais elles disaient "Ne me la jetez pas!" alors on leur rendait après l'accouchement mais on disait : "attention, ne remettez pas cette affaire-là"». On conçoit qu'admettre avoir porté une image pieuse contre le sexe n'est pas facilement avouable... Cette pratique était cependant répandue, selon le témoignage de notre sage-femme, ce qui ne peut que nous induire à penser que d'autres conduites du même ordre existaient à Marseille. Enfin, la production d'ex-voto (moins importante dès la fin du XVIII^e siècle mais cependant avérée à notre époque) atteste de la dimension spirituelle que revêt l'accouchement dans la première moitié du XX^e siècle.
 16. Médicament formé d'une seule substance ou qui n'a pas subi de préparation. La pharmacopée populaire proposait bien des remèdes et nombreux sont ceux qui concernent l'accouchement. Ne serait-ce qu'actuellement, on reconnaît des propriétés ocytociques à des plantes comme : l'absinthe (en infusion, elle soulage les douleurs), l'angélique (l'infusion de ses graines aide l'expulsion du placenta), le

- framboisier (ses feuilles et ses fruits passent pour protéger des fausses couches, calmer les douleurs et stimuler la sécrétion du lait), la bourse du pasteur (elle stimule les contractions pendant l'accouchement et évite l'hémorragie après), le laurier (son huile aide à l'expulsion du placenta).
17. Sous l'Empire, la loi du 19 ventôse An XI (1803) régleme l'apprentissage des sages-femmes (titre V - articles 31,33, 34); l'article 30 proclame qu'«outre l'instruction donnée dans les écoles de médecine, il sera établi dans l'hospice le plus fréquenté de chaque département un cours annuel et gratuit d'accouchement théorique et pratique destiné particulièrement à l'instruction des sages-femmes». Celles-ci ne pourront plus exercer qu'après l'obtention du certificat d'aptitude. Cette loi de 1803 relative à l'enseignement est complétée par le décret du 8 septembre 1810 qui définit le contenu de l'enseignement dispensé et le règlement des écoles. Cette législation a un impact quasi immédiat à Marseille : dès le 10 juillet 1826, l'École Départementale de sages-femmes de Marseille ouvre ses portes, suscitant de nombreuses demandes d'inscription.
 18. Couvelaire : discours intitulé «Regard sur l'obstétricie», prononcé le 5 octobre 1933 au VIII^e congrès des gynécologues et obstétriciens de langue française. Cité par Thébaut 1982.
 19. Néanmoins, nous avons une indication du prix d'un accouchement en Haute-Marne à la fin du XIX^e siècle, mentionné à titre de comparaison : en 1875, une sage-femme est embauchée par la commune de Fresnes-sur-Apance avec un traitement de 50 francs annuels; en outre, les familles ayant besoin de ses services s'acquitteront de 6 francs pour l'accouchement et une semaine de soins (Brales n° 132). Et, à partir de 1930, les tarifs de remboursement approuvés par la Caisse Interdépartementale de la Seine et de la Seine-et-Oise permettent d'établir une comparaison avec ceux de Marseille :
 - accouchement normal et 9 visites : 400 F
 - accouchement gémellaire et 9 visites : 700 F
 - visite de grossesse ou de suites de couches jour : 20 F ; nuit : 40 F
 (Source: Thébaut 1986)
 20. Plusieurs lois trahissent la volonté du gouvernement d'inciter les familles à des naissances plus nombreuses : ainsi, la loi du 15 juillet 1893 sur l'Assistance Médicale Gratuite qui permet notamment aux malades privés de ressources de bénéficier de soins. Le premier service de ce genre est créé à Marseille dès 1895.

RÉFÉRENCES

AYMAR, Claude

- 1926 *Le sachet accoucheur et ses mystères - Contribution à l'étude du folklore en Haute Auvergne du XIII^e au XVIII^e siècles*. Toulouse, Éditions Privat.

BOUTEILLER, Marcelle

- 1963 «Rites et croyances de l'accouchement dans les provinces traditionnelles», *Vie médicale*, 44 : 87-89.
- 1966 *Médecine populaire d'hier et d'aujourd'hui*. Paris, Maison Neuve et Larose.

BRALE, Louis

- sd. «Le service médical en Haute-Marne au siècle dernier : une sage-femme de campagne», *Cahiers du Haut-Marnais*, 132 : 27-29.

- BRESSY, Françoise et Christiane Taddei
1978 *La naissance à Avignon depuis le début du XX^e siècle* . Mémoire d'études supérieures, Aix-en-Provence.
- BRINK, N.
1986 «Sois patiente et tais-toi», *Cahiers du féminisme*, 36 : 11-13.
- BROCH, Béatrice
1985 *Les femmes médecins à Marseille, contribution à l'étude de la féminisation du corps médical marseillais* . Mémoire d'études supérieures, Aix-en-Provence.
- CASSAGNE, Héliène
1980 «Le malade, le médecin et le guérisseur au XIX^e siècle», *L'Histoire*, 20 : 90-92.
- CITERNE, Guy
1985 «Madame Du Coudray, Maîtresse es-accouchement, un enseignement «moderne» de l'obstétrique au XVIII^e siècle», *Gavroche*, 19 : 1-9.
1986 «Mémoires d'une sage-femme», *Gavroche*, 25 : 1-9.
- COTTU, Annie-Claire
1968 *Traditions et coutumes de la naissance* . Diplôme d'État de sage-femme, École de cadres de sage-femme de Dijon.
- COULON-ARPIN, Madeleine
1981 *La maternité et les sages-femmes de la préhistoire au XX^e siècle* . Paris, Éditions Dacosta.
- CUZACQ, Pierre
1902 *La naissance, le mariage et le décès – mœurs, coutumes, usages anciens, croyances et superstitions dans le sud-ouest de la France* . Paris, Éditions Honoré Champion.
- DUBRISAY, Louis et Cyrille Jeannin
1949 *Précis d'accouchement* . Paris, Éditions Larousse.
- FABRE, Augustin
1888 *Histoire des hôpitaux et institutions de bienfaisance* . Marseille.
- FERRARI, Jean-Pierre
1986 «Les végétaux, la magie, la sorcellerie et la médecine populaire», *Marseille*, 146 : 104-107.

GÉLIS, Jacques, Mireille Laget et Marie-France Morel

- 1978 *Entrer dans la vie – Naissances et enfances dans la France traditionnelle* . Paris, Gallimard.

GÉLIS, Jacques

- 1984 *L'arbre et le fruit – la naissance dans l'occident moderne, XV^e/XIX^e siècles*. Paris, Éditions Fayard.
1987 *La sage-femme et le médecin* . Paris, Éditions Fayard.

KNIBIEHLER, Yvonne et Catherine Fouquet

- 1977 *Histoire des mères* . Paris, Éditions Montalba.
1983 *La femme et le médecin* . Paris, Hachette.

KNIBIEHLER, Yvonne

- 1984 «Chronologie et histoire des femmes», in *Une histoire des femmes est-elle possible?* Marseille, Éditions Rivages : 49-59.

LAGET, Mireille

- 1982 *Naissances – l'accouchement avant l'âge de la clinique* . Paris, Seuil.

LEBRUN, François

- 1983 «Tu enfanteras dans la douleur», *L'Histoire*, 54 : 90-92.

LÉONARD, Jacques

- 1977 *La vie quotidienne d'un médecin de province au XIX^e siècle* . Paris, Hachette.
1978 «Les médecins au XIX^e siècle», *L'Histoire*, 4 : 15-24.
1979 *La France médicale au XIX^e siècle* . Paris, Gallimard.

LOUX, Françoise

- 1975 *Pratiques traditionnelles et pratiques modernes d'hygiène et de prévention de la maladie chez les mères et leurs enfants* . Centre d'ethnologie française.
1978 *Le jeune enfant et son corps dans la médecine traditionnelle* . Paris, Flammarion.
1983 *Traditions et soins d'aujourd'hui* . Paris, Interéditions.

LOUX, Françoise, Marcelle Bouteiller et Martine Segalen

- 1977 *Croyances et coutumes dans l'ancienne France* . Paris, Éditions des Musées Nationaux.

MARGUERITTE, Victor

- 1933 *Ton corps est à toi* . Paris, Flammarion.

MATHIOT, Alain

- 1975 *Pratique obstétricale à Lyon à la fin du XVIII^e siècle – établissement de l'école de sages-femmes* . Thèse de médecine de l'Université Claude-Bernard.

SHORTER, Edward

- 1977 *Naissance de la famille moderne, XVIII^e-XX^e siècles*, Paris, Seuil.
1984 *Le corps des femmes* . Paris, Seuil.

THÉBAUT, Françoise

- 1982 *Donner la vie –histoire de la maternité en France dans l'entre-deux-guerres* . Thèse, Université Paris VII.
1986 *Quand nos grands-mères donnaient la vie* . Lyon, Presses universitaires.

TUCAT, Danièle

- 1981 «Les sages-femmes parisiennes à la fin du XIX^e siècle», *Pénélope – Pour l'histoire des femmes* , 5 : 58-61.

VAULTIER, Roger

- 1966 «Curiosités gynécologiques : les talismans et pierres destinées à faciliter l'accouchement», *Marottes et violons d'ingres* , 74.

VOLMAN, Danièle et Sylvie Van de Castele-Schweitzer

- 1986 «Les sources orales de l'histoire des femmes», in *Une histoire des femmes est-elle possible?*, ouvrage collectif sous la direction de Michèle Perrot. Marseille, Éditions Rivages.
1956 «Recettes de Madame Michalou, sage-femme à Chalamont (Ain)», *Folklore et médecine*, 26.
1983 *Les Cahiers du nouveau-né : corps de mère, corps d'enfant*, n° 4, ouvrage collectif sous la direction de Daniel Rapoport. Paris, Stock.