HAL
open science

Les couches difficiles et l'arrivée des hommes sur la scène de l'accouchement (1580-1789)

Séverine Golly

To cite this version:

Séverine Golly. Les couches difficiles et l'arrivée des hommes sur la scène de l'accouchement (1580-1789). Gynécologie et obstétrique. 2015. dumas-01236071

HAL Id: dumas-01236071

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01236071

Submitted on 1 Dec 2015

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

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

ACADEMIE DE PARIS

ECOLE DE SAGES-FEMMES - HOPITAL SAINT ANTOINE

UNIVERSITE PIERRE ET MARIE CURIE – FACULTE DE MEDECINE

MEMOIRE POUR LE DIPLOME D'ETAT

Les couches difficiles et l'arrivée des hommes sur la scène de l'accouchement (1580-1789)

Un homme sage-femme, ou nouvel animal inconnu du temps de bouffon,
Frontispice de Man-Midwifery Dissected de John Blunt, Londres 1793

Golly Séverine

Née le 30 octobre 1991

Directeur de mémoire : Jacques Gélis

Année universitaire : 2014-2015

Remerciements

Je remercie tout d'abord Mr Gélis d'avoir accepté de diriger ce mémoire. Sa disponibilité, ses conseils avisés et ses encouragements m'ont permis de mener à bien ce travail.

Merci au personnel de la Bibliothèque de l'Académie de Médecine pour son accueil chaleureux.

Merci également à ma famille, à Tiziana, Eléonore, Mariane et Maud pour leurs encouragements et leur soutien depuis la naissance de ce projet.

Table des matières

Introduction 1

I. Le contexte économique, social et mental des parturientes à partir de la seconde moitié du XVIème siècle 3

A. D'Henri IV à la fin du Grand siècle 3

B. Les Lumières 5

II. L'évolution du statut et des conditions d'exercice de la sage-femme 6

A. Antiquité 6

B. Moyen-âge 7

III. L'émergence de l'obstétrique et du chirurgien-accoucheur 9

IV. Question de recherche 11

V. Méthode 12

VI. Une évolution réelle de la prise en charge depuis l'arrivée des chirurgiens ? 15

A. Métrorragies et placenta praevia 15

B. Convulsions 16

C. Présentations dystociques 16

D. Dystocie des épaules 17

E. Jumeaux 18

F. Procidence du cordon 18

G. Délivrance 19

VII. Une différence de point de vue 21

A. La vision de la sage-femme et sa formation 21

B. Références antiques et évolution scientifique 23

C. Religion 24

D. L'appel au médecin 25

VIII. Discussion 28

Conclusion 29

Annexe I : Portraits et couvertures 30

Annexe II : Matériel 31

Références bibliographiques 32

Introduction

Les matrones et les sages-femmes ont été pendant longtemps le premier recours des femmes lors de des accouchements qu'ils soient physiologiques ou compliqués. C'est à partir du XVIIème siècle, que des chirurgiens, des médecins, se sont intéressés à l'obstétrique jusqu'à devenir avec l'avènement de la médicalisation au XIXème siècle, la référence dans ce domaine pour le grand public (1). En effet, paradoxalement, lorsque l'on interroge une personne sur le métier de sage-femme, la première réponse est qu'elles aident les femmes à accoucher. Or dans le même temps, beaucoup pensent encore que l'obstétricien est présent et pratique la plus grande partie des accouchements, même lorsqu'il s'agit de naissances physiologiques. Madeleine Coulon-Arpin le résume ainsi : « La sage-femme est, de toutes les collectivités humaines, la figure la plus universellement connue, mais son rôle historique et sa contribution à l'édification de l'art obstétrical sont les plus méconnues de notre temps »(2).

L'évolution de ces deux professions est liée tout au long de l'Histoire. Le passage au second plan des sages-femmes en cas de difficultés lors de la grossesse, de la naissance, s'est fait au profit des obstétriciens. Il s'agissait pourtant d'hommes qui devaient respecter la pudeur des femmes tout en intervenant dans un domaine considéré comme exclusivement féminin. Il n'était même pas évident que le métier de sage-femme puisse y survivre (1). Ce changement est d'autant plus intéressant à étudier qu'il intervient alors que des progrès techniques majeurs sont réalisés et que des mutations sociales et mentales apparaissent.
Examiner les détails de cette évolution, comprendre les causes et les mécanismes d'un tel changement est important, notamment aujourd'hui, au regard des revendications actuelles des sages-femmes, à savoir la revendication de leurs compétences.

La grève des sages-femmes d'un an à laquelle nous avons assisté à partir de novembre 2013, ainsi que la question de l'ouverture de maisons de naissances dont les « sages-femmes assureraient la responsabilité médicale» (3), m'ont amené à m'intéresser à leur statut au cours de l'Histoire. Actuellement, elles se sentent invisibles, notamment pour la population qui ne connaît pas l'ensemble de leur champ de compétences.

Les premières sages-femmes et les premiers accoucheurs appartenaient au peuple. Les conditions de vie des habitants du royaume étaient largement influencées par les événements naturels (épidémies, mauvaises récoltes…) et les politiques engagées par les souverains et leurs ministres.

Entre 1580 et 1789, on peut distinguer deux époques : une première qui va de la fin de la Renaissance au Grand siècle et la seconde qui coïncide à peu près avec le règne de Louis XV alors que triomphent les Lumières.

Nous verrons dans une première partie quel était le contexte économique, social et mental des parturientes depuis la seconde moitié du XVIème siècle jusqu'à la Révolution. Puis nous étudierons l'évolution du statut et des conditions d'exercice de la sage-femme. Et enfin, dans une dernière partie, nous nous intéresserons à l'émergence de l'accoucheur.

I. Le contexte économique, social et mental des parturientes à partir de la seconde moitié du XVIème siècle

La période étudiée dans ce travail est marquée par des guerres quasi-permanentes et des crises politiques. Qu'elles se déroulent à l'étranger (sous Louis XIV) ou sur le sol du royaume de France (guerres civiles, Guerres de Religion, Fronde), le peuple subit les conséquences de ces guerres. Il s'agit d'un royaume d'environ vingt millions d'habitants au début du XVIIIème siècle, dont les quatre cinquièmes sont des ruraux. Le taux de natalité est de quarante pour mille habitants. Il naît donc beaucoup d'enfants, mais il en meurt également beaucoup. Pourtant, en raison d'une somme de petits progrès (agricoles, obstétricaux, etc...) la population va passer à 27 millions au moment de la Révolution. C'est alors la population la plus nombreuse et la plus dense d'Europe (4).

A. D'Henri IV à la fin du Grand siècle

Comme l'écrit Pierre Goubert, dans son livre *Initiation à l'Histoire de France*, « Les sujets du roi souffrirent vraiment beaucoup, du moins en certaines provinces, de la conjonction de disettes, de peste ou autres épidémies, de révoltes saccageuses, et plus encore des soldats eux-mêmes »(5) En effet les soldats, en plus de piller, de saccager sont, en raison de leurs déplacements, des vecteurs de propagation des épidémies (4). Ce n'est qu'à partir de 1660 que les armées commencent à être mieux réorganisées et mieux policées. Les guerres, l'un des trois fléaux que doit subir le peuple, supposent une augmentation importante des impôts pour les financer, or elles semblent ne jamais se terminer. Fort heureusement, des périodes plus clémentes tempèrent cette impression d'éternels désagréments pour la population. Mais globalement, elle est diminuée, souffre physiquement. On remarque bien souvent des carences alimentaires qui peuvent être à l'origine de « vices de conformation du bassin »(6) et de femmes de petite taille… Ceci pouvant être précurseur de difficultés lors de l'accouchement plus fréquentes qu'actuellement. Les femmes des campagnes, largement majoritaires, sont accompagnées par une matrone pendant l'accouchement. Il se déroule à domicile où la parturiente est entourée d'une assemblée de femmes parentes ou voisines.

Depuis la seconde moitié du XVIe siècle, l'état d'esprit dans les villes change profondément, alors que dans les campagnes il n'évolue guère, et « progressivement la civilisation des mœurs comme celle de l'esprit conduit les gens des villes à penser qu'ils n'ont rien à apprendre du monde paysan »(7) Les nobles, y compris le haut clergé, traitent les roturiers et les paysans avec mépris (4). L'autre point à souligner dans les villes est que l'urbanisation de la fin du Moyen-âge fait apparaître une catégorie de pauvres. En particuliers de femmes misérables et seules, sans abri, qui cherchent de l'aide pour leurs

couches (8). Or, jusqu'au début du XVIIe siècle, elles n'en trouvent guère puisqu'il faut attendre 1630 pour voir apparaître la première école de sages-femmes à Paris : l'Office des accouchées de l'Hôtel Dieu (8).

Sur le plan culturel, entre 1580 et 1660, « une frénésie dans le fanatisme religieux »(5) se manifeste en France. Les guerres de Religion, la Réforme le soulignent assez ainsi que l'essor de la publication des livres pieux (7). Les prêtres et les communautés religieuses tiennent donc une place importante à cette époque. Ce sont les hommes d'Eglise qui sont responsables de la transmission du savoir et de l'encadrement de la société (7). En témoigne la multiplication des lieux de culte, de nature à favoriser une pratique plus régulière et plus intense. La place des femmes est alors centrale dans la « religion domestique […] voire dans le rayonnement et dans l'influence morale d'une famille »(7). La profession de matrone, puis de sage-femme est influencée également, par l'Eglise. Pour être désignée comme matrone, outre être acceptée par les femmes de la communauté, elle doit faire preuve de ses bonnes mœurs et connaître les formules saintes pour l'ondoiement. Ceci était évidemment du ressort du curé de la paroisse.

Pendant tout l'Ancien Régime, le christianisme va dominer la culture occidentale (8). Avant le XVIIème siècle, la mortalité maternelle et infantile est vécue avec fatalisme. La mère est stigmatisée par la faute d'Eve : elle devra enfanter dans la douleur et elle l'accepte. De plus, par pudeur la femme ne souhaite pas faire appel à l'homme de l'art. Malgré le fait qu'il soit normalement imposé aux matrones en cas de difficulté. Pendant longtemps l'Eglise se préoccupe de sauver l'âme des enfants pour le baptême avant de sauver les corps. Les premières 'césariennes', par exemple, ne sont que des tentatives sans grand espoir pour sauver la mère ou l'enfant. Il s'agissait surtout de gagner du temps afin de pouvoir ondoyer l'enfant et ainsi lui donner une sépulture en terre consacrée (9).

Le développement de la publication des livres est aussi un élément important pour comprendre le contexte de l'époque. Les livres, surtout pieux, sont de plus en plus nombreux mais la majorité de la population est analphabète. L'enquête de Maggiolo, effectuée en 1880, nous éclaire sur le développement de l'écrit à cette époque selon les sexes et entre la France du Nord et celle du Sud (10). Il se base sur le décompte des signatures des époux ou leur absence au bas des registres de mariage entre 1686 et 1690. On constate alors qu'en moyenne en France, 29% des hommes contre 14% seulement des femmes signent et que la France du Nord est bien plus avancée que celle du sud. Or les matrones font partie de ce peuple analphabète, contrairement aux chirurgiens accoucheurs qui vont publier des traités d'obstétrique qu'elles ne pourront évidemment pas lire.

B. Les Lumières

Au cours de ce siècle, les conditions d'existence tendent à s'améliorer grâce au perfectionnement de l'agriculture et de l'élevage notamment (8). De plus, les mécanismes des crises de cherté qui entraînent les disettes et donc la diminution des résistances aux épidémies (en plus du manque d'hygiène qui ne fait que les aggraver et accélère la propagation) commencent à s'atténuer (4). Les épisodes de cherté ne se transforment plus systématiquement en épisode de mortalité élevée. Après 1750, la population française en partie soulagée, croît fortement. C'est à partir de ces années que le courant de pensée populationniste bat son plein. Jusqu'au XVIIème siècle, l'opinion publique ne s'occupait guère des questions touchant à la population. La conscience qu'une nation n'est forte que par le nombre et la qualité de ses habitants ne fait que débuter au XVIIème siècle (8). Mais dans la seconde moitié du XVIIIème siècle, son avenir est au cœur des préoccupations (11). François Quesnay, chirurgien diplômé de la faculté de médecine de Paris et familier de la cour de Louis XV, est l'un des « populationniste ». Cette volonté nouvelle d'accroître le nombre des sujets sous-tend la mission de Madame du Coudray. Il s'agissait avec son tour de France, soutenu par un brevet royal de Louis XV, de former les matrones aux bons gestes. Des chirurgiens profiteront également de cette formation.

Ce siècle est aussi celui de la perte d'influence de l'Eglise. La résignation face à la mortalité maternelle et infantile diminue ainsi dans les milieux aisés (8). Parallèlement, les mentalités par rapport à l'enfant évoluent. On cherche à réduire la mortalité périnatale. L'un de ces moyens est la formation de bonnes accoucheuses même si accoucher à domicile entourée par les femmes du village reste la règle dans les campagnes au XVIIIème siècle (12).

Sous le règne de Louis XV, le pouvoir de la bourgeoisie se renforce, elle aspire à jouer un rôle pleinement politique (13). Or c'est à cette catégorie sociale qu'appartenaient les hommes de l'art, médecins et chirurgiens. Le recours aux accoucheurs va se faire progressivement au XVIIIème siècle, voir systématiquement après qu'une naissance ait nécessité leur intervention et qu'elle ait été un succès. Ils commencent par ailleurs à tenir un rôle important en maïeutique comme nous le verrons plus tard. Il s'agit pour les chirurgiens qui se veulent aussi accoucheurs d'accroître leur prestige social et leur exercice pour gagner davantage d'argent.

II. L'évolution du statut et des conditions d'exercice de la sage-femme

Les sages-femmes sont depuis toujours les protectrices de la mère et de l'enfant à la fois médicalement et socialement (2). Jusqu'au XVIIIème siècle, l'accouchement ne se conçoit pas sans accoucheuse (14).

A. Antiquité

Les sages-femmes de la Grèce antique sont les héritières des prêtresses vouées au culte des déesses de la fécondité (Ilithye à Athènes). Pour exercer en temps que 'maïa' il faut avoir eu au moins un enfant, être ménopausée et être reconnue par la communauté (comme à Rome plus tard). Elles ont une double fonction : médecins des femmes et accoucheuses. Aspasie, la femme de Périclès est l'une d'entre elles (connue pour la première approche de ce que nous nommons la manœuvre de version grande extraction). Ce n'est qu'à l'époque post-hippocratique que les hommes s'immiscent dans la pratique des accouchements et de la médecine des femmes en profitant du savoir des accoucheuses. Les connaissances obstétricales sont alors empreintes de mysticisme, soumises aux croyances religieuses, mais ont quelques fondements scientifiques grâce à l'observation. Quelques sages-femmes de l'époque, sont d'excellentes cliniciennes et elles abandonnent peu à peu les pratiques magiques.

À Rome, les accoucheuses sont appelées les 'medicae'. Il s'agit de femmes grecques esclaves, au service d'obstétriciennes romaines ou encore d'affranchies. Ces femmes sont soit inexpérimentées et agissent dans le cadre de la physiologie, soit « savent tout ce qu'elles doivent connaître » et agissent même en cas de difficultés. On les appelle aussi 'obstetrices' (''celle qui se tient devant'') (8). Se sont des citadines fort instruites et certains médecins devaient même partager la pratique des accouchements avec elles pour parfaire leurs connaissances. Dans les villes de la Gaule romaine, les sages-femmes sont appelées également 'medicae' et elles se livrent à l'exercice de la médecine de la même façon que les hommes. Dans les campagnes il s'agit de matrones. Mais les invasions barbares vont compromettre cette bonne situation de l'obstétrique jusque dans les villes où les matrones peu instruites vont finalement dominer auprès des femmes en couches (2).

De ce descriptif, établi en différentes parties de l'Europe, il ressort que les sages-femmes sont, pour certaines et notamment en ville, des femmes instruites qui savent faire face aux difficultés inhérentes aux accouchements.

B. Moyen-âge

Au Moyen-âge, « la grossesse et l'accouchement restent le monopole des matrones, les médecins en sont exclus. »(9) Elles seront appelées 'ventrières' ou matrones jusqu'au XVIIème siècle. La maternité est conditionnée par la religion. Les parturientes prient sainte Marguerite ou saint Léonard, portent sur elles des 'briefs' (petits sachets d'accouchement avec le récit de la vie de la sainte et des formules magiques). Les femmes accouchent loin d'une présence masculine mais entourées de leurs parentes, voisines, servantes… C'est un acte public (12).

Le savoir des sages-femmes est totalement empirique et se transmet de mère en fille ou de tante en nièce. Il n'y a pas de diplôme dans les campagnes, il faut savoir baptiser et appartenir à la paroisse essentiellement, comme nous l'avons vu précédemment. Il est tout de même possible d'apprendre à Paris en exerçant à l'Hôtel-Dieu où un Office des accouchées a été ouvert au XIIIème siècle et où une formation sérieuse débutera en 1630 (8). Certaines matrones connaissent tout de mêmes de bonnes méthodes pour faciliter la délivrance. Mais il arrive souvent que la naissance se passe mal : la moindre complication ou la présence de jumeaux entraîne la mort de la femme en travail, épuisée, et celle de son bébé. En cas de danger, elles ont l'autorisation de l'Eglise pour pratiquer l'ondoiement du nouveau-né, condition *sine qua non* pour qu'il soit enterré en terre consacrée. De plus, si la mère meurt en couches, la matrone doit se hâter de pratiquer une césarienne. Cette opération laisse à l'époque, peu de chance de survie pour l'enfant. Il s'agit là encore d'avoir le temps de l'ondoyer et de le sauver à la vie éternelle (9).

À la fin du Moyen-âge, les sages-femmes sont de plus en plus accusées de négligence par les médecins qui commencent à remettre en cause ce monopole. En effet, l'ignorance des matrones à cette époque est réelle, mais n'est sans doute pas leur caractéristique principale (8). Les femmes, on l'a vu, sont souvent mal nourries, accablées de travail (la maternité n'étant pas un motif d'arrêt et de repos), épuisées prématurément. De plus, les matrones sont écartées du peu de connaissances qu'il peut y avoir à l'époque (8). Elles restent tout de même maîtresses en ce domaine car les femmes ne disposent finalement que d'elles et leur quasi absence de savoir vaut mieux que pas de savoir du tout. Les médecins ou chirurgiens sensés leur venir en aide en cas de difficulté ne sont finalement pas plus savant qu'elles car leur condition d'homme ne leur permet pas d'assister aux accouchements. Mais les sages-femmes sont étroitement surveillées par les autorités ecclésiastiques et civiles. L'Eglise, jusqu'au XVIIème siècle attend d'elles qu'elles défendent les valeurs morales et religieuses. Nous pouvons citer pour exemple de cette surveillance, les procès en sorcellerie pour les matrones âgées et savantes (9). L'administration, elle, à partir de la fin du XVIIème siècle veut sauvegarder la population (14).

Il ne faut pas oublier que ces femmes sont des personnages essentiels de la vie communautaire : elles sont présentes aux prémices de la vie mais également à sa fin. Ce sont elles qui préparent les morts pour la sépulture (8). De plus, jusqu'au XVIIème siècle, les mariages se font au sein de la même paroisse. Environ deux tiers des époux sont nés et résident à l'endroit de leur union et un tiers des mariages en amènent certains époux jusqu'à quatre lieux de leur village d'origine (4). La matrone est donc connue de longue date et la confiance s'est instaurée depuis.

Au fur et à mesure que les villes se développent, les municipalités tentent elles aussi de contrôler les matrones en encadrant et en améliorant leurs pratiques. Dans les zones urbaines apparaissent dès le XIVème siècle les sages-femmes pensionnées. Pour exercer, il faut savoir ondoyer le nouveau-né, faire preuve de compétence et de moralité et être reconnue par la communauté, notamment la communauté médicale (en théorie jusqu'au XVIIème siècle car avant, l'examen par des médecins n'est pas appliqué dans de nombreux cas). En ce qui concerne l'encadrement de la profession, on remarque également qu'au XVème siècle, le contrôle se renforce : elles doivent se regrouper en corporations sous l'autorité des chirurgiens (8). Jusqu'alors, elles étaient absentes du Livre des Métiers de 1268 au contraire des chirurgiens, regroupés quant à eux en corporation au titre XCVI (15).

On constate donc que les pouvoirs politique, religieux et médical peuvent les utiliser ; leur statut est dépendant de ces hommes en théorie jusqu'au XVIIème siècle. À partir de cette époque, il ne s'agit plus de théorie et les sages-femmes vont perdre progressivement leur autonomie (14).

III. L'émergence de l'obstétrique et du chirurgien-accoucheur

En Occident pendant l'Antiquité, la médecine est dominée par la théorie des quatre humeurs d'Hippocrate, puis par celle de Galien qui reprend la précédente en représentant le corps humain comme un système où peut se lire une intention divine. C'est ce qui contribuera à son succès et à son développement alors que le christianisme émerge (8). Soranos d'Ephèse, médecin du IIème siècle après J-C, est considéré comme le premier médecin accoucheur. Il avait de vraies connaissances théoriques, pratiques et surtout de vraies réponses thérapeutiques aux pathologies de l'accouchement acquises par l'expérience. Il met notamment au point ce que l'on connait aujourd'hui sous le nom de 'version grande extraction'. C'est dans son ouvrage Gynaecia que l'on trouve les écrits les plus précis de l'Antiquité sur la grossesse, l'accouchement et l'allaitement, alors qu'à cette période une femme ne peut être touchée par un autre homme que son mari. Le médecin ne pouvait examiner lui-même la parturiente. Lorsqu'il était appelé, il devait se contenter de questionner, d'examens réalisés par la femme elle-même ou la sage-femme, afin de diriger le dégagement de l'enfant. Très souvent ces médecins étaient appelés in extremis pour des accouchements souvent impossibles. L'ouvrage de Soranos par ailleurs destiné aux sages-femmes. Il pensait qu'elles étaient les principales professionnelles de la naissance, les hommes n'y ayant que peu de place. Mais l'effondrement de la Rome antique va faire perdre en grande partie ces savoirs.

Plus tard, au Moyen-âge, si la parturiente consentait à être approchée par un homme, la sage-femme demandait l'aide d'un chirurgien en cas de difficulté. Le père, autre homme pouvant assister aux couches dystociques, était sollicité de par son expérience dans le vêlage des bêtes qui pouvait se révéler utile (16). A l'époque le chirurgien est un « manuel peu instruit, méprisé par les clercs médecins parce qu'il consentait à voir et à toucher le sang »(8) Il s'efforçait alors, avec ses instruments d'extraire le fœtus quitte à lui perforer le crâne ou à le sortir en plusieurs morceaux. Cette opération coûtait souvent aussi la vie à la mère en plus d'affliger et d'humilier l'opérateur. Parfois, il préférait pratiquer une césarienne, non pour sauver la mère, mais pour espérer sortir l'enfant vivant. Cet espoir était souvent déçu malheureusement. Au fil du temps, ces barbiers n'ont cessé de faire progresser leur art et d'élargir leurs compétences. Ils créent leur propre école au XIIIème siècle et sont désignés comme 'barbiers chirurgiens'. Pendant la Renaissance, ils assistent aux dissections pratiquées dans les universités et sont promus 'chirurgiens barbiers'. Ces hommes de terrain, de pratique se sont intéressés de plus en plus à la maïeutique. L'un d'eux est Ambroise Paré. Surnommé le 'père de la chirurgie', il est surtout connu pour ses innovations élaborées sur les

champs de bataille. Mais il a aussi développé l'utilisation des chaises d'accouchement, imaginé des spéculums et réintroduit la version podalique interne (8). Durant cette période, les sages-femmes sont rattachées à la corporation de Saint-Côme, celle des chirurgiens, à qui elles doivent obéissance. En province, jusqu'au XVIIème siècle, cette dépendance est peu appliquée (14). Les matrones doivent faire appel au chirurgien en cas de présentation anormale, mais cette règle est très peu suivie en raison notamment de l'éloignement des chirurgiens. A Paris, la situation fait exception car les sages-femmes, une fois formées par l'école de l'Hôtel-Dieu, sont soumises à un contrôle de la part des médecins et chirurgiens du Châtelet (14). Ceux-ci vont de plus en plus s'appuyer sur les réglementations jusqu'alors inappliquées, pour tenter d'avoir la main mise sur les accouchements qui représentent pour eux un moyen de gravir l'échelle sociale et se rapprocher des médecins.

Il est important de noter que jusqu'au XVIIème siècle, les sciences sont une partie de la philosophie et non un domaine scientifique comme nous l'entendons à l'heure actuelle. On parle alors non pas de scientifiques, de biologistes encore moins, mais de 'philosophes naturels'. L'instruction des élites se fait dans les collèges et vise à en faire des chrétiens. De plus, il existe un clivage entre les sciences fondamentales et les recherches appliquées (7). La technique et le corps, l'habilité manuelle et physique sont dévalorisées au profit de la spéculation abstraite. Or, les médecins appartiennent à cette élite bourgeoise, réfléchie et qui utilise le latin. Les sages-femmes et les chirurgiens de l'époque ont en revanche un métier où l'expérience est indispensable. Les médecins suivent encore les théories antiques et ce jusqu'à la seconde moitié du XVIIème siècle sans s'interroger estimant que tout a déjà été élucidé (14). Elles ne seront remises en causes qu'avec les observations d'Harvey sur la circulation sanguine en 1628 (17). On arrive donc à des aberrations telles que les saignées pour les femmes enceintes.

Les conditions d'accouchement de la fin du XVIème siècle au début du XVIIIème siècle sont très différentes de celles que nous connaissons actuellement, comme nous l'avons évoqué précédemment. Les praticiens de cette époque, lorsqu'ils sont appelés, sont les premiers à critiquer le trop grand nombre d'assistantes présentes dans la pièce avec la femme en travail. Aussi, dès son arrivée, il fait sortir toute personne non indispensable. La réflexion et la sérénité sont nécessaires au bon déroulement de l'accouchement et incompatibles avec l'agitation créée par un trop grand nombre d'assistantes (12). Nous pouvons donc constater, une différence de prise en charge par rapport aux matrones ou aux sages-femmes qui, elles, tolèrent la présence des autres femmes.

IV. Question de recherche

L'évolution des mentalités, des mœurs, a eu des conséquences sur l'évolution scientifique et donc sur les métiers de matrone puis de sage-femme et d'accoucheur.

Les matrones que l'on retrouve auprès des paysannes, alors largement majoritaires, ont des habitudes ancrées depuis de longues années qu'elles continuent à appliquer et qu'elles se transmettent de mère en fille ou de tante en nièce. Cette fonction est alors souvent rémunérée en nature : on offre le couvert et le gîte si elle habite loin, l'espace des deux jours dédiés à la surveillance de l'accouchée. En revanche, les chirurgiens accoucheurs tentent de faire progresser leur art, ils développent une sémiologie élaborée et voient un intérêt financier à accoucher les femmes. Dans le même temps, les médecins conservent une haute opinion de leur fonction. Ils ne touchent pas les patients à moins de prendre le pouls (17). Leur manière de faire est très théorique. Ce sont donc des approches très différentes qui vont se croiser au cours des XVIIème et XVIIIème siècles.

L'étude qui s'appuiera sur les traités d'obstétrique de l'époque, aura pour objectif de déterminer les facteurs qui ont poussé les sages-femmes au second plan dans la prise en charge des difficultés qui peuvent surgir à l'accouchement et ceux qui ont permis l'entrée des hommes dans ce milieu presque exclusivement féminin.

La première hypothèse est que les chirurgiens et les médecins ont su faire valoir les avancées scientifiques et ainsi gagner la confiance des patientes. Alors que les sages-femmes n'ont pas su faire évoluer leurs méthodes.

L'autre hypothèse est que les sages-femmes n'avaient pas la formation adéquate pour affronter les nouveaux savoirs médicaux et leur mise en application. Leur rôle étant délimité par le cadre de la physiologie.

Afin de pouvoir affirmer ou non ces hypothèses nous avons travaillé à partir de septembre 2014 à partir de six traités d'obstétrique que nous analysons ci-dessous.

V. Méthode

L'étude consiste à faire une comparaison critique de la littérature obstétricale. Elle s'appuie en effet, sur des écrits de sages-femmes et de chirurgiens publiés entre la fin du XVIème et la fin du XVIIIème siècle, une période de grande mutation intellectuelle en France, en particulier dans l'assistance en couches. Les obstétriciens de l'époque sont des chirurgiens et non des médecins. Les ouvrages choisis ont été consultés à la bibliothèque de l'Académie de médecine à Paris. Cette institution possède une grande collection de publications médicales et de documents d'accès facile et rapide. Les livres à cette époque constituent un bien rare réservé aux élites et aux personnes, peu nombreuses par rapport à la population totale, qui savent lire. De plus, leur coût n'est pas négligeable aussi bien à l'impression qu'à l'achat.

La recherche des auteurs s'est faite à partir de deux livres : Accoucheurs et sages-femmes célèbres : esquisses biographiques de G-J Witkowski (1891)(18) et Essai d'une histoire de l'obstétricie (tome 2) de Siebold et Hergott (1891)(19). Nous avons cherché à comparer chaque ouvrage de sage-femme sélectionné avec les écrits d'un chirurgien dont la date de publication était proche. Les sages-femmes qui ont écrit de 1580 à 1789 sont peu nombreuses en France : Louise Bourgeois, Marguerite de Tertre et Madame du Coudray. De plus, elles restent des sages-femmes d'exception même si nous les prenons ici comme référence. Leur niveau de connaissances et le cercle social dans lequel elles évoluent n'est pas celui des matrones ou des sages-femmes de l'époque comme nous le verrons. Nous avons aussi fait le choix de ne travailler que sur des publications en français, bien qu'en Allemagne et en Angleterre aussi la question de la meilleure aide possible à accorder aux femmes lors de leur accouchement se soit posée de façon concomitante. Elisabeth Nihell, sage-femme londonienne du XVIIIème siècle formée à l'Hôtel-Dieu, en est le meilleur exemple et est notamment célèbre pour son livre dénonçant les pratiques des accoucheurs anglais et sa querelle avec Smellie, alors au faîte de sa carrière.

Afin de mieux comprendre les objectifs des auteurs, il est donc important de connaître leur vie. Louise Bourgeois (1563-1636) a appris le métier de sage-femme à 24 ans, dans le but de subvenir aux besoins de sa famille lorsque son mari, chirurgien militaire et aide d'Ambroise Paré, avait été envoyé en guerre. Pour parfaire son expérience, elle travaille alors auprès des femmes pauvres durant cinq ans puis elle passe l'examen pour être reçue sage-femme jurée à Paris (1593). Puis elle devient en 1601, sage-femme de la reine Marie de Médicis, femme d'Henri IV, qu'elle accouchera de ses six enfants dont le Dauphin, futur Louis XIII (19). Cette expérience lui assure une connaissance des

femmes des faubourgs de Paris, des bourgeoises et de la Reine. Il s'agit d'un cas unique. Mais elle sera en quelque sorte disgraciée après la mort d'une princesse en suite de couches, l'autopsie ayant révélé que des morceaux de placenta étaient restés dans l'utérus. Elle est par ailleurs la première femme en Occident à publier un manuel d'accouchement : *Observations diverses sur la stérilité, perte de fruits, fécondité, accouchements et maladies des femmes et enfants nouveau-nés*. Son ouvrage sera comparé à celui de Jacques Guillemeau (1550-1613) qui est lui, chirurgien royal d'Henri III, Henri IV et Louis XIII et juré de la ville de Paris. Ils connaissent donc tout deux la Cour Royale.

Marguerite du Tertre, veuve La Marche, est la maîtresse sage-femme de l'Hôtel-Dieu. Elle est surtout connue pour avoir théorisé les pratiques dans son livre : *Instruction familière et très facile, faite par questions et réponses touchant toutes les choses principales qu'une sage-femme doit savoir pour l'exercice de son art*(20). Nous n'avons que peu d'information concernant sa vie. Mais nous savons tout de même qu'elle a mené une étude conjointement avec François Mauriceau, afin de démontrer que les récits antiques étaient faux en ce qui concerne le terme de viabilité des fœtus. François Mauriceau (1637-1709) eut le privilège de pouvoir se former en 1660 à l'Hôtel-Dieu et fut Maître chirurgien, et premier accoucheur de l'Hôtel-Dieu. Il s'agit de l'auteur majeur de l'obstétrique du XVIIème siècle. Il s'inscrit dans le mouvement scientifique qui émerge dans la seconde moitié du XVIIe siècle. Dans son ouvrage nous pouvons lire : « la doctrine des livres est un des plus salutaires remède que nous ayons pour combattre l'ignorance »(21). Pour lui la connaissance de l'anatomie et de la physiologie de la femme constitue la base de l'étude des accouchements (19).

Angélique-Marguerite Le Boursier Du Coudray (1714 – 1789) est la dernière sage-femme de l'étude. Originaire de Clermont-Ferrand, elle fait son apprentissage à Paris entre 1737 et 1739 auprès d'Anne Bairsin, jurée sage-femme du Châtelet de Paris. Elle devient elle-même jurée sage-femme en février 1740. Mme Du Coudray s'établit alors à Paris où elle travaille durant une quinzaine d'année avant d'être contactée par M. Thiers (un seigneur auvergnat), lequel la sollicite afin de revenir au pays pour y accoucher de pauvres femmes "*qui ont tant besoin de secours*" et pour y former des élèves. Elle accepte et commence à travailler comme sage-femme gagée en 1755.(22) C'est alors qu'elle voit les pratiques des matrones des campagnes et décide de les former. Plus tard, munie d'un brevet royal par Louis XV qui l'autorise à donner des cours dans tout le royaume, elle s'engage, en 1759, dans un tour de France obstétrical qui va durer 25 ans et se poursuivra jusqu'en 1783. On estime qu'elle a formé plus de 5000 femmes et également des chirurgiens qui ont perpétué son enseignement. En plus, de ce tour France qui la rend encore célèbre de nos jours, elle est connue pour son enseignement pratique sur des « phantômes », soit des mannequins [AnnexeII] qu'elle a inventé afin que ses élèves puisse mieux appréhender les gestes. En effet, elle s'adresse alors à des matrones plus

habituées à apprendre par les sens que par les discours ou la lecture. André Levret (1703-1780) est accoucheur auprès de la Cour. Très attaché à la raison et la méthode, il perfectionne les forceps, précise les indications à l'utilisation de ces derniers et améliore les conduites à tenir obstétricales. Son savoir a influencé les pratiques françaises mais aussi allemandes (19). Nous avons retenu son traité dans notre étude car il s'adresse à ses étudiants en chirurgie. Nous pouvons donc établir un parallèle intéressant entre la formation des apprenties sage-femme par Madame Du Coudray et celles des élèves de Levret.

A partir des auteurs sélectionnés nous pouvons établir trois comparaisons : Louise Bourgeois et Jacques Guillemeau (ils ont tous deux écrit en 1609), Marguerite du Tertre (1677) et François Mauriceau (1675) et enfin Madame Du Coudray (1759) et Levret (1751). Ces comparaisons se justifient aussi bien pour le fond que pour la forme des écrits. Le nombre de pages, les illustrations, les expressions employées, les conduites à tenir, les exemples sont mis en parallèle afin de définir le rôle que chacun estime avoir. Nous comparerons bien sûr également en fonction de ce que nous savons à notre époque.

Nous avons initialement fait le choix de lire uniquement les préfaces et les chapitres concernant les difficultés de l'accouchement, les préfaces nous permettant de définir le public visé et les motivations du rédacteur. Cependant, nous avons vite constaté que les ouvrages des chirurgiens ne prennent en compte le rôle de la sage-femme que dans les chapitres concernant la physiologie. Or ce travail porte sur la place du chirurgien et de la sage-femme, le choix a donc été finalement de lire également les chapitres traitant des accouchements eutociques afin de voir réellement les positions des deux intervenants qui nous intéressent. Souvent les ouvrages traitent de la gynécologie, du suivi de grossesse et pour les plus tardifs de la césarienne ou des instruments utilisés. Ces parties n'ont pas été étudiées.

Nous allons étudier dans une première partie, l'évolution de la prise en charge des patientes. La deuxième partie de l'étude sera elle, plus consacrée à des points particuliers observés lors de la lecture qui ne font pas partie de la conduite à tenir clinique. Ils sont de l'ordre de l'environnement des praticiens de l'époque.

VI. Une évolution réelle de la prise en charge depuis l'arrivée des chirurgiens ?

Cette première partie aura pour but de déterminer si les chirurgiens ont eu une réelle influence sur les pratiques obstétricales et si les sages-femmes ont fait évoluer parallèlement leurs prises en charge. Il est important de rappeler ici que la césarienne n'en est encore qu'à ses prémices et est donc pratiquée lorsque la femme est déjà décédée. De plus, les instruments dont les chirurgiens peuvent s'aider, les crochets notamment, sont extrêmement mutilants pour la femme en couches et le fœtus. Il est d'ailleurs précisé par tous les chirurgiens qu'ils ne doivent être utilisés que si le fœtus est cliniquement mort. Les instruments tels que le forceps sont arrivés plus tard, comme nous l'avons vu avec les travaux d'André Levret. La solution en cas de grande difficulté et sans l'opération césarienne, est alors la manœuvre de version interne suivie d'une grande extraction par le siège (VGE).

A. Métrorragies et placenta praevia

Les métrorragies sont considérées par tous les auteurs comme dangereuses pour la femme comme pour l'enfant à venir. Pour Louise Bourgeois il s'agit de patientes qu'il faut veiller « comme le chat sur la souris »(23). La prise en charge des « pertes de sang démesurées »(23) ou qui « menace[nt] les jours de la malade »(24) est la même pour les sages-femmes et les chirurgiens quelle que soit l'époque : rompre artificiellement les membranes, si ce n'est déjà fait, et faire naître l'enfant en faisant une VGE. Il s'agit avant tout de pouvoir sauver la mère et d'avoir le temps de baptiser l'enfant. Louise Bourgeois classe le placenta praevia dans les présentations dystociques. Jacques Guillemeau, lui, laisse le choix à l'opérateur entre « repousser diligemment »(25) le placenta et replacer l'enfant tête première pour un accouchement voie basse normale ou la VGE. Marguerite du Tertre ne pratique l'accouchement rapidement que si le placenta est entièrement décollé ou si les pertes de sang sont considérées comme « extrêmes »(20) sur avis du chirurgien. Si le placenta n'est pas entièrement décollé, le chirurgien est appelé afin « d'administrer les remèdes capables d'empêcher l'avortement »(20). François Mauriceau traite du placenta praevia dans un chapitre à part : chapitre XXVIII p 337(21) et recommande, si la femme se met en travail, un accouchement rapide à l'aide d'une VGE. Il subsiste malgré le sens clinique développé de ces praticiens une aberration : la saignée. Cette pratique est un vestige de la théorie des humeurs des médecins antiques. Elle est évoquée par Madame Du Coudray, pourtant la sage-femme la plus moderne de l'étude, en cas de métrorragies sur placenta normalement inséré et sans décollement. Néanmoins, nous observons qu'au fil du temps, la prise en charge s'affine dans les ouvrages des sages-femmes, qui font le lien entre le

décollement placentaire, la position du placenta (le terme de placenta praevia n'est pas toujours mentionné) et les métrorragies.

B. Convulsions

Les convulsions marquent une séparation entre les sages-femmes et les chirurgiens. Chez les accoucheurs, les prises en charge évoluent. Pour Jacques Guillemeau les convulsions seraient dues au fœtus voulant sortir trop rapidement. Il recommande un accouchement rapide, soit la rupture artificielle des membranes et une manœuvre de VGE pour accoucher la femme « de peur qu'il (l'enfant) ne déchire tout en dedans ». François Mauriceau, dans son ouvrage de 1674, préconise également un accouchement rapide quel que soit le terme, surtout si la cause des convulsions est une mort fœtale in utero (MFIU), l'origine des convulsions étant alors les « vapeurs malignes » émanant du fœtus. En revanche, si la femme n'est pas en travail, il prescrit des saignées et des clystères (ancienne désignation pour les lavements et par extension la seringue métallique utilisée). André Levret revient à la conduite à tenir de Jacques Guillemeau en précisant d'attendre la fin d'une convulsion. Chez les sages-femmes, seule Madame Du Coudray y consacre un chapitre (chapitre XXXII p 150)(6). Si les convulsions surviennent avant l'accouchement, il faut examiner la femme et appeler un médecin ou un chirurgien. En attendant son arrivée, elle préconise des saignées, surtout au niveau de la gorge, afin de « dégager le cerveau »(6). Si la femme est en travail et que le col est assez dilaté, il faut pratiquer l'accouchement rapidement s'il s'agit d'une présentation céphalique. Si ce n'est pas le cas, il faut attendre pour une VGE car la douleur augmenterait le risque de convulsion. La prise en charge de cette situation est manifestement du ressort du chirurgien accoucheur. Même si Madame Du Coudray l'aborde dans son ouvrage, ses conseils de prise en charge paraissent plus flous que ceux du chirurgien.

C. Présentations dystociques

Les présentations dystociques sont un réel problème entre le XVIIème et le XVIIIème siècle. Et comme nous l'avons déjà rappelé, la césarienne n'est pas une option aussi rapidement envisageable qu'à notre époque. Les présentations autre que céphalique constituent par ailleurs toujours une grande partie des traités, où les praticiens semblent s'appliquer à être le plus précis possibles dans leur description, voire à s'aider d'images pour chirurgiens, afin que le lecteur puisse bien comprendre la disposition du fœtus. Nous remarquons également que les situations décrites ne sont pas les mêmes sauf pour Madame Du Coudray et André Levret. Le premier duo ne propose pas les mêmes conduites à tenir ; il y a une vraie différence entre la sage-femme et l'accoucheur. Jacques Guillemeau laisse le choix à l'opérateur entre manœuvrer pour obtenir une présentation tête

première ou une VGE dans toutes les situations sauf aux chapitres XV (« col tords et tête tournée »), XVI (procidence du bras) et XVII (procidence des bras)(25), où il préconise seulement de repositionner la présentation tête première. La femme étant installée en position gynécologique. Louise Bourgeois semble moins s'adapter dans les manœuvres en ayant un recours plus facile à la VGE. Elle ne laisse pas de choix sauf dans le cas de la procidence du bras, où avant de tenter une VGE, elle propose de faire réagir l'enfant en lui faisant toucher un linge mouillé à l'eau froide. En revanche, elle positionne la femme en décubitus latéral pour les présentations transverses et les présentations céphaliques asynclites. Marguerite Du Tertre et François Mauriceau s'accordent plus sur les cas présentés et les conduites à tenir. Leur seul désaccord concerne la procidence du bras : la sage-femme tente un accouchement vois basse normal après avoir repoussé le bras derrière la tête alors que le chirurgien recommande, lui, la VGE d'emblée. Le dernier duo étudié a aussi les mêmes conduites à tenir à l'exception des présentations de l'épaule, du menton ou de l'oreille. Madame Du Coudray tente une remise en position correctement fléchie de la tête dans l'axe puis exécute une VGE si besoin alors que le chirurgien préconise la VGE. Les deux corps de métiers appliquent donc finalement les mêmes conduites à tenir sauf dans de rares cas. Ceci est un argument en faveur des sages-femmes en ce qui concerne leur savoir-faire.

D. Dystocie des épaules

La dystocie des épaules est encore de nos jours redoutée par les sages-femmes et les obstétriciens car il s'agit d'une situation où il faut agir rapidement. Et bien que les manœuvres soient effectuées correctement, les séquelles sont possibles pour l'enfant. Nous avons pourtant à présent un facteur de risque dont la proportion a fortement diminué : la mauvaise conformation du bassin. Aux différentes époques étudiées, le rachitisme est courant comme nous l'avons vu en introduction. Nous pouvons donc penser qu'il ne s'agissait pas d'une situation rare. Elle est traitée par tous les auteurs sauf André Levret. La conduite à tenir est toujours la même pour les sages-femmes : crocheter les aisselles pour les dégager une par une ou ensemble. Il est même précisé chez Marguerite du Tertre qu'il est « facile d'y remédier »(20) de cette façon. Nous pouvons donc penser que les situations décrites reflètent en réalité des difficultés aux épaules et non de réelles dystocies. De plus, le problème des conséquences sur l'enfant n'est pas abordé. Les chirurgiens, eux, ne traitent qu'indirectement la dystocie des épaules. Il décrivent comment extraire un enfant « hydroptique »(21) dont la tête seule serait dégagée du bassin. Selon Jacques Guillemeau et François Mauriceau, il faut percer au crochet la partie la plus « remplie d'eau et de vents »(25) après s'être assuré que l'enfant est décédé. S'il est viable, Jacques Guillemeau précise juste qu'il ne faut pas le sacrifier, mais il ne dit pas comment résoudre le problème. François Mauriceau, lui, donne plus

de conseils : vérifier qu'il n'y a pas de cordon circulaire puis tirer par les aisselles. Ainsi, il rejoint la conduite à tenir des sages-femmes.

E. Jumeaux

La prise en charge de l'accouchement des gémellaires ne varie que peu entre les auteurs étudiés. Louise Bourgeois et Madame Du Coudray recommandent une rupture artificielle des membranes entre les deux enfants. La VGE est très largement mise en avant au fil du temps, et ce n'est pas forcément du fait des chirurgiens. Louise Bourgeois et Jacques Guillemeau la conseillent en cas de présentation du siège, mais laissent la patiente accoucher normalement le premier ou deuxième jumeau s'il s'agit d'une présentation céphalique. Plus tard, Marguerite Du Tertre opte pour la même conduite à tenir. Alors que dans le même temps, François Mauriceau préconise la VGE pour le deuxième enfant car la femme est souvent trop épuisée pour continuer ses efforts expulsifs selon lui. De plus, il existerait un risque de « fatigue » pour l'enfant (21). André Levret reste, dans sa ligne de conduite, fidèle aux deux sages-femmes et à Jacques Guillemeau. En revanche, Madame Du Coudray a la prise en charge la plus active : elle prône la VGE quelle que soit la présentation, et ce dès le premier jumeau. De plus, elle adhère à la théorie de la « superfétation », théorie selon laquelle les jumeaux peuvent avoir été conçus à des dates différentes. Elle laisse donc in utero le second jumeau si les contractions utérines s'arrêtent après le passage du premier enfant, et ce « jusqu'à son terme »(6). L'évolution des pratiques ne va donc pas dans le sens auquel nous pourrions nous attendre : la dernière sage-femme intervient largement dans l'accouchement et applique une théorie qui n'a que peu de chances d'aboutir à la sauvegarde de la vie de l'enfant à venir.

F. Procidence du cordon

Dans ce cas également nous pouvons voir que le recours à la VGE devient facile au cours des années étudiées. Jacques Guillemeau ne mentionne pas cet incident. La conduite à tenir dans ce cas de figure consiste dans un premier temps, avec Louise Bourgeois, à repasser le cordon derrière la tête et à le maintenir à la main ou à l'aide d'un morceau de tissu jusqu'à ce que la présentation occupe toute la dilatation (23). Cette méthode constitue la base du développement qui va suivre à travers les siècles. En effet, les auteurs plus tardifs vont l'affiner. François Mauriceau ajoute que cette méthode n'est valable qu'une seule fois : si le cordon repasse devant la présentation, alors il préconise une VGE (21). Marguerite Du Tertre insiste, elle, tout d'abord, sur la vitalité fœtale pour déterminer la prise en charge. Ceci sans oublier d'ondoyer l'enfant au préalable. Si la sage-femme sent des pulsations au cordon, alors elle conseille d'effectuer les mêmes gestes que son prédécesseur. Néanmoins elle indique que si la présentation est haute, la praticienne peut avoir à faire une VGE si

son expérience lui permet ou appeler un chirurgien si ce n'est pas le cas, tout en expliquant les risques aux parents. En revanche, s'il n'y a pas de pulsations au cordon, elle conseille de laisser venir l'enfant sans autre intervention. Au milieu du XVIIIème siècle, Madame Du Coudray prend également en compte dans sa conduite à tenir le degré d'engagement le la tête fœtale dans ce type de situation qu'elle estime être la « plus funeste » (6). Si la tête n'est pas engagée, la conduite à tenir est la même qu'au début du XVIIème siècle. Elle pratique une VGE si la présentation est déjà engagée et si repousser le cordon se révèle impossible à réaliser ou lorsqu'il ne s'agit pas d'une présentation céphalique. André Levret ne distingue pas de cas particuliers et préconise une VGE (24). Nous voyons bien avec cet exemple encore que les sages-femmes adaptent leur conduite à tenir. Dans ce cas précis, où les situations sont plus détaillées, elles agissent en fonction du degré d'engagement de la tête fœtale, de la vitalité fœtale et mentionnent les cas de présentation autres que céphalique. Or nous savons aujourd'hui que cet incident survient plus facilement avec ces présentations. Malgré cela, c'est la prise en charge des accoucheurs qui se rapproche finalement le plus de celle que nous proposons de nos jours, soit une césarienne, avec une manœuvre de VGE d'emblée.

G. Délivrance

Nous nous intéresserons dans ce paragraphe aux complications qui peuvent survenir lors de la délivrance, plus particulièrement l'hémorragie et la rétention placentaire. La rétention placentaire n'est pas déterminée ici par une durée, mais par une incapacité à délivrer la femme en exerçant une traction sur le cordon. Ces incidents sont très intéressants car on peut y voit l'influence des traités antiques et des remèdes par analogie plus qu'un souci de réelle efficacité (par exemple : le vin est souvent utilisé lors de l'hémorragie, sa couleur rappelant celle du sang).

Du côté des sages-femmes, la conduite à tenir n'évolue réellement que dans la pharmacopée utilisée et la place de la révision utérine. Pour Louise Bourgeois qui porte une grande importance à une délivrance bien réalisée, la révision utérine n'est nécessaire qu'en cas de « perte extrême » de sang, de convulsions ou de fièvre. Elle avoue même ne l'avoir fait que deux fois au cours d'une carrière qui compte selon elle environ deux mille accouchements (23). Elle donne ici de bons arguments mais quand nous pensons à l'autopsie de Marie de Bourbon-Montpensier et au nombre de fois où elle dit avoir réalisé ce geste, nous pouvons penser qu'il n'est pas encore assez pratiqué. Marguerite Du Tertre ne décrit que peu cette dernière étape de l'accouchement. Elle ne mentionne la révision utérine qu'en cas de rupture du cordon. Avec Madame Du Coudray, nous voyons un esprit très contemporain par rapport aux pratiques actuelles. En effet, elle effectue une révision utérine en premier lieu en cas d'hémorragie et commence à dégager des facteurs de risque. Mais ils sont en

partie faux, contrairement à ceux décrits par André Levret que nous verrons plus bas. Pour elle, cet incident survient lorsque la patiente n'a pas eu de saignée pendant sa grossesse ou à défaut en début de travail, si la délivrance a été faite trop violemment ou si elle est incomplète. Elle conseille aussi malheureusement, de faire, en dernier recours, une saignée du bras « pour détourner le sang de la matrice » (6).

Les chirurgiens auront une attitude plus réfléchie, bien plus tôt. En effet, chez Jacques Guillemeau est déjà présente la notion de quantification des saignements et la révision utérine fait partie de sa prise en charge habituelle (25). On retrouve néanmoins dans ses écrits des références aux auteurs antiques avec une prescription de saignée en cas d'hémorragie, de rétention placentaire ou encore de ligatures des bras ou de ventouses au niveau de la poitrine. Le plus surprenant reste sa dernière recommandation : si tout a échoué, y compris la révision utérine, il recommande d'attendre que le placenta « suppure et pourrisse» tout en « fortifiant la mère » et en « évitant une trop grande pourriture » (25). Ce qui ne pouvait que conduire malheureusement au décès de la patiente. Plus tard un autre point important apparaît : Mauriceau écrit clairement qu'il faut s'assurer de l'intégrité du placenta (21). Mais la saignée fait encore partie des recommandations ainsi que l'injection in utero de décoction de plantes et ce, avant la réalisation d'une révision utérine. Plus tard, André Levret se démarque des autres praticiens et praticiennes par cette phrase : « ne jamais se mettre en devoir d'aider la Nature »(24). Il considère que le placenta doit être « disposé » à sortir. Nous ne pouvons déterminer si sa prise en charge est totalement adaptée ou non. En effet, il renvoie en grande partie aux articles 10, 11 et 12 de son *Observations sur les accouchements laborieux* que nous n'avons pas étudiée. Mais ses écrits restent très intéressants. Il fait référence à l'augmentation du pouls en signe de complication, dégage des facteurs de risque d'hémorragie de la délivrance qui se révèlent justes et en fonction desquels il adapte sa conduite à tenir :

- la rétention de corps étrangers, pour laquelle il préconise une révision utérine ou un lavement à l'eau tiède
- l' « inertie », qui « foudroie la malade »
- les déchirures, dont la sévérité du saignement dépend de la partie touchée.

On remarque donc ici que les chirurgiens paraissent avoir des connaissances que les sages-femmes n'ont pas.

VII. Une différence de point de vue

A. La vision de la sage-femme et sa formation

L'histoire du métier de sage-femme a déjà été énoncée en introduction. Le monde de l'obstétrique est un monde empreint de pudeur vis-à-vis des hommes. En province, les femmes s'entraident dans les villages ou sont assistées pour beaucoup par des matrones dont le savoir est transmis de génération en génération. Il existe pourtant une formation à l'Hôtel-Dieu, que Marguerite Du Tertre dirigera avec le statut de maîtresse sage-femme, mais il n'y a que peu d'élues pour y participer et généralement, elles s'installent ensuite dans Paris et ses alentours. Jacques Guillemeau le constate lui-même lorsqu'il s'agit d'accouchements laborieux, « il se trouve peu de sages-femmes bien expérimentées pour leur donner aide et les secourir »(25). Il en sera encore de même un siècle et demi plus tard, lorsque Madame Du Coudray, elle-même sage-femme de l'Hôtel-Dieu, partira effectuer son tour de France afin de former les matrones des campagnes. La qualité de la formation de cette école est reconnue au-delà des frontières françaises, mais le nombre d'élèves qui en sort chaque année est trop faible compte tenu des besoins. Les attentes en ce qui concerne le rôle de la sage-femme sont un élément important pour comprendre les freins au développement des compétences de ces femmes.

Ce sont les chirurgiens qui parlent souvent le plus des critères définissant la bonne sage-femme. Selon la loi, ce sont les chirurgiens qui, après examen, confèrent aux sages-femmes leur certification pour exercer. Guillemeau consacre un chapitre (page 151) à sa vision de la bonne sage-femme. Selon lui, elle doit être : « de bon âge, ni trop jeune ni trop vieille », non malade ou difforme, propre avec de petites mains, fines, « nettes », les ongles courts. Elle ne doit porter aucun bijou aux mains ou aux poignets. Son caractère aussi est décrit : « agréable, de belle rencontre, forte, puissante, laborieuse et endurcie au travail, afin de ne pas s'endormir auprès de la femme » (25). Elle doit également être « chaste, ni coléreuse, ni arrogante », respecter le secret professionnel, être prudente, avisée et subtile. Cette description est complétée par le rôle qu'elle tiendra auprès des patientes: elle devra « laisser faire la Nature » car « la Nature est plus sage que l'art, meilleur ouvrier qui se puisse trouver »(25). On constate ici qu'il n'est pas attendu de ces femmes une réelle connaissance théorique mais un rôle d'accompagnatrice qui sait donner l'alerte si besoin. Ces critères sont pourtant ceux d'un chirurgien qui reconnaît au chapitre I de son Livre second l'existence des sages-femmes depuis l'Antiquité et leur nécessité car il y avait les maladies des parties honteuses à soigner. Au contraire d'un autre contemporain de son époque, Gervais de la Touche qui écrivit presque un pamphlet à l'encontre des accoucheuses : *La très haute et très souveraine science de l'art et de*

l'industrie naturelle d'enfanter contre la maudite et perverse impéritie des femmes, que l'on appelle sages-femmes, ou belles-mères, lesquelles par leur ignorance font journellement périr une infinité de femmes et d'enfants à l'enfantement (26).

Cet aspect très restreint de l'accès aux connaissances, nous le retrouvons également avec François Mauriceau avec cette phrase simple mais lourde de sens dans la partie qu'il consacre à l'anatomie : « J'en parlerai succinctement afin que les sages-femmes en puissent plus facilement profiter, ne les voulant pas rebutées par quantité de controverses anatomiques […] suffisantes connaissances pour bien se comporter dans l'art des accouchements. »(21). Il décrit aussi les sages-femmes comme : superstitieuses, présomptueuses mais ayant peur du chirurgien. Et pour définir leur rôle il souligne qu'« une simple garde pourrait y arriver »(21). Remarquons également que le mot « Art » est utilisé avec une majuscule uniquement lorsqu'il s'agit de la pratique d'un chirurgien. André Levret ne donne pas, lui, de description de la sage-femme mais celle du chirurgien-modèle, sont livre étant destiné à des étudiants en médecine. Nous pourrions croire aisément avec ses exemples, que se sont les chirurgiens, qui exercent une influence restrictive sur les femmes.

Or, nous pouvons lire chez Marguerite Du Tertre ou encore Madame Du Coudray un texte finalement peu empreint de féminisme. La première considère même que « ce n'est pas le fait d'une femme de faire des livres »(20). Selon elle, une sage-femme est une femme « vertueuse, experte pour accoucher, délivrer et soulager pendant le travail » qui doit « servir d'œil au médecin ». Elle conclut même, en ce qui concerne l'étude menée avec Mauriceau, qui reste un progrès, que le résultat prouve certainement que le terme pour l'accouchement est de neuf mois mais que « c'est plutôt à Messieurs les médecins d'en juger qu'à la sage-femme ». De plus, son livre montre, par sa seule mise en forme, la différence entre le pragmatisme des accoucheuses et la conduite au contraire plus réfléchie des accoucheurs. La première partie est consacrée aux questions posées aux étudiantes par les médecins que Marguerite Du Tertre qualifie de « spéculations », « inutiles aux sages-femmes » (elle l'écrit uniquement car ce sont des questions d'examen) et la seconde est « pratique », tirée de l' «observation et de sa propre expérience ». Madame Du Coudray ne s'excuse pas d'écrire mais donne pour argument à son livre et à son Tour de France un intérêt pour la population du Royaume, que l'on pense alors sur le déclin. La formation des matrones des campagnes n'a pas pour but d'améliorer la condition des femmes en apportant de meilleures connaissances aux accoucheuses, mais bien de faire en sorte que les femmes en couches, tout comme les enfants naissant, vivent pour accroître la population. Madame Du Coudray parle d'elles comme de femmes « peu intelligentes »(6). Elle souhaite les rendre « capables de donner les secours nécessaires aux femmes qui se trouveront en danger […] ne point se confier à leurs prétendues connaissances et être dociles aux sages avis des

personnes expérimentées »(6), soit, les chirurgiens. Il n'est pas question de rendre les sages-femmes aussi savantes que ces messieurs les chirurgiens, alors qu'elle rappelle bien que leur secours est souvent difficile à trouver à temps ! Sa description de la sage-femme contient néanmoins un point sur « une connaissance sûre et suffisante tant de la théorie que de la pratique » à acquérir pour exercer mais aussi connaître les parties du corps humain « en rapport avec l'accouchement ». Elle va tout de même jusqu'à expliquer comment prendre le pouls (acte longtemps réservé aux médecins qui ne touchaient les patients que dans cette intention), mentionner la diastole et la systole, la circulation placentaire et elle encourage la « lecture réfléchie des bons livres »(6).

Nous pouvons donc voir qu'il y a bien une volonté de renforcer les connaissances des sages-femmes, mais dans le but de mieux servir, d'une part le médecin en cas de d'incident, et d'autre part la santé publique.

B. Références antiques et évolution scientifique

La notion d'évolution fait référence au fait de se détacher des savoirs des anciens s'ils sont erronés, afin d'améliorer les techniques. Jusqu'au début du XVIIème siècle, ce sont les savoirs antiques qui font foi dans le domaine médical comme nous l'avons vu en introduction. La lecture des différents ouvrages nous montre que ceci commence à changer. En effet, chez les chirurgiens en particulier, nous pouvons observer que les théories antiques commencent à être remises en question. Jacques Guillemeau s'appuie nettement sur les savoirs antiques pour argumenter ses techniques. Il cite par exemple Pline : « seule la mauvaise odeur d'une chandelle éteinte est capable de le (fœtus) faire mourir dans le ventre de la mère »(25), ou encore Hippocrate, Galien, Soranos. Malgré un sens clinique développé, il ne semble pas voir les failles des pratiques anciennes. À un peu plus de cinquante ans d'écart, Mauriceau commence déjà à prendre ses distances avec le monde antique. En effet, on sent déjà l'influence de la révolution scientifique qui marque un changement dans la manière d'acquérir les connaissances et la création de l'Académie Royale des sciences de Paris en 1661. Le meilleur exemple de cette évolution est l'étude qu'il a mise au point avec l'aide de Marguerite Du Tertre pour déterminer si la règle de viabilité de l'enfant en fonction du terme, établie par Hippocrate, est vraie. Ce dernier déclare qu'un enfant naissant durant le septième ou le neuvième mois de grossesse a plus de chance de survie qu'un enfant naissant durant le huitième mois. À partir des termes d'accouchements des femmes à l'Hôtel-Dieu, ils vont pouvoir réfuter cette théorie et établir qu'un enfant n'est pas moins viable à huit mois de grossesse qu'à sept mois. De plus, il comprend les erreurs de Galien car il faisait ses observations à partir d'animaux. On voit

néanmoins que c'est une période de nouveautés sans cesse discutées, et que l'influence du passé est encore forte. Il se réfère encore aux anciens, notamment pour la pharmacopée, et ne croit pas, par exemple, à la théorie de l'ovulation de De Graaf, que l'on sait vraie aujourd'hui. Il pense toujours que la semence est créée à partir du sang et que la femme et l'homme ont la même fonction dans la fécondation. Au milieu du XVIIIème siècle, André Levret poursuit cette évolution en citant souvent les travaux d'auteurs contemporains de son époque, dont Mauriceau, de Puzos, Viardel pour étayer sa thèse et non plus les auteurs antiques. Selon lui, il faut « secouer le joug de préjugés » qu'il « regarde comme les poisons de la raison »(24). Et, fait remarquable, il est conscient que toutes les réponses ne sont pas encore résolues : « Les Anciens ne connaissaient que très peu la structure de la Matrice ; quoique les Modernes la connaissent mieux, néanmoins cette connaissance est encore imparfaite »(24).

Du côté des sages-femmes, elles nous font ressentir leur envie d'améliorer leurs connaissances. Louise Bourgeois demande à ce qu'elles puissent assister aux dissections. Un siècle plus tard, Marguerite Du Tertre a mené une étude avec François Mauriceau. De plus, elle écrit que les réponses de la première partie de son ouvrage son tirées des « opinions des auteurs la plus suivie »(20). Elle a donc accès aux ouvrages qui concernent l'obstétrique et adhère à l'esprit scientifique de l'époque. Madame Du Coudray prône la « lecture réfléchie des bons livres »(6), sans préciser lesquels… Elle fait référence dans son ouvrage à Deventer, Dionis, Viardel, Mery et La Motte, soit le même type d'auteur qu'André Levret. Avec ces arguments, nous ne pouvons pas dire que les sages-femmes sont exclues des connaissances. Pourtant, leurs écrits ne reflètent pas un savoir aussi solide que celui des chirurgiens.

.

C. Religion

Le pouvoir de la religion est très important dans les livres lus, surtout du côté des sages-femmes. La référence à Dieu ne se fait pas de la même façon chez les chirurgiens et les accoucheuses.

Nous pouvons remarquer tout d'abord que les ouvrages, tant des sages-femmes que des chirurgiens, font référence à l'ondoiement. Il est du ressort de la sage-femme ; cela faisait partie de sa formation. Marguerite du Tertre et Madame Du Coudray ne discutent pas sa nécessité et y ont recours dans de nombreux cas. Madame Du Coudray estime qu'il faut le pratiquer dans tous les accouchements contre-nature, dès que la manœuvre de VGE est engagée (6). Il existe même des seringues à ondoiement pour les cas où l'enfant doit être ondoyé in utero. [Annexe II] Mauriceau relate à ce propos le cas, à la page 333 de son traité, d'une femme ayant des convulsions. Le premier curé sur

place soutenait qu'un baptême ne pouvait se faire alors que l'enfant n'était pas encore né, car on ne pouvait savoir s'il était vivant ou non, et qu'on ne devait pas hasarder la vie de cet enfant au profit de celle de sa mère. Un deuxième religieux « meilleur théologien » assurait « avec raison » le contraire. (21). On voit donc ici la position du chirurgien en ce qui concerne ce problème. Néanmoins, en exposant les vues des deux hommes, il laisse le champ libre à chacun de réfléchir au sujet. La théologie s'immisce donc dans les traités d'obstétrique.

Avec le baptême, qui permet de sauvegarder l'âme de l'enfant et d'organiser son enterrement en terre consacrée, se pose également le problème de la vie de la mère. Guillemeau donne ainsi son avis dans son traité : la vie de la mère est plus « chère » que celle de son enfant(25). Mais il poursuit par l'écriture de ces lignes : « C'est un point de théologie, lequel je laisse décider à ceux qui sont plus versés que moi en telle science. »(25) Il admet donc avoir un avis mais se détache de la religion car il estime que ce n'est pas son rôle. Nous pouvons voir qu'avec le temps, la vie de la mère devient aussi importante que celle de son enfant, Madame Du Coudray écrivant que ce sont « deux victimes chères aux yeux de Dieu »(6).

Les sages-femmes nous font ressentir un attachement plus fort à la religion que les accoucheurs, notamment car elles y font plus souvent référence, non seulement dans leur pratique, mais aussi dans leur conduite. N'oublions pas que pendant longtemps, c'était le curé de la paroisse qui donnait son accord pour l'exercice de la fonction de matrone : elle doit être de bonne vie et mœurs, connaître les formules saintes et prêter serment sur les évangiles devant les femmes assemblées. Louise Bourgeois parle de Dieu comme de celui qui lui a donné connaissance de son savoir (23). Et Madame Du Coudray précise dans sa description de la bonne sage-femme qu'elle doit « aimer Dieu dans ses membres » et encourager la patiente à remercier Dieu de l'avoir mise hors péril (6). Chose surprenante, Guillemeau se sert tout de même de la religion pour argumenter la place des chirurgiens auprès des parturientes en s'appuyant sur l'omphalotomie d'Adam. Il le décrit comme le premier acte chirurgical (25). Cet argument, remis dans le contexte très croyant de l'époque, devait avoir un poids certain dans un débat sur la présence des hommes au chevet des femmes en couches.

D. L'appel au médecin

Il s'agit ici d'un autre point clé pour comprendre pourquoi les sages-femmes se sont fait en partie éclipser par les chirurgiens auprès des femmes en travail. Nous allons étudier les raisons du recours au médecin et la fréquence à laquelle il est recommandé au fil du temps. Comme nous avons pu le voir précédemment, les sages-femmes sont rattachées à la corporation des chirurgiens de Saint Côme. En ce qui concerne les sages-femmes de Paris, des *Statuts et Règlements* sont rédigés dès

1560 (14). Comme les femmes n'ont pas le droit de former des corporations, elles font partie de celle des chirurgiens. Elles sont soumises, en outre, à un sévère contrôle des médecins et des chirurgiens du Châtelet. Nous pouvons donc constater que, dès le début, les sages-femmes sont, du point de vue réglementaire, sous la tutelle des chirurgiens.

Louise Bourgeois a un discours ferme sur le sujet. Elle écrit qu'il ne faut « pas hésiter à avoir recours aux médecins même si la femme a peur car elles y ont bien recours en affaire de bien moindre importance »(23). Elle le recommande particulièrement en cas de présentation céphalique mal positionnée, si la femme se sent trop faible pour fournir des efforts expulsifs efficaces, « avant que les choses ne soient déplorées » et pour « éviter le blâme ». Le rapport juridique avec les parents par la suite est déjà envisagé. Elle n'oublie pas de signaler également que l'avis du médecin est difficile à demander et que ces derniers ne peuvent tout connaître. Les sages-femmes font des fautes et elles sont « le plus souvent inconnues aux plus doctes médecins et chirurgiens, à cause que l'œuvre est intérieure la curation de laquelle doit faire selon qu'il est possible. Et qu'ordinairement la vergogne de notre sexe ne peut permettre qu'ils en aient la connaissance que par rapport de celle qui opère, n'en faisant toujours rapport véritable, quelque fois par ignorance, et d'autre fois honte de confesser la faute »(23). Elle montre donc que ce sont les sages-femmes et les femmes elles-mêmes qui redoutent de demander un avis, les unes par pudeur, les autres par honte. Elle n'hésite pas non plus à critiquer les chirurgiens dans leurs pratiques, sur la délivrance notamment. Nous ne retrouverons plus de traces de ce genre dans les ouvrages de Marguerite Du Tertre et Madame Du Coudray. Elle écrit que les chirurgiens déchirent les placentas et qu'il est donc impossible de déterminer si la délivrance est complète ou non. Guillemeau est du même avis : la sage-femme doit appeler de l'aide si elle est dépassée ou s'il s'agit d'une mauvaise présentation. Et, encore une fois, il est expliqué que l'appel est souvent tardif « par l'opiniâtreté des parents et des sages-femmes »(25).

Plus tard, Marguerite du Tertre demande de l'aide au chirurgien en cas de métrorragies ou de procidence du cordon si une VGE est à faire et la sage-femme pas assez expérimentée. Ce qui ne fait finalement que peu de cas où la présence du chirurgien est à demander selon la sage-femme, alors qu'à la lecture, elle nous fait ressentir un recours au chirurgien facile. Par ailleurs, nous pourrions penser qu'elle pourrait appliquer son second conseil pour tous les cas de VGE à effectuer. Mauriceau demande au contraire aux sages-femmes de faire venir un chirurgien plus souvent : présentation autre que céphalique et rétention placentaire, pour décharger leur conscience. Nous retrouvons avec lui l'idée des sages-femmes « ignorantes » mais « présomptueuses » et qui donnent une mauvaise image des accoucheurs aux patientes pour qu'elles ne veuillent pas y faire appel non plus (21). L'image des sages-femmes ne change donc pas selon le chirurgien mais nous pouvons voir que chez

Marguerite Du Tertre, c'est le manque d'expérience qui doit faire demander de l'aide, et non plus l'ignorance. N'oublions pas, néanmoins, qu'elle rédige un ouvrage à destination des apprenties de l'Hôtel-Dieu.

En ce qui concerne le dernier duo, André Levret écrivant pour ses étudiants en chirurgie, il ne donne pas d'indication pour faire appel au chirurgien. Dès l'introduction, Madame Du Coudray fait mention du recours au chirurgien : « si je ne pouvais pas rendre ces femmes fort habiles, je leur ferai du moins sentir la nécessité de demander du secours assez tôt pour sauver la mère et l'enfant »(6). Pourtant, lorsque nous lisons son traité, elle conseille de ne demander de l'aide qu'en cas de prolapsus vaginal (pour une réparation en post-partum) et pour les convulsions. Ce qui semble ici contradictoire s'explique par l'éloignement dans les campagnes des potentiels médecins ou chirurgiens capables de venir en aide aux sages-femmes si besoin. Elle laisse ainsi beaucoup de libertés aux sages-femmes pour la prise en charge des patientes, et propose des solutions afin qu'elles n'aient pas à recourir à une aide masculine difficilement trouvable. Par exemple, pour une rétention tête dernière, elle conseille de passer une bourse autour de la tête afin de pouvoir tirer sur les cordons et dégager ainsi la tête au contraire de certains qui font appel tout de suite au chirurgien et ses crochets…

VIII. Discussion

Cette partie a pour but de poser les limites de cette étude.

Premièrement, comme évoqué dans la méthodologie, nous avons lu des livres de sages-femmes qui ne reflètent pas une image exacte des accoucheuses d'alors. Louise Bourgeois, Marguerite Du Tertre et Madame Du Coudray sont des exceptions. Elles ont une expérience doublée d'un savoir que la plupart des leurs consœurs n'ont pas. Preuve en est qu'elles sont capables de rédiger des traités, tandis que les accoucheuses de leur époque ne savent généralement pas lire, puisque Madame Du Coudray en vient à créer un mannequin d'accouchement. Les sages-femmes qui peuvent s'identifier à ces femmes sont peu nombreuses. Elles correspondent sûrement à celles qui ont pu avoir accès à la formation de l'Hôtel-Dieu (on estime à une vingtaine le nombre d'apprenties formées par an (14)).

Le deuxième point concerne le recours au médecin. Surtout en ce qui concerne Marguerite Du Tertre, qui semble en étroite collaboration avec le chirurgien. Est-ce le fait de la publication de l'ouvrage qui rend obligatoire cet appel à l'aide ? Car dans les faits, son statut de maîtresse sage-femme à l'Hôtel-Dieu la rend très autonome. Nous savons, par exemple, que certaines ont su se servir des forceps. Or la publication de l'ouvrage le rend consultable par tous ; doit-elle donc mentionner le chirurgien par pression de ces derniers ? C'est un débat entre l'officieux et l'officiel que nous ne pourrons malheureusement jamais trancher.

La différence entre les sages-femmes et les chirurgiens tient aussi au public visé. Les sages-femmes écrivent pour toutes pour des apprenties et tous ceux désireux de se former (6). Le vocabulaire ou les expressions employés appartiennent parfois au registre familier. Elles se rendent d'ailleurs bien compte que cela pourrait les discréditer : « J'espère obtenir de mes lecteurs la grâce de ne point faire attention aux fautes qu'ils pourront remarquer dans ma diction, lorsqu'elles n'altéreront point le sens des préceptes que je donne à mes élèves » (6). Au contraire des chirurgiens qui réservent une partie ou la totalité de leur livre à leurs confrères. Ce sont des ouvrages plus ordonnés, comprenant des formules latines, des illustrations assez nombreuses. André Levret n'écrit pas du tout pour des sages-femmes, ses applications de la physique ou de la mécanique à l'obstétrique sont trop compliquées.

Conclusion

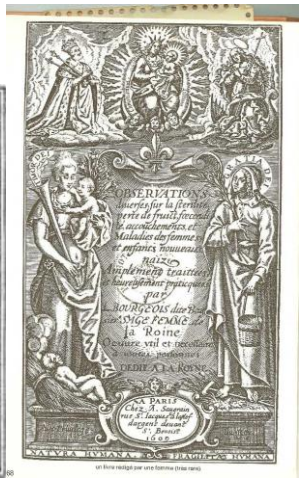
En nous appuyant sur cette étude, nous pouvons réfuter la première hypothèse selon laquelle les sages-femmes n'ont pas su faire évoluer leurs méthodes. Nous avons pu constater, au fil du temps et en comparant avec les conduites à tenir des chirurgiens, que leur prise en charge est semblable dans certains cas, et qu'elles ont su faire évoluer ces méthodes. De plus, le savoir par l'expérience n'est pas plus néfaste que la croyance des théories antiques, notamment car les solutions proposées sont expérimentées et non crues simplement sur parole.

La deuxième hypothèse concernait la formation des sages-femmes. Nous pouvons dire qu'il s'agit ici effectivement d'un élément ayant pu jouer sur leur progressive mise en arrière-plan en ce qui concerne les difficultés rencontrées lors des accouchements. La formation des sages-femmes est soumise à l'autorité des chirurgiens. Ceux-ci ne vont pas sciemment leur donner trop de pouvoir sous peine de voir leur propre activité réduite. Cette position de « sauveur » du chirurgien en cas de problème est trop importante à maintenir s'ils veulent se mettre au niveau des médecins. Nous avons pu voir que la partie consacrée aux sages-femmes dans leurs ouvrages est celle de la physiologie où elles tiennent un rôle d'accompagnatrices. Ce qui apparaît comme quelque peu étrange car nous savons bien que nombre de problèmes ne se prévoient pas, or la sage-femme devait d'y être confrontée. L'autre point important concerne les lieux de formation et le nombre d'apprenties. Madame Du Coudray a commencé à poser le problème et tente de le régler avec son tour de France. Cependant, la meilleure formation est celle de l'Hôtel-Dieu, de laquelle ne sortent que peu de diplômées. De plus, il apparaît clairement que les chirurgiens sont en avance dans leurs savoirs.

Finalement, le fait que la formation des sages-femmes soit limitée par la physiologie ne serait-il pas simplement lié à leur condition de femmes? Au cours des siècles suivants, nous assisterons à la médicalisation réelle des accouchements. Le processus de mise en retrait des sages-femmes auprès de la population ne faisait donc que commencer…

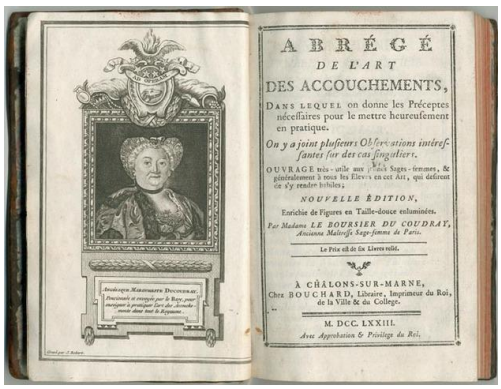
Annexe I : Portraits et couvertures

Jacques Guillemeau et Louise Bourgeois :



François Mauriceau et Marguerite Du Tertre :

André Levret et Madame Du Coudray :



Annexe II : Matériel

Mannequin d'accouchement de Madame Du Coudray, modèle déposé à Rouen en 1778 (http://www3.chu-rouen.fr/Internet/connaitreCHU/culture/musee_flaubert/presentation/collections/collections/)

Références bibliographiques

1. Yvonne Knibiehler. Accoucher, femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XXème siècle. ENSP. 2007. 188 p.

2. Madeleine Coulon-Arpin. La maternité et les sages-femmes : de la préhistoire au XXème siècle. Roger Dacosta. 1981.

3. George Levy, René Frydman, Hervé Fernandez, Jean-Marc Ayoubi, Marie-José Keller, Sophie Guillaume, et al. Des maisons de naissance hospitalières : en France aussi ? - Libération [Internet]. Libération. 2012 [cité 2 mai 2014]. Disponible sur: http://www.liberation.fr/societe/2012/07/19/des-maisons-de-naissance-hospitalieres-en-france-aussi_834412

4. Pierre Goubert, Daniel Roche. Les français et l'Ancien Régime. Paris: Armand Colin; 2001. 383 p.

5. Pierre Goubert. Initiation à l'histoire de France. Fayard. 2013. 455 p.

6. Angélique Marguerite Le Boursier du Coudray. Abrégé de l'art des accouchements avec plusieurs observations sur des cas singuliers. 1759.

7. Alain Croix, Jean Quiénart. Histoire culturelle de la France : de la Renaissance à l'aube des Lumières. le Seuil. 1997. 405 p.

8. Yvonne Knibiehler, Paul Cesbron. La naissance en Occident. Albin Michel. 2004. 360 p.

9. Sophie Cassagnes-Brouquet. La vie des femmes au moyen-âge. Ouest-France. 2010. 127 p.

10. Michel Fleury, Pierre Valmary. Les progrès de l'instruction élémentaire de Louis XIV à Napoléon III, d'après l'enquête de Louis Maggiolo (1877-1879). Population. 1957;(1):71‑92.

11. Anita Fage. Les doctrines de population des Encyclopédistes. Population. 1951;(4):609‑24.

12. Jacques Gélis. L'arbre et le fruit. Fayard. Paris; 1984. 611 p.

13. Atlas de l'Histoire de France. Editions de la Librairie Académique Perrin. Paris; 1996. 248 p.

14. Jacques Gélis. La sage-femme ou le médecin. Une nouvelle conception de la vie. Fayard. Paris; 1988. 560 p.

15. Madeleine Coulon-Arpin. La maternité et les sages-femmes : de la préhistoire au XXème siècle. Roger Dacosta. 1981.

16. Marie-France Morel. Histoire de la naissance en Occident (XVIIe - XXe siècles) [Internet]. Société d'Histoire de la naissance. 2011 [cité 20 nov 2013]. Disponible sur: http://www.societe-histoire-naissance.fr/spip.php?article2

17. Jean-Charles Sournia. Histoire de la médecine. La Découverte. 1997. 358 p.

18. Gustave Joseph Witkowski. Accoucheurs et sages-femmes célèbres : esquisses biographiques. 1891.

19. Siebold, Herrgott. Essai d'une histoire de l'obstétricie. G. Steinheil. Paris; 1891.

20. Marguerite Du Tertre. Instruction familière et très facile, faite par questions et réponses touchant toutes les choses princupales qu'une sage-femme doit savoir pour l'exercice de son art. deuxième. 1710.

21. François Mauriceau. Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont nouvellement accouchées. deuxième. 1674.

22. Pascale Wester. Marguerite-Angélique Le Boursier Du Coudray [Internet]. CHU de Nantes. 2011 [cité 26 avr 2015]. Disponible sur: http://www.chu-nantes.fr/marguerite-angelique-le-boursier-du-coudray-26519.kjsp

23. Louise Bourgeois. Observations diverses sur la stérilité, perte de fruits, fécondité, accouchements et maladies des femmes et enfants nouveaux-nés. 1609. 490 p.

24. André Levret. L'Art des accouchements, démontré par des principes de physique et de méchanique ; pour servir d'instruction et de base à des leçons particulières. Paris: Frères Didot Le Jeune; 1766. 479 p.

25. Jacques Guillemeau. De l'heureux accouchement des femmes où il est traité du gouvernement de leur grossesse, de leur travail naturel et contre nature. 1609.

26. Gervais de la Touche. L'industrie naturelle de l'enfantement contre l'impéritie des Sages - femmes. Paris; 1587.

Résumé

Le travail présenté dans ce document a pour but de mieux comprendre comment les hommes se sont fait une place dans le monde de l'obstétrique. Pour cela nous avons étudié six ouvrages entre le début du XVIIème siècle et la fin du XVIIIème siècle, trois de sages-femmes et trois de chirurgiens accoucheurs. La mise en parallèle de ces ouvrages a fait apparaître que les sages-femmes avaient su faire évoluer leurs méthodes mais les connaissances des chirurgiens était plus étendues. De plus, les accoucheuses bien formées étaient peu nombreuses. Ces deux siècles n'étaient que le commencement d'une mutation auprès des femmes en couches qui aboutira à la médicalisation au XIXème siècle.

The purpose of this work is to understand how men could have a place in obstetric. We read three midwives' books and three surgeons' books. The dynamic between these books shows that midwives have been able to develop their methods but surgeons had deeper knowledge. Plus, there were only a few well-trained midwives. These two centuries were just the beginning of transformations around women in labour, which led to medicalization during the 19th century.

Mots-clés : sage-femme, chirurgien, XVIIème siècle, XVIIIème siècle

Pages : 29

Annexes : 2

Références bibliographiques : 26