



HAL
open science

Histoire des acteurs, croyances et pratiques autour de la santé des femmes au fil de l'ère médiévale dans l'Europe chrétienne

Diane Chaudonneret Croquette

► To cite this version:

Diane Chaudonneret Croquette. Histoire des acteurs, croyances et pratiques autour de la santé des femmes au fil de l'ère médiévale dans l'Europe chrétienne. Gynécologie et obstétrique. 2023. dumas-04264846

HAL Id: dumas-04264846

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04264846>

Submitted on 30 Oct 2023

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'État de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

UNIVERSITÉ PARIS CITÉ

Faculté de santé

UFR de Médecine

École de Sages-Femmes Baudelocque

Mémoire de Diplôme d'État de Sage-Femme

Présenté et soutenu publiquement le : 11 mai 2023

Par

Diane CHAUDONNERET CROQUETTE

**Histoire des acteurs, croyances et pratiques autour de la santé
des femmes au fil de l'ère médiévale dans l'Europe chrétienne**

DIRECTRICE du mémoire
Olivia Anselem

Docteure en gynécologie-obstétrique

JURY

Mme Aude Almeras

Sage-femme, présidente de l'ordre départementale
des sages-femmes du 95

Mme Céline Vicrey

Sage-femme Réseau RSPP

Mme Sylvie Duquenois

Sage-femme enseignante

Mémoire N°2023PA05MA09

Remerciements

Je tiens en premier lieu à remercier le Dr Olivia Anselem, ma directrice de mémoire qui a pris tant de temps pour m'orienter et me conseiller dans l'écriture de ce mémoire.

Je remercie également le Dr agrégé d'histoire Nathalie Sage Pranchère ; le Dr Laetitia Loviconi, maîtresse de conférences EPHE en histoire ; Mme Priscille Sauvegrain, sage-femme, enseignante et chercheuse à la Pitié-Salpêtrière, Rachel Mazuy, chercheuse associée à l'Institut d'Histoire du Temps Présent et enseignante à Sciences Po Paris et le professeur Claude Harel, responsable du DU d'histoire de la médecine à l'Université Paris Cité pour leur aide et leurs précieux conseils.

Enfin, je n'aurais jamais pu arriver à ce stade de la formation de sage-femme ni écrire ce mémoire sans le soutien infaillible, les conseils et les coups de collier de mes proches.

Qu'il s'agisse de mes amies et camarades de promotion encore à Baudelocque, Kenza, Charlotte et Céline, de celles qui nous ont malheureusement quittées (nos deux Inès préférées et Célia) ou de ma famille (en particulier mes parents et grands-parents), ce travail vous est dédié !

Histoire des acteurs, croyances et pratiques autour de la santé des femmes au fil de l'ère médiévale dans l'Europe chrétienne

Résumé et indexation en français

Résumé :

Au cours du millénaire qu'a duré l'ère médiévale dans l'Europe chrétienne, les métiers de la santé des femmes ont connu des changements radicaux, tant au niveau de la formation qu'au niveau des soins. La pratique empirique de soignants itinérants fut progressivement régulée avec la création des universités, des guildes professionnelles et de diverses lois, permettant la naissance d'une véritable science médicale. Toutefois, les différents domaines de la santé des femmes restèrent marqués par de nombreuses croyances et pratiques pouvant être qualifiées de superstitieuses, dont certaines ont pu survivre jusqu'à notre époque même au sein de la communauté des professionnels de santé moderne.

Ce mémoire a ainsi pour but d'étudier l'évolution des acteurs, pratiques et croyances de la santé des femmes dans l'Europe chrétienne médiévale.

Mots clés français :

Santé des femmes ; sages-femmes ; obstétrique ; histoire ; grossesse ; superstitions ; chrétienté ; Moyen Âge

Histoire des acteurs, croyances et pratiques autour de la santé des femmes au fil de l'ère médiévale dans l'Europe chrétienne

Résumé et indexation en anglais

Abstract:

During the millennium of the medieval era in Christian Europe, women's health professions underwent radical changes, both in terms of training and health care. The empirical practice of itinerant caregivers was gradually regulated with the creation of universities, professional guilds and various laws, allowing the birth of a true medical science. However, the various areas of women's health remained marked by many beliefs and practices that can be described as superstitious, some of which have survived even in the modern health professional community.

This thesis aims to study the evolution of actors, practices and beliefs of women's health in medieval Christian Europe.

English keywords:

Midwives ; obstetrics ; history ; pregnancy ; superstitions ; Christianity ; middle ages ; women's health

Table des matières

Remerciements.....	3
Résumé et indexation en français	4
Résumé et indexation en anglais	5
Liste des figures	10
Introduction.....	11
Méthodologie	14
1. Axe de l'étude	14
1.1. Problématique	14
1.2. Objectif principal	14
1.3. Objectif secondaire	14
1.4. Axes de recherche	14
2. Matériel et méthode.....	14
2.1. Cadre de l'étude	14
2.2. Recueil de données.....	15
2.3. Biais et limites.....	17
1. Contexte historique et acteurs.....	18
1.1. L'Église chrétienne.....	18
1.1.1. L'influence et le rôle de l'Église dans une Europe en crise	18
1.1.2. La connaissance et la pratique médicales aux mains de l'Église chrétienne au haut Moyen Âge	18
1.1.3. Évolution de l'influence de l'Église sur la médecine au Moyen Âge classique.....	20
1.1.4. Religion chrétienne et sexualité.....	21
1.2. Médecins : d'une formation sommaire à l'enseignement au sein des universités.....	24
1.2.1. Au haut Moyen Âge.....	24
1.2.2. Naissance du système universitaire au Moyen Âge classique en Europe	24
1.2.3. Des universités européennes aux protecteurs et influences multiples.....	24
1.2.4. Un diplôme devenu essentiel pour exercer, mais des conditions d'inscription souvent difficiles.....	25
1.2.5. Les premières universités françaises	25
1.2.6. Les universités italiennes : l'école de Salerne	27
1.3. Remèdes.....	30
1.3.1. De l'utilisation des « simples » au haut Moyen Âge.....	30
1.3.2. ... aux recettes plus complexes les siècles suivants	30
1.3.3. Préparations.....	30

Histoire des acteurs, croyances et pratiques autour de la santé des femmes au fil de l'ère médiévale dans l'Europe chrétienne

1.3.4. Adjuvants au Moyen Âge classique.....	31
1.3.5. Commerce international et nouveaux ingrédients.....	31
1.3.6. Les apothicaires.....	32
1.4. Influence de la médecine arabe.....	33
1.4.1. Un héritage de l'Antiquité gréco-romaine.....	33
1.4.2. Traductions en Europe.....	33
1.5. La dissection.....	34
1.5.1. Les dissections antiques et animales à l'origine de nombreuses erreurs.....	34
1.5.2. Des occasions d'observer privilégiés et souvent manquées.....	34
1.5.3. Les premières dissections humaines au Moyen Âge classique.....	35
1.5.4. Provenance de corps rares et endommagés.....	36
1.5.5. Au sein des universités.....	36
1.5.6. Avis de l'Église.....	37
1.5.7. Les débuts de la médecine médico-légale.....	37
1.5.8. Progrès en anatomie.....	37
2. Place, rôle et formation des sages-femmes.....	41
2.1. Des qualificatifs multiples.....	41
2.2. Les sages-femmes sous le contrôle de la religion chrétienne.....	41
2.3. Au haut Moyen Âge, un héritage séculaire transmis oralement.....	42
2.4. Au Moyen Âge classique, les médecins supplantent les (sages-)femmes dans le suivi de la santé gynécologique.....	42
2.4.1. Des lois réduisant le pouvoir des sages-femmes.....	42
2.4.2. La peur de mourir d'avoir soigné.....	43
2.4.3. Une décrédibilisation du savoir des guérisseuses.....	44
2.4.4. Des soignantes décrédibilisées mais encore nécessaires.....	44
2.5. De véritables professionnelles au bas Moyen Âge.....	44
2.5.1. Des études de maïeutique mieux encadrées.....	44
2.5.2. L'enseignement par les médecins et les chirurgiens.....	45
2.5.3. Codes de déontologie.....	46
2.5.4. Rémunération des acteurs de la naissance.....	46
2.5.5. Les sages-femmes jurées.....	47
2.5.6. Les chasses aux sorcières d'Europe.....	48
3. Les domaines de la santé des femmes : croyances et pratiques.....	51
3.1. Gynécologie.....	51
3.1.1. Des femmes pleines de venin.....	51
3.1.2. Anomalies des règles.....	53

Histoire des acteurs, croyances et pratiques autour de la santé des femmes au fil de l'ère médiévale dans l'Europe chrétienne

3.1.3. Emanations utérines galéniques et hystérie hippocratique.....	54
3.1.4. Pathologies gynécologiques.....	55
3.2. Fertilité dans la société médiévale.....	57
3.2.1. La place et le rôle de la femme dans la société médiévale.....	57
3.2.2. De la nécessité de la naissance d'enfants légitimes au Moyen Âge classique.....	57
3.2.3. Causes d'infertilité.....	57
3.2.4. Méthodes diagnostiques.....	58
3.2.5. Recours contre la stérilité.....	58
3.3. Régulation des naissances.....	60
3.3.1. La régulation des naissances pour dissimuler les relations extra-conjugales.....	60
3.3.2. Un danger pour la société.....	60
3.3.3 Héritage de l'Antiquité.....	61
3.3.4. Contraception.....	62
3.3.5. Avortement.....	64
3.3.6. Exposition et infanticide.....	64
3.4. La grossesse.....	66
3.4.1. Diagnostic de grossesse.....	66
3.4.2. Durée de gestation.....	66
3.4.3. Développement embryonnaire.....	67
3.4.4. Modifications du système sanguin pendant la grossesse.....	67
3.4.5. Déterminer le sexe du fœtus.....	69
3.4.6. Alimentation de la femme enceinte.....	70
3.4.7. Porte-bonheurs ou porte-malheurs.....	71
3.4.8. Des protections sociales pour les femmes enceintes et leur bébé.....	72
3.4.9. Traitements durant la grossesse.....	74
3.5. La naissance.....	75
3.5.1. Représentations.....	75
3.5.2. La place des hommes.....	76
3.5.3. Baptême.....	77
3.5.4. Préparer l'accouchement.....	78
3.5.5. Positions.....	79
3.5.6. Manœuvres et pratiques.....	79
3.5.7. Accoucher dans la douleur.....	83
3.5.8. La césarienne.....	84
3.5.9. La délivrance.....	87
3.5.10. ignes annonciateurs.....	88

Histoire des acteurs, croyances et pratiques autour de la santé des femmes au fil de l'ère médiévale dans l'Europe chrétienne

3.5.11. Postpartum et néonatalogie	90
3.5.12. Alimentation pédiatrique	91
Conclusion	96
Bibliographies	97

Liste des figures

Figure 1 : auteur inconnu, *Prologue des croniques de France : en lostel de Pasquier : Université de Paris*, 1476

Figure 2 : Avicenne, Miniature de l'école de Salerne, le *Canon d'Avicenne*, XI^{ème} siècle

Figure 3 : Maître d'Yvon du Fou, Médecin tenant un urinal et apothicairerie, tiré de *Livre des propriétés des choses* (Barthélémy l'Anglais), Poitiers, fin XV^{ème} siècle

Figure 4 : Maître d'Yvon du Fou, début d'une dissection, tiré de *Livre des propriétés des choses* (Barthélémy l'Anglais), fin XV^{ème} siècle

Figure 5 : Henri de Mondeville, Figure d'anatomie féminine, tirée de *Chirurgie*, vers 1330

Figure 6 : Johann von Ketham, *Tabula tertia de muliere*, tiré de *Fasciculo di medicina*, Venise, 1493

Figure 7 : Léonard de Vinci, *Tabula anatomica e bibliotheca augustissimi Magnae Britanniae Hannoveraeque regis depromta, venerem obversam e legibus naturae hominibus solam convenire, ostendens*, 1452

Figure 8 : Antoine Vérard, Frédégonde faisant brûler des sorcières, tiré des *Grandes Chroniques de France*, Paris, 1493

Figure 9 : Albert le Grand, *De Secretis mulierum*, XIII^{ème} siècle

Figure 10 : auteur inconnu, les points de saignée, tiré de *Recueil de traités de médecine*, France, fin XIII^{ème} siècle

Figure 11 : auteur inconnu, Marie au ventre ouvert, livre de dévotion, Italie, XV^{ème} siècle

Figure 12 : auteur franciscain, Naissance de la Vierge, *Missale ad usum fratrum minorum*, Milan, vers 1385-1390

Figure 13 : auteur inconnu, représentations des mauvaises positions du foetus dans l'utérus, *Collection de traités médicaux*, Nord de la France, deuxième moitié du XIII^{ème} siècle

Figure 14 : Plaetarius, pavot, *Traité des simples médecines*, 1425-1450

Figure 15 : auteur inconnu, *La naissance de César*, tiré de *Les faits des Romains*, France, 1213-1214

Figure 16 : Maître de Boucicaut, Naissance d'un enfant monstrueux, *Trésor des histoires*, Paris, vers 1415

Figure 17 : Maître d'Orose, enfant emmailloté, tiré d'*Histoire ancienne jusqu'à César*, Paris, vers 1400

Figure 18 : Barthélémy l'Anglais, *La mère*, *Livre des propriétés des choses*, XV^{ème} siècle

Introduction

Le domaine de la « santé des femmes » est constitué de plusieurs champs médicaux.

Entres autres, l'obstétrique, issue du latin *obstetrix* (accoucheuse) (2), est la spécialité médicale se concentrant sur la grossesse, les suites de couches, et l'art d'aider les femmes à accoucher. Elle est également connue sous le nom de maïeutique (*maieutiké*, dérivé de Maïa, une déesse de la naissance de la mythologie grecque, dont le nom servait également à désigner les sage-femmes de la Grèce Antique) (3).

La gynécologie, dérivée des termes grecs *gunê* (femme) et de *logos* (science), est quant à elle la branche médicale dédiée à l'étude de la physiologie et au traitement des pathologies de l'appareil génital féminin (4).

La sexualité peut regrouper l'ensemble des procédés physiologiques qui participent au rapprochement physique des individus avec notamment pour but la conception de descendants (5).

De nos jours, la plupart des études historiques sur le domaine de l'obstétrique et sur les sage-femmes portent sur les progrès de cette discipline médicale vers le XVIII^{ème} siècle avec l'intervention d'actrices comme Marie-Louise Lachapelle ou Angélique du Coudray.

Le Moyen Âge en revanche connut une forte régression des connaissances dans les différents domaines scientifiques, en particulier en médecine, par rapport à l'Antiquité. Finalement, après plusieurs siècles marqué par un obscurantisme généralisé et par un manque d'intérêt de la part d'une immense partie de la communauté scientifique, la création de centres d'enseignement (universités de médecine), l'ouverture progressive de la mentalité chrétienne européenne aux connaissances internationales et un encadrement progressif des différentes professions de santé permirent l'émergence d'une véritable science médicale muée par les recherches de nombreux savants et permettant une véritable renaissance du domaine de la santé (des femmes).

On peut ainsi s'interroger sur le domaine de la santé des femmes sur une période de l'Histoire en somme assez peu connue malgré son étalement sur plusieurs siècles, en particulier les nombreuses croyances et pratiques superstitieuses en vogue à l'époque pouvant être encore bien présentes dans l'imaginaire collectif au XXI^{ème} siècle.

En effet, le domaine de la santé des femmes connut une évolution constante en parallèle des changements démographiques, religieux et sociétaux ayant bouleversé l'Europe au cours des siècles, et reste encore aujourd'hui marqué par de nombreuses notions pouvant être qualifiées de « superstitieuses », dont la création et diffusion peuvent être attribuées à différentes influences.

Pour les philosophes romains (Sénèque et Cicéron en particulier) la superstition qualifiait l'ensemble des rites et coutumes déviant du modèle religieux latin polythéiste, et née de l'ignorance et d'une crainte de la nature et des dieux. Selon ces penseurs, seules la philosophie, la théologie et une meilleure compréhension du monde qui nous entoure pouvaient limiter, à défaut de détruire, ces croyances infondées.

Histoire des acteurs, croyances et pratiques autour de la santé des femmes au fil de l'ère médiévale dans l'Europe chrétienne

Ces auteurs qualifiaient alors les croyances des religions chrétiennes et judaïques de superstitieuses, car non conformes au modèle traditionnel romain et donc effrayantes. Avec la montée du christianisme en Europe au cours du premier millénaire de notre ère, l'Église chrétienne contribua à son tour à décrédibiliser et condamner les cultures ne correspondant pas à son dogme (6).

Augustin d'Hippone (évêque au V^{ème} siècle) regroupa ainsi sous le terme de superstitions la divination, l'idolâtrie, la démonologie, les arts magiques, haruspices et augures, remèdes et amulettes en tous genres (7). Ces domaines sont toutefois encore aujourd'hui considérés dans certaines cultures comme des sciences à part entière, ayant une place dans la pratique médicale, et dont même des études scientifiques poussées n'ont pu totalement venir à bout (8).

Au XVIII^{ème} siècle, les philosophes des Lumières décrivaient les superstitions comme l'explication divine et sans valeur des phénomènes inexplicables en opposition avec la raison, tandis qu'au XIX^{ème} siècle on la définissait comme l'adoration de faux dieux et d'idoles (9).

La superstition peut donc être généralement rattachée à la peur des religions ou cultures différentes de la nôtre.

Plus récemment, le psychologue Stuart A. Vyse (1950-...) (10) expliquait que ces superstitions résultaient de processus psychologiques de l'espèce humaine visant à trouver des causes parfois irrationnelles, voire surnaturelles et mystiques, sans base scientifique, à des phénomènes autrement inexplicables et pouvant donc représenter une menace invisible, en particulier dans le domaine médical, autour des maladies, de la naissance ou de la mort (8). Les superstitions donneraient ainsi un faux sentiment de compréhension, de connaissance et de contrôle de notre environnement (9).

De tous temps, les Hommes ont ainsi inventé des explications, pratiques et rites pour se protéger, se soigner et se rassurer face à des ennemis invisibles et incompréhensibles. En médecine notamment, ces croyances et pratiques aujourd'hui considérées comme fausses, voire dangereuses, ayant depuis pu être réfutées par des expériences scientifiques fiables ont constitué pendant longtemps une part importante de la science médicale quotidienne, et se basaient fortement sur le mystique avec le recours aux prières pour soigner notamment. Notons que les progrès de la science moderne n'ont pourtant pas pu mettre totalement fin aux superstitions et pratiques aux preuves douteuses datant parfois de plusieurs siècles, comme en témoigne l'existence de nos jours de pratiques comme l'homéopathie et l'astrologie (8).

J'ai donc choisi de réaliser mon travail de recherche de fin d'études sur le vaste sujet de la santé des femmes au cours de l'ère médiévale. Cette étude est restreinte à l'Europe chrétienne et ne traitera que du Moyen Âge. En effet, étant donné la grande quantité d'informations récoltées sur les pays de confession majoritairement chrétienne sur cette période, il aurait été difficile d'effectuer le même travail de recherche pour les pays de confession majoritairement juive ou musulmane, puis de comparer ces cultures très différentes dans le cadre d'un mémoire de fin d'études.

Au cours de ce mémoire, on cherchera donc à décrire l'origine et l'évolution des acteurs de la santé des femmes, leurs croyances, pratiques et rôles dans la société médiévale chrétienne européenne.

Notre première partie s'intéressera au contexte historique (grands événements historiques, multiples acteurs et tournants de la science médicale), la deuxième à l'évolution de la profession de « sage-femme » au cours de cette période d'étude et la dernière aux différents champs médicaux de la santé des femmes ainsi que les théories et les pratiques les entourant selon les différentes époques de

Histoire des acteurs, croyances et pratiques autour de la santé des femmes au fil de l'ère médiévale dans l'Europe chrétienne

l'ère médiévale, à savoir le haut Moyen Âge (476-987), le Moyen Âge classique (987-1300 environ) et le bas Moyen Âge (1300-1500 environ).

Méthodologie

1. Axe de l'étude

1.1. Problématique

Au cours de ce mémoire, on cherchera à décrire l'évolution du domaine de la santé des femmes, de ses acteurs, pratiques et des croyances l'entourant au cours du Moyen Âge dans les pays européens de confession majoritairement chrétienne.

1.2. Objectif principal

L'objectif principal est d'identifier les différents acteurs de la santé des femmes, leur place, leur rôle et leur évolution au cours du Moyen Âge et d'étudier les divers domaines de la santé des femmes sur cette période, leurs pratiques et les croyances les entourant au fil des siècles médiévaux.

1.3. Objectif secondaire

On cherchera également à comprendre l'influence de ces acteurs dans l'évolution (en bien ou en mal) de la science médicale de leur époque, dans la création de croyances et pratiques parfois superstitieuses, dans leur popularisation et pérennisation sur plusieurs siècles et à identifier des événements historiques et scientifiques ayant pu jouer un rôle important dans les progrès autour de la santé des femmes.

1.4. Axes de recherche

On se concentrera sur trois axes de recherche majeurs constituant nos trois parties pour répondre à la problématique et aux objectifs :

- _l'influence de la médecine gréco romaine et arabe sur la science médicale médiévale ;
- _l'institutionnalisation des études de santé, avec la création de lieux de formation (universités) ;
- _des pratiques qui ont permis une meilleure connaissance anatomique et physiopathologique de l'être humain (dissection).

2. Matériel et méthode

2.1. Cadre de l'étude

Histoire des acteurs, croyances et pratiques autour de la santé des femmes au fil de l'ère médiévale dans l'Europe chrétienne

Il s'agit d'une étude qualitative historique descriptive de données.

Elle porte sur la lecture de documents (mémoires, thèses, articles, livres) traitant de la santé des femmes dans les pays européens (au sens géographique du terme) de confession majoritairement chrétienne au cours de l'ère médiévale.

Les critères de sélection des sources ont permis sélectionner celles :

_ apportant des données sur la santé des femmes (gynécologie, conception, régulation des naissances, grossesse, accouchement, post-partum), ses acteurs, ses pratiques, les croyances y étant associées et leur évolution ;

_ traitant des pays européens de confession majoritairement chrétienne ;

_ traitant du Moyen Âge ;

_ dont les titres comprenaient une série de mots-clés entrés dans diverses bases de données comme «naissance/birth/childbirth», «accouchement/delivery », « Moyen Âge/Middle Ages », « contraception », « avortement/abortion », « sage(s)-femme(s)/midwife(s) », « césarienne/cesarean », «Antiquité/Antiquity », « Hippocrate », « allaitement/breastfeeding », « superstition(s) », « enfant/child », « lune/moon », « sorcière/witch », « witchcraft/sorcellerie », « fécondité/fecundity », « universités/universities », « mariage/marriage », « sexualité/sexuality », « grossesse/pregnancy », « médecine/medicine », « bébé/baby », « placenta », « église/church », « astrologie/astrology », « croyances médicales/medical beliefs », « magie/magic », « conception », « régulation des naissances /birth regulation », etc. ;

_ ou mentionnés dans la bibliographie des documents précédemment étudiés ;

_ écrits et publiés au Moyen Âge par des scientifiques de l'époque (Trotula de Salerne, Barthélémy l'Anglais, Hildegarde de Bingen, etc) ;

_ ou écrits à l'époque moderne par des historiens reconnus et traitant de notre domaine d'étude ;

_ en français ou en anglais modernes.

2.2. Recueil de données

Ce travail de recherche est basé sur un corpus de textes non exhaustif réalisé d'octobre 2021 à mars 2023.

En premier lieu, j'ai contacté le professeur Claude Harel de l'Université de Paris. Il m'a orientée vers le Dr Anselem, gynécologue-obstétricienne à la maternité Port-Royal et enseignante en histoire de l'obstétrique à l'Université Paris Cité, le Dr Laetitia Loviconi, maîtresse de conférences EPHE en histoire et Mme Priscille Sauvegrain, sage-femme, enseignante et chercheuse à la Pitié-Salpêtrière, qui m'ont ensuite mise en communication avec le Dr en histoire Nathalie Sage Pranchère. J'ai également fait appel à une connaissance, Rachel Mazuy, chercheuse associée à l'Institut d'Histoire du Temps Présent et enseignante à Sciences Po Paris.

Histoire des acteurs, croyances et pratiques autour de la santé des femmes au fil de l'ère médiévale dans l'Europe chrétienne

Ces personnes ressources m'ont conseillé diverses ressources littéraires couvrant mes domaine, période et zone d'étude. Je me suis ensuite référée à leurs bibliographies respectives pour enrichir ma recherche.

En parallèle de ces recommandations, une recherche de mots-clés en français et en anglais a été effectuée au sein d'une série de bases de données : Cairn, CisMef, EBSCOhost, Pubmed, Google Livre (<https://books.googleusercontent.com>), Persée, Hal (Dumas, archives ouvertes et Université de Paris), JSTOR, Medica (<https://www.biusante.parisdescartes.fr/histoire/medica/index.php>), MeshDatabase, les catalogues de la Bibliothèque Nationale de France (<https://gallica.bnf.fr>), de l'Hôpital du Val-de-Grâce et de l'Université Paris Cité principalement.

Pour consulter les ressources papier, j'ai principalement eu recours aux collections de la Bibliothèque Santé Médecine de l'Université de Paris, dans le VI^{ème} arrondissement, accessible notamment aux étudiants de l'Université. On peut d'abord consulter la base de données de cette bibliothèque (en recherchant un document en particulier ou en entrant des mots-clés dans le moteur de recherche), on remplit une fiche de demande indiquant le titre, l'année de publication, l'auteur et la cote du document pour la rendre à un des archivistes qui ira ensuite chercher le document dans le magasin. Il faut ensuite attendre une quinzaine de minutes pour que l'ouvrage soit disponible. Si la prise de notes (par ordinateur ou par écrit), les photos et les photocopies des documents sont possibles, il est toutefois impossible de sortir ces ouvrages de l'enceinte de la bibliothèque, et ceux ayant été publiés avant 1930 sont consultables uniquement au bureau central de la bibliothèque.

J'ai consulté quelques documents des collections de la Bibliothèque centrale de l'Ecole du Val-de-Grâce. A condition d'être inscrit à cette bibliothèque il est possible d'emprunter et de ramener pour deux semaines des documents à notre domicile s'ils ont été publiés après 1960. Comme pour la Bibliothèque Santé Médecine, on peut rechercher les documents via la base de données de cet établissement sur un de leurs ordinateurs pour s'enquérir de sa localisation (en rayon ou dans les réserves), et au besoin remplir une fiche de demande pour qu'un des bibliothécaires puisse aller le chercher dans les archives pour nous le rapporter quelques minutes plus tard. Il était possible de mettre de côté nos emprunts pour revenir les consulter plus tard.

Pour les illustrations, j'ai utilisé les banques d'images de la Bibliothèque Nationale de France (<https://images.bnf.fr/#/home/>) ou la bibliothèque numérique Médica (<https://www.biusante.parisdescartes.fr/histoire/medica/index.php>).

En tout, une centaine de livres, mémoires, thèses, articles et autres a ainsi été retenue. Pour chaque document consulté, des fiches de lecture rassemblant uniquement les données me paraissant potentiellement utiles pour mon étude ont été rédigées numériquement.

À l'issu de ce recueil de données, les informations de chaque fiche ont été triées une par une et classées dans des dossiers séparés en trois grandes catégories qui ont ensuite constitué les trois parties de ma rédaction :

Histoire des acteurs, croyances et pratiques autour de la santé des femmes au fil de l'ère médiévale dans l'Europe chrétienne

_contexte historique (Eglise chrétienne, médecins, universités, influence de la médecine internationale, etc.) ;

_sages-femmes ;

_domaines de la santé des femmes (conception, régulation des naissances, grossesse, accouchement, etc.).

Enfin, les données de chaque partie furent redivisées en plusieurs groupes correspondant aux sous-parties, et enfin classées et rédigées par ordre chronologique.

2.3. Biais et limites

Plusieurs difficultés ont émergé dans la collecte et l'étude des documents de ce corpus :

_ la barrière linguistique (biais de sélection) : je n'ai pu utiliser que les textes en anglais et français modernes. Les nombreux écrits en langues étrangères, ou en latin et français/anglais médiéval ne m'étaient donc pas accessibles ;

_ le biais de publication : un grand nombre de données concernant certaines périodes de mon étude (le haut Moyen Âge tout particulièrement) n'a en fait été écrit que plusieurs siècles après l'époque qu'elles décrivaient. Pendant longtemps, la plupart des auteurs ont de plus été presque exclusivement de sexe masculin, malgré l'absence quasi-totale de ce genre dans les domaines de la santé des femmes pendant une grande partie de l'ère médiévale. Cette étude a donc été rendue compliquée par une insuffisance des données historiques fiables pour certaines époques, majorée par une perte d'une partie des documents ;

_de nombreuses ressources consultées dans le cadre de ce mémoire couvraient plusieurs époques historiques en plus du Moyen Âge, et la quantité de données pouvant m'être utiles pour ma période d'étude par document était donc la plupart du temps assez limitée.

1. Contexte historique et acteurs

1.1. L'Église chrétienne

1.1.1. L'influence et le rôle de l'Église dans une Europe en crise

Après la chute de Rome en 476 ap. J-C, les invasions barbares à répétition et les grandes vagues d'épidémies (en particulier la peste de Justinien du VI^{ème} au VIII^{ème} siècle qui fit entre 25 et 100 millions de victimes), les anciennes institutions sociales, économiques et religieuses étaient réduites à néant. On assista alors à un déclin majeur des villes et à un isolement des communautés les unes des autres (11).

L'Église chrétienne était alors déjà clairement hiérarchisée, dirigée par le pape et ses évêques. Elle pouvait apparaître aux yeux de la population déboussolée comme une structure stable vers laquelle se tourner (12). Pour renforcer son pouvoir, le roi Clovis I^{er} au VI^{ème} siècle s'allia ainsi aux puissants évêques du nord de la Gaule. En échange de sa conversion au christianisme, il gagna le soutien de l'Église qui en profita pour s'implanter fermement dans le reste du royaume. Les ecclésiastiques devinrent très respectés, et leur vision influença énormément celle du reste du peuple sur les notions de vie, de mort et de nature (13).

Les personnes continuant à adorer les divinités considérées comme païennes par la chrétienté furent accusées d'hérésie et poursuivies. Toutefois, une partie des connaissances et pratiques, notamment celtes et gauloises dans le domaine de la santé survécurent à cette purge mise en œuvre par les autorités religieuses, et certaines se mêlèrent à celles des chrétiens ou à celles de l'Antiquité (14).

1.1.2. La connaissance et la pratique médicales aux mains de l'Église chrétienne au haut Moyen Âge

1.1.2.1. Protection et reproduction du savoir médical

Entre les III^{ème} et XII^{ème} siècles, les barbares ravagèrent les bibliothèques d'Europe, et les ouvrages de médecine hérités de l'Antiquité n'échappèrent pas à la destruction et au pillage (15). Les monastères européens tentèrent de sauvegarder dès le V^{ème} siècle autant d'écrits des anciens grecs et latins que possible, et une partie de ces manuscrits put également être rapportée au Moyen-Orient où elle fut étudiée au sein des universités (14).

Les auteurs chrétiens des siècles suivants se basaient énormément sur ces théories antiques, en particulier dans le domaine de la santé des femmes (16). Cependant, les dirigeants chrétiens jugeaient un grand nombre de ces idées gréco-romaines comme hérétiques et dangereuses, allant jusqu'à l'autodafé. Une large part des écrits antiques fut ainsi perdue dès le début du Moyen-Âge (12). Ceux qui échappèrent à la destruction furent étudiés et copiés par les moines. Malheureusement,

Histoire des acteurs, croyances et pratiques autour de la santé des femmes au fil de l'ère médiévale dans l'Europe chrétienne

chaque copiste ajoutait ses propres commentaires et interprétations à ceux de ses prédécesseurs, déformant de plus en plus le texte original (7).

Ces documents quittaient très rarement l'enceinte des bibliothèques monastiques, ils étaient donc peu consultables par les guérisseurs laïcs (17). Ils étaient de plus retranscrits la plupart du temps en latin, et n'étaient donc pas accessibles à la lecture et à la compréhension par la population générale, encore moins à la compréhension des femmes puisque la plupart étaient alors analphabètes. Ainsi, très peu de traces nous sont parvenues concernant les soins dispensés par les nonnes en comparaison avec les religieux masculins, plus fréquemment instruits. Ces derniers étaient cependant défavorisés également, car, étant privés de tout contact féminin, ils ne pouvaient pas mettre en pratique les théories en santé génésique qu'ils étudiaient.

Durant le haut Moyen Âge, les couvents et monastères eurent rarement l'occasion d'échanger entre eux, ou même avec d'autres personnes habituées à délivrer des soins (16). Il fallut attendre plusieurs siècles avant que les échanges matériels et culturels augmentent à travers l'Europe, favorisant un partage des connaissances médicales entre les différents prieurés (18).

Malgré la création par Charlemagne au VIII^{ème} siècle d'écoles de médecine pour les membres du clergé, les connaissances en anatomie restaient maigres. La dissection était en effet très rarement pratiquée au début du Moyen Âge en Europe, car elle était considérée comme sacrilège au sein de la chrétienté. Certains auteurs reproduisirent toutefois des dessins de dissections antiques, comme Moschion au VI^{ème} siècle, qui reprit notamment les travaux de Soranos d'Ephèse, un médecin méthodiste gréco-romain du II^{ème} siècle ap. J-C ayant produit un grand nombre d'écrits sur la santé des femmes, en particulier dans son *Traité des maladies des femmes* sur la physiologie et la pathologie obstétricales.

Toutefois, ces illustrations étaient souvent victimes, tout comme les textes écrits, de traductions et interprétations personnelles successives de qualité variable. Les copistes ne pratiquaient en effet pas eux-mêmes la dissection (14).

1.1.2.2. Dispensation des soins

Les moines chrétiens endossèrent longtemps à la fois les rôles d'apothicaires (*apothecarii*) et de médecins (*physici*) (14). Au sein des couvents, les nonnes géraient également des hospices et y pratiquaient un peu de médecine et de chirurgie (19).

Les soins étaient en général basés sur l'utilisation de « simples » (des plantes médicinales traditionnelles), cultivées dans les *Herbularii* (20) selon la règle de Saint Augustin de toujours maintenir une réserve de plantes médicinales (15). Les hospices tenaient fréquemment des journaux de botanique basés sur leur pratique personnelle, ils ne traitaient donc la plupart du temps que d'ingrédients cultivables sur place (21).

Le peuple n'accordait que peu de confiance à la médecine et aux remèdes souvent très coûteux dispensés au sein des abbayes. Les religieux n'hésitaient en effet pas à se faire rémunérer grassement, comme en témoigne l'ordonnance faite par le pape Pélage II au VI^{ème} siècle visant à interdire le négoce aux ecclésiastiques. Il n'y avait pourtant que peu d'autres possibilités : les guérisseurs locaux, dont l'art était basé sur une pratique empirique plutôt que théorique se reposaient également beaucoup sur la « magie », et délivraient des remèdes aux dosages douteux. Ils étaient de plus accusés d'aller à

Histoire des acteurs, croyances et pratiques autour de la santé des femmes au fil de l'ère médiévale dans l'Europe chrétienne

l'encontre du dessein divin ou encore de sorcellerie par l'Église, en particulier les femmes, prétendument faibles face aux tentations et globalement discriminées pendant des millénaires (12).

1.1.2.3. Fermeture d'esprit de l'Église à la recherche médicale

L'Église chrétienne considéra pendant une grande partie de l'ère médiévale que la recherche de connaissances ou d'explications aux maladies était un blasphème. Certains comme Saint Augustin (IV^{ème} siècle) tentèrent bien de réconcilier la chrétienté avec le principe de la médecine empirique pratiquée au cours de l'Antiquité (13), mais dans l'ensemble la science médicale stagna en Europe pendant des siècles, avec une quasi absence de nouveaux écrits.

Le domaine médical était également fortement imprégné de notions de châtement divin ou démoniaque, et de guérison par la prière.

1.1.3. Évolution de l'influence de l'Église sur la médecine au Moyen Âge classique

1.1.3.1. Un retrait progressif de l'Église de la pratique médicale...

Les autorités chrétiennes redoutaient que le clergé ne bascule dans l'avarice et la cupidité (par la rémunération des soins médicaux) au détriment de ses devoirs envers Dieu et le peuple (18). Des lois issues notamment des conciles de Clermont en 1130, de Reims en 1131, et de Latran en 1139 interdirent ainsi progressivement aux membres de l'Église chrétienne la pratique de la médecine et de la chirurgie (22). Les instances religieuses auraient ainsi également déclaré vers la même époque «*ecclesia abhorret a sanguine* » (l'Église a horreur du sang), qui pouvait traduire la volonté de la papauté que le clergé ne pratique pas la chirurgie (19).

Certains contrevenants poursuivirent toutefois leurs expériences de recherche médicale personnelles, avec des résultats plus ou moins heureux. Le bénédictin Basile Valentin d'Erfurt mit notamment au point une panacée composée d'antimoine (un composé dont les effets se rapprochent de ceux de l'arsenic) qu'il testa sur les membres de son monastère, ce qui causa chez un grand nombre d'entre eux l'apparition d'irritations oculaires et cutanées, ainsi que des maladies pulmonaires, cardiaques, des diarrhées, des vomissements ou encore des ulcères gastriques (23).

Les religieux chrétiens n'eurent généralement plus qu'une influence directe très modérée sur la science médicale à partir de la fin du XII^{ème} siècle (14). Les nonnes restèrent toutefois reconnues pour les soins légers qu'elles apportaient aux malades et aux indigents, et les couvents aussi bien que les monastères continuèrent de cultiver les simples nécessaires aux divers traitements (12).

1.1.3.2. ... mais une influence persistante sur les soins médicaux et ceux les délivrant

Les religieux chrétiens tenaient toutefois à rester auprès des patients, parfois au détriment de leur santé. Le concile de Canterbury de 1236 prescrivait ainsi que le « médecin des âmes » (le prêtre) soit appelé en priorité (avant le vrai médecin) si le pronostic vital d'une personne était engagé (24), et les médecins perdirent le droit de soigner un patient refusant de se confesser (12).

Histoire des acteurs, croyances et pratiques autour de la santé des femmes au fil de l'ère médiévale dans l'Europe chrétienne

Les ecclésiastiques entendaient également réguler la pratique des sages-femmes, et le concile de Sens en 1212 interdisait notamment aux sages-femmes ou aux nourrices chrétiennes d'aider les femmes juives à accoucher ou à nourrir leur bébé, par crainte que les chrétiennes ne soient perverties par des croyances hérétiques (25).

La médecine était alors un mélange d'étude du cosmos, d'alchimie, de religion et de science (19), et l'Église continua notamment de propager l'idée que les maladies, anomalies corporelles ou mentales, etc. étaient des punitions divines ou démoniaques. Une femme mettant au monde un bébé déformé était ainsi accusée d'avoir forniqué avec les démons et risquait le bûcher (14).

1.1.3.3. Les débuts de l'Inquisition papale et des chasses aux sorcières

La haine de l'Église chrétienne à l'encontre des opposants à sa doctrine, ainsi que pour les connaissances de ces derniers, atteignit notamment des sommets au XIII^{ème} siècle. En 1234, Innocent IV créa l'Inquisition papale, autorisée à arrêter et torturer les hérétiques. Tous ceux pratiquant des religions différentes, vivant retirés du reste de la communauté (les femmes isolées, veuves, plus ou moins âgées étaient souvent considérées comme des « sorcières »), ou prodiguant un savoir ou encore des soins interdits risquaient alors d'être poursuivis par les inquisiteurs fanatiques. Les connaissances que ces victimes auraient pu transmettre furent ainsi discriminées, et souvent détruites ou perdues.

Cette influence obscurantiste de l'Église dans le domaine de la santé fut toutefois fortement critiquée par certains auteurs comme Arnaud de Villeneuve (1240-1311), un médecin de Valence qui fut un des pionniers de l'enseignement de la médecine universitaire en Europe (19).

1.1.4. Religion chrétienne et sexualité

1.1.4.1. Jours interdits

Les autorités chrétiennes établirent au cours de la période médiévale des jours où les rapports sexuels, même au sein d'un couple marié, étaient interdits et susceptibles de nuire aux contrevenants. Jonas d'Orléans, évêque franc au VIII^{ème} -IX^{ème} siècle, lista ces jours dans son (*Instruction des laïcs*) *De institutione laicali*. Les rapports avant le rituel de purification des relevailles, le dimanche, les jours fériés ou encore pendant la grossesse étaient selon lui prohibés, et passaient pour rendre les hommes stériles, ou être responsables de la naissance de bébés mal formés, mort-nés, lépreux ou encore débiles (26) au moins jusqu'au XIII^{ème} siècle (27).

Les rapports pendant les jours de règles étaient quant à eux censés mener à la conception de bébés idiots, malades, ou pire, roux (et donc porteurs de malheur) (14), et on pensait que l'homme risquait d'être contaminé par ce sang considéré comme impur et dangereux de l'Antiquité au XVI^{ème} siècle. Des auteurs comme Saint Jérôme au IV^{ème} siècle considéraient ainsi que les relations sexuelles pendant les jours de menstruations ne pouvaient pas rester impunis : « les hommes doivent s'abstenir des femmes [pendant leurs règles] parce que seront conçus des enfants privés de membres, des aveugles, des boiteux, des lépreux, afin que les parents n'ayant pas rougi de s'unir dans la chambre conjugale, leurs péchés soient manifestes tous et dénoncés dans leurs petits ».

Histoire des acteurs, croyances et pratiques autour de la santé des femmes au fil de l'ère médiévale dans l'Europe chrétienne

Au Moyen Âge classique, des auteurs comme Bernard de Gordon (médecin à Perpignan, et partisan de la médecine empirique ou *artificia*, 1250-1310) étaient du même avis : « on ne doit point habiter [...] les femmes qui sont menstrueuses » (27).

Au XIV^{ème} siècle en Norvège, la loi de Borgarthing allait jusqu'à interdire les rapports sexuels environ 228 jours par an (28).

1.1.4.2. Une condamnation de la luxure

Les rapports sexuels visant uniquement à satisfaire la luxure des parents (sans intention de procréer) étaient très mal vus par les autorités religieuses, et passibles de peines lourdes comme des périodes prolongées de jeûne, une amende, voire l'excommunication (7). Les saints Augustin et Bonaventure entre autres les considéraient même comme un péché mortel, car ils représentaient selon eux un amour excessif pour la femme au détriment de l'amour dû à Dieu (23).

Le concile de Worms de 868 rappelait ainsi que les rapports sexuels ne servaient qu'à la reproduction, et étaient donc inutiles si une grossesse était déjà en cours (16).

Au Moyen Âge classique, la plupart des théologiens étaient également opposés aux rapports sexuels en cours de grossesse. Pour certains comme Alexandre de Halès en 1240, ils constituaient un péché mortel dans la mesure où ils pouvaient, selon lui, faire courir un danger au fœtus. Pour Thomas d'Aquin, ces rapports pouvaient également abîmer la poche des eaux (29).

D'autres auteurs avaient un avis moins tranché, et considéraient que ces rapports péri gestationnels ne constituaient une faute que sur certaines périodes, très variables selon les textes. Buchard de Worms au XI^{ème} siècle en particulier écrivait : « T'es-tu accouplé avec ton épouse après qu'une conception fût manifeste ? Tu feras pénitence dix jours au pain et à l'eau. T'es-tu accouplée avec ton épouse après que l'enfant ait remué dans l'utérus ? Ou du moins quarante jours avant l'accouchement ? Si tu l'as fait, tu feras pénitence vingt jours au pain et à l'eau » (30).

1.1.4.3. Pratiques sexuelles « déviantes »

L'Église réprouvait en outre fermement des pratiques sexuelles qu'elle jugeait immorales, notamment listées au cours du diocèse de Cambrai de 1300. Les prêtres pénitenciers, les curés voire les évêques étaient chargés de rechercher et juger entre autres ces péchés de nature sexuelle en fonction de leur gravité (31).

Bernard de Gordon écrivait ainsi à propos des pénétrations anale et orale que « [l'homme] doit habiter et répandre sa semence en la matrice et non en autre trou selon la loi de Dieu et de la nature » (27). Les « pollutions manuelles ou mentales » (lecture de livres considérés comme impudiques, pensées luxurieuses, etc), le coït interrompu ou l'homosexualité étaient jugées parfois aussi sévèrement que l'inceste (17).

Les positions sexuelles étaient également très limitées, puisque seules celles où la femme était « passive » et en-dessous de son mari étaient acceptables. La position *more canino* (« levrette ») était considérée comme une insulte au genre humain. Thomas Sanchez disait ainsi au XVI^{ème} siècle que « puisque la nature prescrit ce mode aux bêtes, l'homme qui en prend le goût devient semblable à elles

Histoire des acteurs, croyances et pratiques autour de la santé des femmes au fil de l'ère médiévale dans l'Europe chrétienne

». La position *mulier super virum* (ou « position dorsale », quand la femme est au-dessus) était encore plus grave, car elle était d'une part censée permettre à la femme de dominer l'homme, ce qui était vu comme contre nature (32), et n'aurait de plus pas favorisé la conception, en mettant la matrice sens dessus dessous, en compliquant le trajet de la semence vers l'utérus, voire en causant des lésions des organes génitaux (27).

1.1.4.4. *Une perception de la sexualité en transition*

De nouvelles idées sur la sexualité commencèrent à émerger, même chez les représentants de la religion chrétienne, au cours du bas Moyen Âge. Martin Le Maistre (1432-1481), confesseur de Louis XI, commença notamment à s'appuyer sur des théories aristotéliennes pour mieux distinguer la sexualité à visée procréative de la sexualité humaine en général. Il considérait, contrairement à la plupart de ses prédécesseurs et contemporains, cette dernière comme acceptable voire louable. Il s'opposait ainsi aux théories de Saint Thomas entre autres, puisque ce dernier basait sa doctrine sur la théorie de l'ordre naturel, à savoir que tout usage excessif de son corps par quelqu'un constituait une insulte à Dieu, et que la nature de l'homme le rendait pareil à Lui, donc un (pro)créateur.

Selon Le Maistre, les relations sexuelles au sein d'un couple marié (l'adultère demeurant à ses yeux un crime innommable) n'ayant pas pour but la conception étaient acceptables, si elles servaient à libérer l'esprit d'un état de désir permanent, afin qu'il ne devienne pas une préoccupation constante pouvant favoriser le recours à l'adultère ou aux services de prostituées, ou si ces relations constituaient le seul traitement à un mal affectant un ou des membres de ce couple. Il critiquait toutefois les pratiques ayant exclusivement pour but d'éviter la conception (contraception, avortement, etc.)(33).

La majorité des théologiens continuaient cependant de suivre le modèle de pensée autour de la sexualité le plus souvent appliqué les siècles précédents, à savoir que tout rapport sexuel n'ayant pas pour but ultime la conception d'un enfant tenait de la luxure et du péché.

Histoire des acteurs, croyances et pratiques autour de la santé des femmes au fil de l'ère médiévale dans l'Europe chrétienne

1.2. Médecins : d'une formation sommaire à l'enseignement au sein des universités

1.2.1. Moyen Âge

Au haut Moyen Âge les « médecins » étaient pour la plupart des hommes, et n'avaient aucun diplôme pour attester d'une réelle formation. Comme Hippocrate le disait dans *De la Bienséance* au V^{ème} siècle av. J-C (34), leurs compétences d'orateur et leur apparence jouaient donc un rôle majeur dans le crédit que leur attribuait leur clientèle (potentielle). Ils étaient en général formés comme apprentis sous la tutelle d'un praticien plus âgé, qui leur enseignait l'utilisation des herbes et quelques compétences chirurgicales (21).

Les médecins préféraient cependant laisser les femmes et autres guérisseurs se charger de l'obstétrique, qu'ils considéraient comme un domaine en-dessous de leurs qualifications et assez peu lucratif (35). Les médecins écrivirent parfois sur leurs quelques expériences personnelles, ou plutôt à partir des dires de témoins. Cependant ces récits étaient en latin et utilisaient trop de mots savants pour que le reste de la population soignante puisse espérer les utiliser. Ils traitaient de plus presque exclusivement du système de santé au sein des milieux urbains, puisque les soignants ne s'établissaient que rarement à la campagne en raison de la faible densité démographique qui ne leur aurait pas permis de vivre uniquement de leur art (7).

1.2.2. du système universitaire au Moyen Âge classique en Europe

Après des siècles d'insuffisance des échanges entre les différentes communautés, le Moyen Âge classique fut marqué par une diminution des invasions barbares, conduisant à une augmentation des voyages, et à une rencontre et fusion de connaissances et cultures variées (36). Les plateformes internationales d'Espagne, de Sicile ou d'Italie en particulier, accueillant un large éventail d'ethnies, de religions ou de cultures, constituaient des carrefours de premier choix entre les mondes juifs, arabes et chrétiens (13).

Le XII^{ème} siècle fut ainsi marqué par la fondation d'un grand nombre d'universités en Europe, inspirées du modèle arabe, et entérinant enfin la formation des étudiants chrétiens par un diplôme officiel reconnu (14), en remplaçant progressivement le système d'apprentissage et de compagnonnage jusque-là en vigueur.

1.2.3. Des universités européennes aux protecteurs et influences multiples

La plupart de ces institutions étaient fondées par l'Église : sur quarante-quatre universités créées avant 1400 en Europe, trente-et-une possédaient des lettres papales, comme le collège des Bernardins à Paris (23).

La foi chrétienne influença ainsi encore plus l'enseignement en médecine, en obligeant notamment les étudiants à suivre en parallèle de leurs études scientifiques des cours de droit, de théologie, ou de philosophie de la nature, brouillant les limites entre la médecine universitaire et la religion chrétienne (21).

Histoire des acteurs, croyances et pratiques autour de la santé des femmes au fil de l'ère médiévale dans l'Europe chrétienne

Ces établissements avaient tendance à s'enfermer dans leur dogmatisme. Pendant longtemps les études de médecine dispensées au sein des universités basèrent leurs théories sur l'étude stricte des textes de médecine antique approuvés par la religion, celle d'ouvrages jugés subversifs par la chrétienté étant interdite, et avec peu de place laissée aux connaissances étrangères et à l'expérimentation scientifique. En 1309, le pape Clément V dressa ainsi la liste des auteurs étudiables au sein de la faculté de médecine de Montpellier (27).

Toutefois certains praticiens comme Henri de Mondeville (1260-1320), chirurgien à la cour de France, n'hésitaient pas à essayer des traitements expérimentaux sur les plus démunis car « s'il réussit mal, le chirurgien pourra s'excuser plus facilement ; au contraire , en cas de réussite, il pourra s'en servir d'exemple auprès des riches » (26).

Les autres écoles étaient placées sous la protection de rois, d'empereurs, ou de cités. Elles faisaient souvent preuve de plus d'ouverture d'esprit que les universités disposant de lettres papales, avec une influence de la science judéo-arabe se propageant progressivement en Europe (22). Ces universités plus progressistes n'offraient cependant pas beaucoup plus d'occasions que celles dirigées par les institutions religieuses d'appliquer les théories vues en cours avant d'avoir étudié pendant au moins plusieurs années.

1.2.4. Un diplôme devenu essentiel pour exercer, mais des conditions d'inscription souvent difficiles

Les frais d'inscription de ces écoles religieuses étaient en général plutôt élevés (23). Les chartes des écoles limitaient de plus le nombre d'élèves admissibles, et le célibat était obligatoire jusqu'en 1452 au moins pour les candidats de la plupart des universités. Si des femmes furent acceptées au sein de quelques-unes de ces universités de médecine à leurs balbutiements, elles furent ensuite la plupart du temps exclues des études de santé, dont la validation était devenue indispensable pour exercer la médecine en accord avec la loi (7).

À Valences, les différentes religions et sexes étaient ainsi accueillis jusqu'en 1329, mais après cette date, les lois de la cité statuaient qu'« aucune femme ne peut pratiquer l'exercice de la médecine ou donner de potions, ou elle sera fouettée à travers la ville » (24). La faculté de Paris déclarait également qu'« aucun apothicaire ou chirurgien, homme ou femme, ne peut pratiquer de professions médicale sans avoir reçu de diplôme», au risque de recevoir une lourde amende voire d'être excommunié. On recense notamment des cas comme celui de Jacoba Félicie, jugée en 1322 pour exercice illégal de la profession (18).

D'autres professions médicales leur restèrent toutefois ouvertes, et les recherches de l'historienne Danielle Jacquart permirent ainsi d'identifier plus de quarante femmes matrones, sages-femmes, ventrières, mère-aleresses (cette multitude de noms pour désigner ces femmes compliquant encore la tâche de recensement (7)) et soixante-quatorze chirurgiennes, barbières, etc., en France entre les XIII^{ème} et XV^{ème} siècles.

1.2.5. Les premières universités françaises

1.2.5.1. L'université de Montpellier

Histoire des acteurs, croyances et pratiques autour de la santé des femmes au fil de l'ère médiévale dans l'Europe chrétienne

Montpellier, qui constituait à l'ère médiévale une plateforme majeure entre les mondes judéo-arabe ibérique et chrétien européen (19), assista à la fondation de son école de médecine en 1137. Elle devint en 1220 la première véritable université d'Europe avec l'accord du pape Honorius II.

Des médecins, comme Guy de Chauliac et Henry de Mondeville au XIV^{ème} siècle, s'y distinguèrent tout particulièrement, en anatomie et chirurgie respectivement (22). Les cours de chirurgie restèrent notamment longtemps inclus dans le cursus des étudiants en médecine, avant le schisme entre les deux professions.

1.2.5.2. Université de Paris

À Paris, on recense dès 1150 des structures de taille modeste dispensant des enseignements médicaux (écoles de la cathédrale Notre-Dame ou de la Montagne Sainte-Geneviève, etc.). À partir de 1206, les médecins et chirurgiens étaient ensuite formés au sein de l'Université de Paris, mais les femmes, guérisseurs, sages-femmes, barbiers (chargés d'actes de petite chirurgie comme la saignées, ou la pose de ventouses et de pansements) et autres n'étaient pas autorisés à y étudier (7). Des travaux des plus éminents médecins antiques figuraient au programme, mais certains textes comme ceux d'Aristote (interdits de 1239 à 1255 par le pape Grégoire IX) furent parfois bannis du cursus universitaire pendant une plus ou moins longue période (13).

Un étudiant ayant obtenu sa licence devait généralement pratiquer pendant deux ans auprès des plus démunis pour obtenir son doctorat et avoir le droit de s'appeler médecin (24). Des musées (comme celui d'Histoire de la médecine de l'Université de Paris) conservent notamment des sceaux de ces professionnels de santé, utilisés pour certifier de leur légitimité à pratiquer.

Il a fallu attendre 1272 pour que les facultés parisiennes de médecine et de chirurgie soient officiellement distinctes. Les professionnels commençaient alors à se réunir en guildes, dont l'intégration dépendait de la validation de l'examen final universitaire, ce qui donnait plus de crédibilité aux membres de la confrérie (12). Les médecins devaient désormais jurer de ne pas pratiquer la chirurgie et développèrent un mépris pour les chirurgiens, dont ils étaient fréquemment chargés d'encadrer la pratique pour s'assurer qu'aucune intervention n'était pratiquée simplement pour gonfler les honoraires du praticien (26).

Les chirurgiens, reconnaissables à leur robe longue, étaient appelés pour les accouchements difficiles, pour soigner les traumatismes obstétricaux (37), ou encore pour opérer les membranes obstruant les voies gynécologiques (38). Ils formèrent en 1268 leur propre confrérie (23) et le collège de Saint Come devint le centre d'enseignement parisien de ces chirurgiens, au sein duquel des femmes purent étudier. Certaines devinrent par la suite célèbres, comme maîtresse Hersend qui servait à la cour de Louis IX au XIII^{ème} siècle (39).

Les chirurgiens regardèrent à leur tour de haut les barbiers (reconnus par l'université de médecine en 1437 (18)) et les sages-femmes desquelles ils apprenaient pourtant de nombreuses connaissances pratiques, mais qui, selon eux, ne les appelaient que trop rarement à temps dans les situations obstétricales difficiles (37).



Figure 1 : auteur inconnu, *Prologue des croniques de France* : en *lostel de Pasquier* : Université de Paris, 1476 (40)

1.2.6. Les universités italiennes : l'école de Salerne

Les écoles italiennes jouèrent un rôle majeur jusqu'au XVI^{ème} siècle dans les progrès médicaux et accordaient une grande importance à la publication et à la diffusion de leurs recherches. Parmi ces institutions, certaines se distinguèrent tout particulièrement, comme l'école de Bologne, fondée au XI^{ème} siècle et reconnue comme une université de tout premier ordre au XIII^{ème} siècle pour ses séances de dissections animales, ou encore l'école de Salerne.

1.2.6.1. Histoire de l'école de Salerne



Figure 2 : Avicenne, Miniature de l'école de Salerne, le *Canon* d'Avicenne, XI^{ème} siècle (41)

Cette dernière était issue de la fusion entre les XII^{ème} et XIII^{ème} siècles de multiples centres d'apprentissage répartis dans la ville dès 846 (21). Ces petites structures d'enseignement aux pratiques et connaissances variées purent rassembler l'ensemble de leurs données. Le médecin Gariopontus, qui déplorait l'absence de retranscription de la science médicale de son époque et la difficulté de la transmettre, joua notamment un rôle majeur dans la compilation de ces différentes sources d'information (42).

L'école fut protégée par l'Église et par la royauté. Alfanus, archevêque de Salerne au milieu du XI^{ème} siècle, patronna l'avancée médicale de la région, en particulier les traductions de manuscrits arabes au Mont Cassino. En 1225, le dirigeant du Saint Empire Romain, Frédéric II, reconnut l'école de Salerne comme une institution d'état et lui octroya le droit de délivrer des diplômes de valeur universelle (22). Salerne resta une institution de premier ordre, avec la production de nombreux écrits de référence, constitua un des modèles en matière d'universités en Europe et exerça beaucoup d'influence jusqu'au XIX^{ème} siècle, avant d'être démantelée par Napoléon Bonaparte.

1.2.6.2. Organisation et formation

Cette école était dirigée par dix médecins passés maîtres dans leur art (22) et les étudiants étaient évalués via des enseignements s'appuyant sur la médecine antique gréco-romaine et égyptienne (13), mais aussi sur les connaissances arabes à partir du XI^{ème} siècle.

Les élèves étaient introduits à l'étude de la théorie, de la sémantique et des prescriptions grâce à une uniformisation croissante de la retranscription systématique des ordonnances délivrées par les médecins. Ils suivaient les enseignements de l'école pendant cinq à sept ans avec, à partir du XI^{ème} siècle, un apprentissage pratique auprès des médecins séniors sur le terrain s'ajoutant à leur théorie (14). Ils apprenaient également à soigner les plaies et à pratiquer les saignées auprès des barbiers de la ville. Pour être diplômés à l'issue de cette formation, les étudiants devaient avoir plus de vingt-et-un

Histoire des acteurs, croyances et pratiques autour de la santé des femmes au fil de l'ère médiévale dans l'Europe chrétienne

ans et avoir prêté serment de fidélité à la population, promettant notamment de ne pas se faire rémunérer par les patients pauvres et de ne pas donner ou accepter des avantages des apothicaires.

Il n'existait pas de restrictions particulières concernant le genre, la nationalité d'origine ou la religion des candidats. Des voyageurs issus des quatre coins de l'Europe (19) venaient étudier la médecine à Salerne, apportant avec eux leur culture et de nouvelles connaissances médicales.

Une fois « diplômés » (aucun certificat officiel n'ayant été délivré avant 1225), les nouveaux médecins bénéficiaient d'un statut économique et social très avantageux. Les praticiens formés à Salerne étaient reconnus à l'international, et une partie d'entre eux quittaient l'Italie pour exercer à des milliers de kilomètres, propageant le savoir salernitain au reste du continent voire au-delà (42).

1.2.6.3. Trotula de Salerne

On compte parmi les rangs de cette institution des personnages comme Trotula (Dame Trot, Trota, *Maestra Trotula, sapiens matrona, mulier sapientissima* (23)), une femme médecin et chirurgienne ayant prétendument dirigé le département de gynécologie-obstétrique de l'école au XI^{ème} siècle, et présentée par certains auteurs comme la meilleure des sages-femmes (18). On lui attribue librement un certain nombre de publications, dont *Regimen Sanitatis*, un recueil populaire de règles hygiéno-diététiques, et au moins une partie des textes du corpus communément appelé *Trotula*, publié et diffusé vers la fin du XII^{ème} siècle en latin, et qui rassemblait l'ensemble des connaissances sur les maladies féminines de l'époque.

Ce corpus est composé de trois parties : *Liber de sinthomatibus mulierum* (*Livre sur la Condition des Femmes*, rassemblant un grand nombre de théories gréco-romaines antiques), *De curis mulierum* (*Du Traitement des Femmes*) et *De ornatu mulierum* (*Soins Cosmétiques pour les Femmes*, qui tient plus du livre de recettes de beauté que du document médical) (7).

De forts doutes subsistent cependant sur l'existence de cette femme médecin, et le corpus dit *Trotula* serait plus vraisemblablement le fruit du travail d'un minimum de trois auteurs différents. *Livre sur la Condition des Femmes* compte en effet plusieurs descriptions de techniques d'accouchement décrites par le médecin Rhazès au IX^{ème} siècle, et *Soins Cosmétiques pour les Femmes* décrit de nombreuses recettes issues de différentes régions du Moyen-Orient (43).

1.2.6.4. Autres ouvrages salernitains

Des encyclopédies basées sur le modèle arabe furent également publiées à Salerne, avec une description développée et ordonnée de maladies et remèdes classés selon la partie du corps affectée, en particulier dans le domaine de la gynécologie-obstétrique. Le *Circa instans* (un catalogue de composants pharmaceutiques végétaux, minéraux ou animaux), et l'*Antidotarium nicholai* (codex de recettes médicales) figuraient notamment parmi les ouvrages les plus traduits et diffusés dans l'Europe médiévale. Le médecin Matthieu Plaetarius (XII^{ème} siècle) y a également écrit un certain nombre de publications, dont une liste complète des simples utilisées dans cette école entre les X^{ème} et XII^{ème} siècles (42).

Malgré ses recherches, l'école de Salerne n'était pas infallible, et de nombreux remèdes aux composants parfois dangereux furent longtemps administrés (ciguë, fientes animales, etc.) (7).

1.3. Remèdes

1.3.1. l'utilisation des « simples » au haut Moyen Âge...

Le nombre de remèdes du début du Moyen Âge qui nous sont parvenus est assez faible. Ils sont en effet victimes, comme le reste des sources écrites recopiées de nombreuses fois, des modifications personnelles des copistes successifs. De plus, on sait que la population générale était dans son immense majorité illettrée, et on ne dispose ainsi pas de traces des remèdes ayant alors pu figurer à leur pharmacopée quotidienne.

Les recettes du haut Moyen Âge effectivement connues de nos jours étaient d'abord composées de « simples », c'est-à-dire de plantes utilisées seules, qui ont été progressivement alliées à d'autres composants minéraux, animaux ou végétaux, et administrées conjointement à des prières.

Un certain nombre d'entre elles portaient des noms faisant référence au Christ et à leur fonction, comme « l'œil de Christ » (une espèce de sauge) censée pouvoir éclaircir la vue (26), toutefois leurs noms et descriptions avaient tendance à beaucoup varier selon les auteurs, les pays et les époques ce qui rend difficile l'identification de ces ingrédients de nos jours (19).

1.3.2. aux recettes plus complexes les siècles suivants

Au cours du Moyen Âge classique, les recettes ancestrales, souvent composées d'un seul ingrédient, étaient toujours utilisées. Contrairement à beaucoup de ses contemporains, Hildegarde de Bingen (1098 à 1179), abbesse et médecin bénédictine allemande, recommandait notamment la consommation des légumes verts en prévention ou traitement des maladies.

Les recettes se complexifièrent progressivement, avec des listes d'ingrédients de plus en plus longues de végétaux, minéraux ou animaux, et d'autant d'adjuvants (liants, adoucissants, émoullissants, etc). Certaines préparations comptaient ainsi des dizaines d'éléments comme l'eau de vie d'Albert le Grand (un frère dominicain et chimiste allemand du XII^{ème} siècle) censée soigner tous les maux.

D'autre part, les auteurs remettaient de plus en plus en question l'utilisation de certaines plantes et dosages prescrits par les médecins antiques. Cependant, si la science médiévale pouvait comprendre le risque d'utiliser des ordonnances utilisées depuis des siècles, cette pensée découlait plutôt simplement de la théorie que le corps humain au Moyen Âge était devenu moins résistant qu'à la période antique (19).

1.3.3. Préparations

Les descriptions de ces ingrédients étaient souvent accompagnées de notes sur la façon de les récolter (période la plus propice, rituels de purification à pratiquer, etc), de les préparer (un grand nombre pouvaient être incorporées à des plats culinaires et devaient donc être compatibles avec les autres ingrédients), la manière de les choisir selon la période de l'année, les symptômes de la personne et ses qualités primaires (selon la théorie des humeurs héritée d'Hippocrate, à savoir le sang, le phlegme, les billes noire et jaune) (11).

Histoire des acteurs, croyances et pratiques autour de la santé des femmes au fil de l'ère médiévale dans l'Europe chrétienne

Ces « remèdes » pouvaient parfois simplement consister à porter l'ingrédient autour du cou, et étaient souvent basés sur des principes d'analogie (*similia similibus curantur*, les semblables soignent les semblables (10)), ou au contraire en utilisant des remèdes opposés au mal (remèdes froids utilisés pour traiter les maladies de nature chaude, etc) (26) comme pendant la période antique (20).

1.3.4. Adjuvants au Moyen Âge classique

Le vin était très souvent utilisé, car les eaux étaient rendues impropres à la consommation par les activités humaines. De nombreux auteurs vantaient de plus ses qualités comme antidote, digestif ou fortifiant.

La farine servait à enrober les médicaments, voire à préparer ces derniers sous la forme de gâteaux. Le sucre et le miel étaient également vendus au prix de l'or, car on les disait capables de redonner des forces aux malades ou de faciliter le passage des médicaments. Avicenne disait notamment que « lorsqu'une nourriture ou un remède est perçu comme agréable, la déglutition se fait sans l'intervention de la volonté par une attraction toute naturelle ».

De nombreux remèdes et composants restaient basés sur la théorie de l'analogie ou d'un pouvoir mystique attribué par un saint voire par une divinité païenne. Plaetarius a notamment transmis plusieurs recettes contre les règles hémorragiques à base de jus de renouée des oiseaux (*Polygonum aviculare*, possédant effectivement des vertus hémostatiques (44)), de sucre et de vin, et associées à diverses prières : « herbe poligonia, fille du roi des jardins [...] veille je te prie clore le flux de sang chez cette femme » (19).

1.3.5. Commerce international et nouveaux ingrédients

À partir du IX^{ème} siècle grâce à l'expansion du commerce international, des ingrédients nouveaux et fascinants issus de pays lointains venaient s'ajouter à la pharmacopée européenne. Ils devinrent très populaires auprès des classes les plus aisées mais, en raison de leur coût important, n'entrèrent pas (immédiatement) dans l'utilisation courante des milieux populaires qui devaient se contenter des remèdes plus communs (20).

Plaetarius décrivait ainsi la plupart du temps deux versions pour ses recettes pharmacologiques : la version pour les riches à base d'ingrédients coûteux, et celle plus abordable pour le peuple, surtout composée de simples pouvant être cultivées localement.

Ces composants s'avéraient fréquemment dangereux (le plomb était par exemple utilisé dans des recettes de beauté) et ils furent placés sous un certain nombre de régulations dès le IX^{ème} siècle. Des personnes sans scrupules n'hésitèrent toutefois pas à passer outre ces mesures, et prescrivirent pour des sommes faramineuses des recettes au dosage inadapté voire nocif (45).

Une certaine fascination pour les pierres précieuses se développa notamment, comme pour le corail rouge, réputé pour arrêter les saignements s'il est porté contre la peau et donc très populaire au cours des accouchements.

Histoire des acteurs, croyances et pratiques autour de la santé des femmes au fil de l'ère médiévale dans l'Europe chrétienne

1.3.6. Les apothicaires

Les rôles de médecin et d'apothicaire, souvent endossés en même temps par les soignants du clergé au haut Moyen Âge, se séparèrent graduellement au cours de la période médiévale. Ainsi à partir du XIV^{ème} siècle les médecins laissèrent de plus en plus le soin à des apothicaires (formés auprès d'un aîné expérimenté) de préparer leurs ordonnances (23).

Certains charlatans n'hésitèrent pas à se déclarer apothicaire sans avoir reçu la moindre formation et il fallut attendre des siècles pour qu'une régulation de la formation et de la pratique soient clairement mises en place, et plus longtemps encore pour qu'une véritable école de pharmacie ne soit créée (19).



Figure 3 : Maître d'Yvon du Fou, Médecin tenant un urinal et apothicairerie, tiré de *Livre des propriétés des choses* (Barthélémy l'Anglais), Poitiers, fin XV^{ème} siècle (46)

Histoire des acteurs, croyances et pratiques autour de la santé des femmes au fil de l'ère médiévale dans l'Europe chrétienne

1.4. Influence de la médecine arabe

1.4.1. Un héritage de l'Antiquité gréco-romaine

Après la chute de l'Empire romain d'Occident, un certain nombre de textes grecs et latins antiques furent transportés jusque dans les pays du monde arabe. Le Professeur François Herrgott au XIX^{ème} siècle disait ainsi à propos de ces médecins qu'ils avaient « préservé de la perte totale les connaissances des temps passés, et furent des maîtres pour les siècles suivants pour les écrits qu'ils ont laissé et les écoles qu'ils ont fondées » (47).

Au sein des universités de médecine du Moyen-Orient, plus tournées vers la pratique empirique qu'en Europe, ces données antiques occidentales furent traduites, étudiées et fusionnées avec des idées scientifiques musulmanes et juives, résultant en la création d'une nouvelle science gynécologique (23). Au XI^{ème} siècle, les soldats chrétiens partis en croisade au Moyen-Orient jouèrent un rôle majeur en rapportant en Europe ces connaissances, en particulier dans le domaine médical (13).

1.4.2. Traductions en Europe

Le monastère bénédictin du Mont Cassino, situé au nord de Salerne, et un de ses membres en particulier, Constantin l'Africain, jouèrent dès le XI^{ème} siècle un rôle capital dans la traduction de ces ouvrages de l'arabe vers le latin, dont certains inspirèrent fortement les médecins de Salerne. *Livre sur la Condition des Femmes* aurait en effet été inspiré par les travaux du médecin Abu Ja'far Ahmad (IX^{ème} – X^{ème} siècles) (42).

D'autres auteurs comme Gérard de Cremona à Tolède au XII^{ème} siècle s'attelèrent également à traduire les travaux scientifiques arabes et à les rendre accessibles à l'ensemble de l'Europe, permettant une évolution majeure de la médecine et de la chirurgie occidentales (22).

Ces connaissances furent longtemps dénigrées par les autorités chrétiennes, mais furent progressivement inscrites au programme des universités européennes (14). Ils permirent la création d'une philosophie scolastique visant à concilier l'héritage des maîtres antiques et la théologie chrétienne (7).

Toutefois, la plupart de ces ouvrages arabes ne comptaient pas d'illustrations, la religion musulmane interdisant les représentations du corps humain. Si quelques auteurs enfreignaient cette règle, leurs représentations médicales étaient bien souvent peu réalistes : Abu Al-Qasim (chirurgien arabe de la fin du X^{ème} siècle) par exemple représentait la naissance de jumeaux avec l'expulsion simultanée des têtes des deux enfants (18).

Histoire des acteurs, croyances et pratiques autour de la santé des femmes au fil de l'ère médiévale dans l'Europe chrétienne

1.5. La dissection

1.5.1. dissections antiques et animales à l'origine de nombreuses erreurs

Avant le XIII^{ème} siècle, les seules dissections autorisées étaient celles d'animaux (le plus souvent des cochons), avec une transposition libre des observations au corps humain.

Cette absence d'observations anatomiques humaines a mené à des idées fausses ayant persisté pendant des siècles sur l'anatomie humaine, en particulier celle des femmes et l'organisation de leur système reproductif. On pensait alors que l'utérus était le centre régulateur des humeurs et des organes féminins, contrairement aux hommes où il s'agissait du cœur (45). Les travaux de dissection de Galien (129-201) comme *De Spermate*, ceux de l'école d'Alexandrie (Erasistrate au IV^{ème}-III^{ème} siècles av. J-C) ou des études sur des truies (*Anatomia porci* en 1080 ou *Anatomia Nicolai physici* au XII^{ème} siècle) en particulier établirent que l'utérus féminin était composé de sept niches séparées.

Le côté gauche étant toujours associé à la féminité (et en général au mal, voir III.D.5.), les trois compartiments de ce côté étaient censés accueillir le développement des fœtus féminins car le sang l'irriguant était de moindre qualité que dans les trois compartiments du côté droit où les fœtus masculins se développaient. Les hermaphrodites quant à eux se développaient dans la logette du milieu. Albert le Grand portait même le nombre de ces logettes à une vingtaine, qui selon lui pouvaient toutes contenir simultanément un embryon viable (27).

Ces acteurs antiques identifièrent toutefois les ovaires (alors appelés testicules des femmes, car semblables à celles des hommes mais localisées à l'intérieur de l'abdomen en raison de la nature plus froide des femmes (48), et leur rôle dans la synthèse du « sperme » féminin (13).

1.5.2. es occasions d'observer privilégiés et souvent manquées

1.5.2.1. Les barbiers

Avant même la légalisation de la dissection de corps humains, les barbiers jouissaient d'une position privilégiée puisqu'ils bénéficiaient de plus d'occasions (champs de bataille, etc.) d'observer l'intérieur des corps humains grâce aux plaies ouvertes. Mais si certains comme Lanfranc de Milan (1250-1306) publièrent des traités de chirurgie (18), cette confrérie dans son ensemble était le plus souvent analphabète, et il existe très peu de traces écrites au sujet de leur pratique.

Vers la même époque, ces « bas » chirurgiens (identifiables sur les dessins de l'époque par leur robe courte et leur couteau fin) commençaient à être appelés par les autorités juridiques pour les autopsies (36).

1.5.2.2. L'embaumement

Il s'agissait d'une pratique funéraire plutôt répandue du II^{ème} au XIII^{ème} siècle, particulièrement en Italie et dans le sud de la France. Si pendant des siècles la plupart des défunts pouvant en bénéficier

Histoire des acteurs, croyances et pratiques autour de la santé des femmes au fil de l'ère médiévale dans l'Europe chrétienne

furent des saints (putatifs) et des papes, ce rite se répandit peu à peu aux classes aisées de la société vers le Moyen Âge classique.

Il consistait à prélever tout ou une partie des organes de la personne afin notamment de les conserver comme reliques saintes, et aurait pu constituer une précieuse occasion d'étudier et représenter l'intérieur du corps humain, que la plupart des opérateurs ne surent cependant pas saisir (49), à quelques exceptions près. Berengario Da Carpi avait notamment réussi à faire des observations significatives sur l'appareil cardio-respiratoire.

De nouvelles théories sur le corps féminin ayant ensuite été démenties furent également développées : des ouvrages des XIV^{ème} -XV^{ème} siècles décrivaient ainsi de (soi-disant) signes externes de la virginité, de la stérilité ou de la fertilité féminines, comme la forme du corps, la couleur du visage, la froideur des extrémités après un rapport sexuel, etc. (45).

1.5.3. premières dissections humaines au Moyen Âge classique

Taddeo Alderotti, médecin italien du XIII^{ème} siècle, déplorait de ne jamais avoir pu disséquer de corps humains, en particulier celui des femmes enceintes. Il est sans doute un des premiers à avoir organisé des dissections humaines dans le but de répondre à des questions médicales, particulièrement autour de la reproduction, comme les facteurs déterminant le genre d'un enfant, la recherche de techniques pour déterminer la paternité d'un bébé, les causes de stérilité et de mort maternelle en couches qui atteignaient alors des taux critiques, etc. (49).

L'absence de retranscription systématique de leurs soins et de leurs expériences de recherche par les scientifiques de l'époque peut toutefois laisser penser que certaines dissections illégales ont eu lieu avant le XIII^{ème} siècle sans être relatées par écrit (13). Les premières dissections humaines mentionnées dans la littérature à l'époque médiévale ont été réalisées en Italie sur des femmes, avec un intérêt particulier porté à leur utérus (42).

Mondino de Liuzzi' (1275-1326), élève de Taddeo Alderotti, publia le premier traité d'anatomie basé sur des dissections humaines de son époque, et recommandait de pratiquer de nombreuses dissections, en particulier sur des bébés avortés ou mort-nés et des femmes. Ses travaux ne lui permirent cependant pas de casser la théorie selon laquelle la matrice humaine était divisée en sept logettes (14).

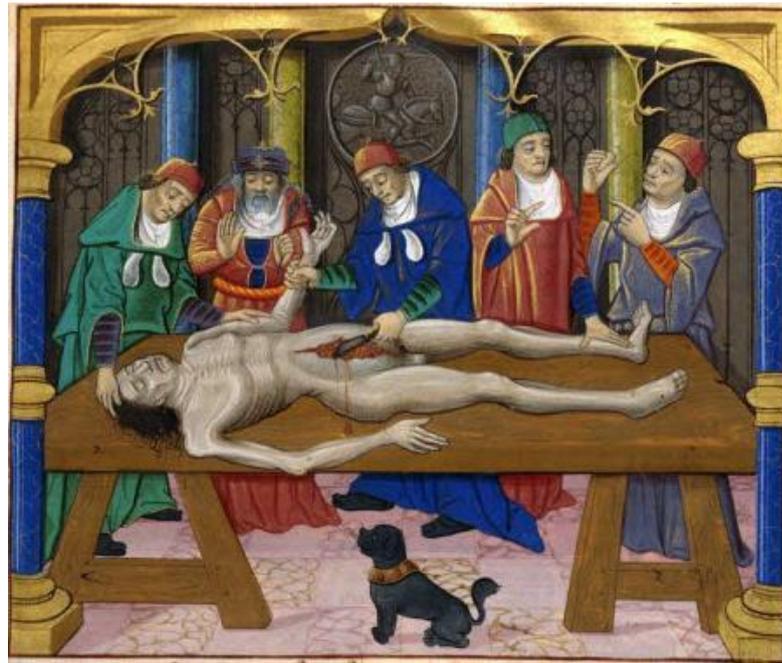


Figure 4 : Maître d'Yvon du Fou, début d'une dissection, tiré de *Livre des propriétés des choses* (Barthélemy l'Anglais), fin XV^{ème} siècle (46)

1.5.4. Provenance de corps rares et endommagés

Les premiers corps dont on recense la dissection étaient ceux de condamnés à mort, car on prétendait que ce sacrifice de leur dépouille à la médecine leur permettrait d'éviter le purgatoire ou l'enfer, tandis que les citoyens innocents n'étaient pas éligibles puisque leur dépouille n'aurait plus été en assez bon état pour des obsèques correctes. Le nombre de dépouilles de femmes était très limité, avec a priori aucune gestante (les femmes enceintes n'étaient en général exécutées qu'après avoir accouché). Les médecins devaient donc se contenter de disséquer des corps de bébés avortés, morts-nés, de rares femmes adultes non enceintes ou de femelles animales pleines (45).

A ce problème s'ajoutait également l'état de détérioration avancé de la plupart des sujets après leur exécution. Pour pallier à ce problème, des représentants des écoles de médecine et de chirurgie plaidèrent auprès des autorités locales de commuer des peines des condamnés, en échangeant des modes d'exécution endommageant fortement les dépouilles comme le bûcher, l'écartèlement, etc., pour d'autres ne les abîmant pas autant, comme la pendaison pour le bien de la population et de la science (18). Certains médecins allaient même jusqu'à profaner des tombes pour pratiquer des dissections illégales (49).

1.5.5 Au sein des universités

Les dissections furent de plus en plus pratiquées au sein des universités, notamment à Montpellier dès 1376, et à Paris à partir de 1407 (23), ou dans celles de Cordoue, Bologne ou Florence. Ces universités étaient censées organiser au minimum la dissection avec les étudiants d'un individu de chaque sexe par an pour chaque promotion. Dans sa *Grande Chirurgie*, Guy de Chauliac décrivait ainsi le déroulé classique d'une dissection publique, et il insistait sur l'importance d'effectuer des pauses

Histoire des acteurs, croyances et pratiques autour de la santé des femmes au fil de l'ère médiévale dans l'Europe chrétienne

entre chaque étape afin de donner une description orale de l'appareil étudié (digestif, veineux, cardiaque, artériel, cérébral et nerveux dans l'ordre) (18).

Ces quotas peinaient cependant régulièrement à être remplis avec des corps en suffisamment bon état (45).

1.5.6. Avis de l'Église

Les autorités religieuses étaient plutôt en faveur de ces dissections. Le pape Frédéric II en 1230 recommandait d'étudier le plus possible l'anatomie, et le pape Clément VI l'encouragea également pour découvrir des explications à l'épidémie de peste noire de 1347 (50). Cependant la bulle papale de Boniface VIII en 1299 interdisant le décarnisation (pratique funéraire consistant à démembrer les dépouilles et à en détacher la chair des os pour les transporter plus facilement jusqu'à un lieu de sépulture éloigné) fut mal interprétée, et on pensa longtemps que l'Église chrétienne s'opposait à l'ensemble des pratiques menaçant l'intégrité des corps humains (45).

1.5.7. Les débuts de la médecine médico-légale

À partir du XV^{ème} siècle, une explosion du nombre de demandes d'autopsie des défunts par leurs proches pour découvrir la cause de la mort constitua une excellente occasion pour les professionnels de santé de disséquer des corps décédés de causes naturelles (par opposition aux exécutions), mais également les dépouilles de bébés et de plus de femmes. Ces autopsies avaient toutefois lieu dans le cadre privé et ne permettaient pas de répondre à toutes les questions puisqu'une certaine intégrité du corps devait être maintenue pour permettre des obsèques en bonne et due forme.

Dans le cas de morts fortunés, de nombreux médecins avaient souvent posé des diagnostics variés, et l'autopsie constituait un moyen de déterminer lequel de ces soignants avait raison. Antonio Paolo di Benivieni relatait ainsi dans ses journaux à la fin du XV^{ème} siècle que 90% des dissections auxquelles il avait assisté étaient effectuées suite à la demande de proches (37).

1.5.8. Progrès en anatomie

1.5.8.1. Au Moyen Âge classique

Cette période ne fut finalement pas marquée par des progrès phénoménaux en anatomie, malgré le nombre croissant de dissections humaines, d'enseignements sur le sujet ajoutés au cursus des universités de médecine et de publications (18). À partir du XII^{ème} siècle, des encyclopédies d'anatomie furent ainsi publiées comme celles du médecin anglais Barthélémy l'Anglais (*De proprietatibus rerum*), du dominicain Vincent de Beauvais (*Speculum naturale*) ou du philosophe anglais Alexandre Neckham (*De naturis rerum*). Elles décrivaient l'anatomie et la physiologie des femmes, ainsi que la grossesse et la procréation (7). Elles continuaient toutefois de perpétuer des idées erronées : l'Anglais et de Beauvais étaient ainsi encore convaincus que l'utérus était divisé en sept parties (27).

Histoire des acteurs, croyances et pratiques autour de la santé des femmes au fil de l'ère médiévale dans l'Europe chrétienne

Mais des ouvrages anatomiques coûtaient très cher à (re)produire, à cause des illustrations en particulier. La plupart des traités d'anatomie de l'époque ne comptaient ainsi que peu de dessins illustrant le texte. Henri de Mondeville, qui s'intéressa particulièrement à l'anatomie des organes reproducteurs (27), utilisa au cours de sa vie un total treize représentations différentes de dissections pour appuyer ses leçons d'anatomie.



Figure 5 : Henri de Mondeville, Figure d'anatomie féminine, tirée de *Chirurgie*, vers 1330 (51)

Les illustrations jointes aux descriptions anatomiques étaient de plus très souvent incohérentes (De Mondeville considérait ainsi que le clitoris était l'abouchement de l'urètre chez les femmes (38)), en particulier après des traductions à répétition, le nom des différentes structures étant régulièrement changé pour décrire leur rôle et leurs interactions avec les autres organes par rapport à la version précédente (18).

1.5.8.2. Au bas Moyen Âge

On nota une progressive augmentation du nombre de représentations visuelles (dessins, sculptures, etc.) des dissections et de l'anatomie humaine (13), notamment dans le corpus de textes *Fasciculus de medicina*, attribué au médecin allemand Johannes de Ketham et publié à partir de 1491. Ces textes contenaient en particulier une des premières représentations internes du corps féminin observé au cours d'une dissection.

Histoire des acteurs, croyances et pratiques autour de la santé des femmes au fil de l'ère médiévale dans l'Europe chrétienne

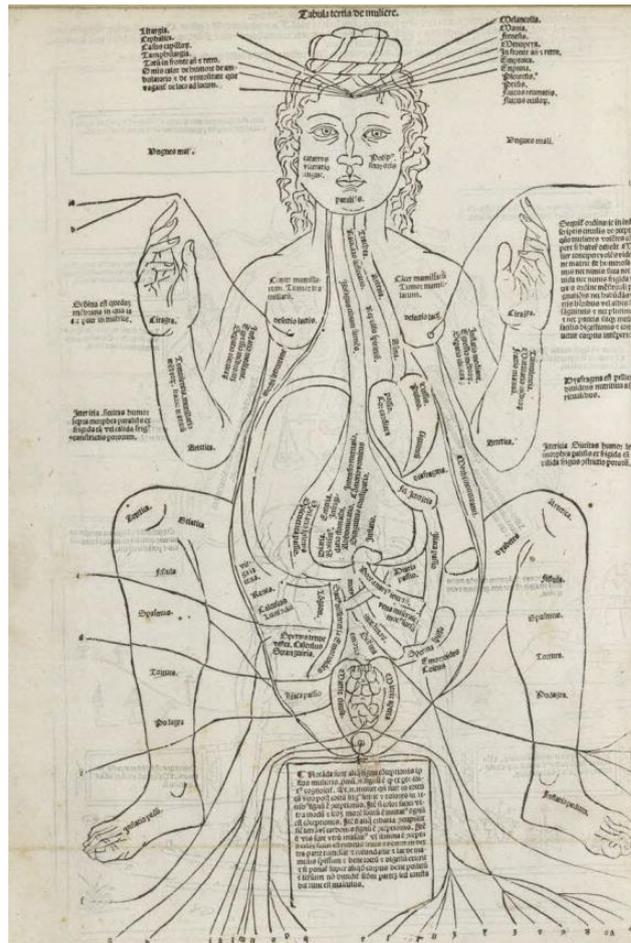


Figure 6 : Johann von Ketham, *Tabula tertia de muliere*, tiré de *Fasciculo di medicina*, Venise, 1493 (52)

De nombreux scientifiques et artistes s'inspirèrent particulièrement de cet ouvrage, dont Léonard de Vinci qui fut considéré par beaucoup comme un des fondateurs de la science anatomique (45).

Ce dernier dessina à lui seul plusieurs centaines de planches anatomiques, toutefois celles représentant le système reproductif féminin étaient parmi ses plus mauvaises, et très éloignées de la réalité, avec une forte influence des connaissances antiques représentatives de l'imaginaire collectif de la fin du Moyen Âge. En effet, si les dessins de fœtus de de Vinci étaient plutôt réalistes avec notamment une juste représentation de la position du fœtus, recroquevillé et la tête en bas, cet artiste croyait (et dessinait) que trois membranes entouraient l'enfant au lieu de deux, ses placentas ressemblaient plus à celui d'animaux qu'à ceux de l'espèce humaine, et il représentait des vaisseaux reliant directement l'utérus et les seins selon la théorie galénique.

Histoire des acteurs, croyances et pratiques autour de la santé des femmes au fil de l'ère médiévale dans l'Europe chrétienne

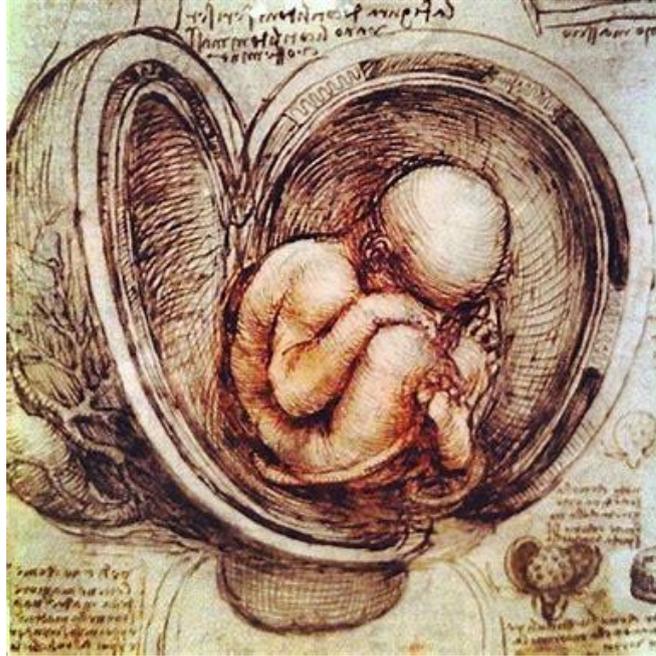


Figure 7 : Léonard, de Vinci, *Tabula anatomica e bibliotheca augustissimi Magnae Britanniae Hannoveraeque regis depromta, venerem obversam e legibus naturae hominibus solam convenire, ostendens*, 1452 (53)

On peut donc observer que, contrairement à des croyances populaires, la Renaissance ne fut pas une période de recul majeur des traditions chrétiennes (et de leur influence antique), du moins dans le domaine de la dissection, et fut au contraire marquée par une réintroduction massive des textes médicaux grecs et latins souvent erronés, avec un intérêt accru pour l'étude de l'anatomie humaine (14).

2. Place, rôle et formation des sages-femmes

2.1. Des qualificatifs multiples

Malgré la place indéniable des sages-femmes au sein de la société de la Grèce antique comme le montrent les nombreuses références à ces praticiennes dans les œuvres d'Hippocrate ou de Soranos d'Ephèse (11), il existe très peu de représentations et de récits autour de la santé des femmes au haut Moyen Âge. En effet, les « ventrières », « bonnes femmes », « matrones », « miresses », « guérisseuses », « meraleresses » (car selon le registre de l'hôtel de ville d'Amiens en 1267, la sage-femme « est dite celle qui recent les enfants quand les femmes travaillent et en notre país on la nomme *meraleresse*, pource qu'elle va partout de maison en maison » (27)) et autres étaient le plus souvent analphabètes (18), n'avaient reçu aucune formation officielle et se reposaient souvent sur le pouvoir de la prière ou d'amulettes. La plupart des ressources de leur pratique dont on dispose n'ont ainsi pas été écrites avant le milieu du XIII^{ème} siècle (54).

Cette multitude de noms pour désigner les guérisseuses, peu importe leur niveau de formation ou d'expérience, complique encore le travail des historiens. Le terme « sage-femme » n'a en réalité pas été cité dans les sources écrites avant le XIII^{ème} siècle (dans le dictionnaire de Bloch et Wartburg de 1212), et il n'est pas entré dans le langage courant avant le XIV^{ème} siècle (11).

Si on trouvait également des soignants masculins (médecins, barbiers, et autres guérisseurs), le domaine de l'accouchement (et a fortiori, la santé des femmes) restait le plus souvent l'affaire des femmes.

Des études furent réalisées dans le but de retrouver ces femmes, notamment par C.H. Talbot, qui établit une liste de soignantes en Grande-Bretagne entre les VIII^{ème} et XVI^{ème} siècles. Cependant le manque de données écrites n'a permis de lister que huit noms, dont une sage-femme, une chirurgienne et six autres guérisseuses (24).

On pense de plus que les sages-femmes (celles ayant été correctement formées et évaluées au sein des grandes villes avant de pratiquer, par opposition avec les ventrières, mères-aleresses, etc officiant à la campagne sans aucun encadrement) et les médecins n'ont que très peu pratiqué au sein des campagnes (11). Dans des études de l'Europe du XV^{ème} siècle, Annie Saunier recensait ainsi une ventrière par centaine d'habitants (27).

2.2. Les sages-femmes sous le contrôle de la religion chrétienne

Les matrones locales devaient être acceptées par le reste de la population féminine. Le prêtre de la paroisse s'assurait avant tout de leurs compétences à baptiser en urgence, se souciant peu de leurs capacités et connaissances dans les soins à apporter aux femmes et enfants. Ces femmes juraient alors de rester fidèles à l'Église et de rapporter les naissances, les fausses couches ou les pratiques de régulations de naissances à leur prêtre local, en particulier dans le cas de relations extra-conjugales.

Elles se retrouvaient donc souvent déchirées entre leur vocation d'aider les femmes et leur serment à la foi chrétienne : en protégeant les secrets des premières les matrones risquaient d'être très sévèrement punies par les autorités religieuses, mais si elles restaient fidèles à l'Église, leurs

Histoire des acteurs, croyances et pratiques autour de la santé des femmes au fil de l'ère médiévale dans l'Europe chrétienne

patientes pouvaient être tentées de les dénoncer comme sorcières et avorteuses pour éviter que les praticiennes ne révèlent leurs secrets et péchés (29).

Les rôles de guérisseuses (barbières, matrones, etc.), constitua pendant des centaines d'années la majorité des professions à responsabilité accessibles aux femmes (les hommes, les croyant inclinées au vice et hésitant à leur confier d'autres métiers importants), mais elles étaient donc souvent évitées par peur d'accusations diverses.

Toutefois, une certaine connaissance en obstétrique et en remèdes à base de plantes était souvent transmise de génération en génération au sein de chaque famille. Les femmes bien nées apprenaient même parfois un peu de médecine et de chirurgie générales pour prendre soin de leur maisonnée (au travers de livres si elles étaient alphabétisées, ou en apprenant auprès de leur mari pratiquant une profession en santé), et apporter leur aide dans les hospices et autres institutions de charité (18). Des femmes puissantes choisirent ainsi d'embrasser des professions médicales, comme Yolande d'Aragon, belle-mère de Charles VII, qui fut une des sages-femmes examinant la virginité de Jeanne d'Arc.

2.3. Au haut Moyen Âge, un héritage séculaire transmis oralement

Les femmes qui héritaient d'un savoir transmis oralement au sein de leur communauté ou de leur famille (avec une grande part des connaissances perdue à cause de l'absence de retranscription), ou qui avaient simplement déjà accouché plusieurs fois elles-mêmes (les « bonnes mères » (55)), assistaient leurs voisines et leurs proches dans leurs couches (12). En général, une matrone ne pouvait pratiquer qu'après avoir elle-même eu des enfants, car « avoir été mère plusieurs fois lui permet de comprendre immédiatement le sens d'un regard ou d'un gémissement, les angoisses de celle qui enfante ». Une femme nullipare n'aurait très probablement jamais été acceptée par les parturientes de cette époque, mais elle pouvait cependant apprendre auprès d'une matrone expérimentée, en général sa mère. Les matrones ne devaient de plus pas avoir d'enfants en bas âge, afin de pouvoir se déplacer dès qu'on les appelait (55).

Ce genre de « sage-femme » était donc bien loin de l'idéal de la praticienne instruite dans l'art et la théorie de son domaine, travailleuse, discrète, sensible, propre, expérimentée et résistante décrite notamment par Soranos d'Ephèse et respectée dans la Grèce antique (17).

2.4. Au Moyen Âge classique, les médecins supplantent les (sages-)femmes dans le suivi de la santé génésique

2.4.1. Les lois réduisant le pouvoir des sages-femmes

Aux XII^{ème} -XIII^{ème} siècles, les lois françaises et anglaises avaient tendance à se montrer de plus en plus intrusives dans le domaine de la santé des femmes. Avant cette période, si des textes religieux ou de fiction faisaient référence aux sages-femmes, elles étaient le plus souvent absentes des textes médicaux ou législatifs. Leur présence croissante dans la littérature du Moyen Âge classique peut être imputée à une bureaucratisation et à une meilleure organisation des institutions religieuses de

Histoire des acteurs, croyances et pratiques autour de la santé des femmes au fil de l'ère médiévale dans l'Europe chrétienne

l'époque, puisque ces dernières ont joué un rôle majeur dans la régulation de la pratique de ces praticiennes (11).

Les soignants masculins se sont attribués une place et un pouvoir croissants dans la chambre de l'accouchée et sur les fonctions reproductrices féminines pour les siècles à venir, au détriment des sages-femmes, jusque-là relativement indépendantes dans leur pratique (18).

On possède toutefois principalement des données historiques sur cette réduction du pouvoir des femmes soignantes au sein des milieux urbains. En effet, si les lois donnent une idée du climat social, politique et religieux de l'époque, on ne peut certifier qu'elles aient toujours été appliquées à la lettre dans les campagnes où les médecins étaient rares. Ces lois variaient de plus énormément entre les différentes régions et fiefs : dans la plupart des régions, il n'existait pas de loi encadrant clairement la présence des hommes au moment des naissances, mais dans d'autres cas, comme dans l'actuelle Somme, des décrets comme le concile de Pierre de Fontaines (juriste français au XIII^{ème} siècle) interdisaient explicitement l'intervention masculine au cours des accouchements (36).

Si certaines zones rurales n'ont probablement pas eu de sages-femmes attirées jusqu'au XV^{ème} siècle et que faire appel à leurs services n'était pas à la portée de toutes les bourses, on a retrouvé dans les sources du Moyen Âge classique de plus en plus de récits de naissances assistées par des sages-femmes plutôt que par des commères et autres femmes sans expérience. À Paris à partir du XIII^{ème} siècle, les praticiennes avaient notamment la réputation d'être plus douées que leurs consœurs de province, et des personnes fortunées des quatre coins du pays n'hésitaient pas à les faire venir jusque dans leurs provinces reculées, quitte à les rémunérer très généreusement (37).

Malgré cette diminution croissante de l'indépendance des sages-femmes dans leur pratique, leur champ de compétences s'est élargi à la fin du Moyen Âge classique, avec notamment l'appel à leur expertise dans des affaires criminelles comme les viols. Les Coutumiers de Normandie au début du XIII^{ème} siècle par exemples statuaient qu'il fallait que « la fille et ses blessures soient examinées par des femmes respectables et des matrones fiables sachant reconnaître les signes d'un viol » (11).

2.4.2. peur de mourir d'avoir soigné

Les connaissances en santé des femmes étaient souvent opposées à celles de l'Église. Elles représentaient donc une menace à la doctrine chrétienne, et étaient fréquemment accusées de sorcellerie, d'avoir obtenu leurs connaissances médicales du Diable, etc. Si la mère ou le bébé décédaient ; si l'enfant naissait malade, faible ou déformé ; si la sage-femme tentait de soulager les douleurs de l'accouchement (allant à l'encontre de la volonté divine de voir les femmes enfanter dans la douleur) ; si la praticienne aidait les femmes à avorter, etc., elle risquait d'être accusée d'être une sorcière. Les médecins virent également l'intérêt pécuniaire que pouvait représenter le suivi de la santé gynécologique, et n'hésitèrent pas à voler des patientes, soins et sources de revenus aux sages-femmes, allant parfois jusqu'à témoigner contre elles dans les procès de sorcellerie, et jouant un rôle dans leur mise à mort (49).

Le XIII^{ème} siècle fut ainsi marqué par une très forte augmentation du nombre de procès et d'exécutions de ces femmes (7). La crainte d'être condamnée à mort en aidant les patientes en dissuada probablement plus d'une de pratiquer des soins, voire de s'engager dans cette profession.

Histoire des acteurs, croyances et pratiques autour de la santé des femmes au fil de l'ère médiévale dans l'Europe chrétienne

2.4.3. Une décrédibilisation du savoir des guérisseuses

Malgré le nombre croissant des universités de médecine en Europe à partir du XIII^{ème} siècle, les femmes étaient la plupart du temps exclues de ces institutions, en tant qu'étudiantes ou même comme auditrices libres (12). Les médecins diplômés de ces écoles manifestaient une volonté croissante de différencier leur propre savoir académique de celui empirique des femmes guérisseuses. Ce dernier, déduit des observations et expérimentations de nombreuses générations, et transmis oralement n'était toutefois pas sans danger, avec en particulier des erreurs de dosage fréquentes (49). Des médecins n'hésitaient pas à dénigrer et décrédibiliser les sages-femmes (23), qui étaient de plus en plus vues comme des personnes illettrées, faisant plus de mal que de bien voire mal intentionnées. Leur champ de compétences aussi bien que leur patientèle se sont ainsi progressivement réduits (18).

Bruno de Longobucco (professeur de chirurgie italien du XIII^{ème} siècle) déplorait ainsi que « des femmes viles et présomptueuses aient usurpé l'art de guérir en abusant celles-là qu'elles soignent sans avoir pour se faire ni la doctrine ni le talent ». À l'opposé, d'autres auteurs vantaient les talents de ces praticiennes, comme Bartholomé l'Anglais qui écrivit plusieurs ouvrages sur les pratiques des ventrières de son époque, et qui définissait la sage-femme comme « une personne possédant l'art d'aider une femme en travail afin que la naissance se passe pour le mieux et que l'enfant ne soit pas en danger »(25).

2.4.4. es soignantes décrédibilisées mais encore nécessaires

Les sages-femmes restaient toutefois utiles aux yeux de l'Église, et on trouve peu de traces de sages-femmes n'étant pas rattachées à une paroisse précise (outre celles jugées pour leur pratique illégale de la maïeutique, notamment parce qu'elles n'avaient pas prêté serment à leur curé)(7).

Cependant, les connaissances requises pour la pratique de leur profession n'étaient encore que très rarement mentionnées dans les textes de l'époque. On peut de plus supposer que dans les milieux ruraux, les sages-femmes purent conserver un certain contrôle sur le suivi de la santé génésique.

2.5. De véritables professionnelles au bas Moyen Âge

2.5.1. es études de maïeutique mieux encadrées

À partir du bas Moyen Âge, les sages-femmes devaient être évaluées sur leurs connaissances avant d'être autorisées à pratiquer. La première mention de sages-femmes ayant passé un examen remonte ainsi à 1333, quand Mabilie La Ventrière et Emeline Dieu-la-Voit furent interrogées par des représentants de leur prieuré de Saint-Martin-des-Champs en France. Le prêtre local continuait en effet très souvent à jouer un rôle dans la désignation des sages-femmes habilitées à exercer sur le domaine de sa paroisse, et certains évêchés commençaient même à participer à la formation des élèves (14). D'autres sources rapportent que des médecins pouvaient également être appelés à examiner les compétences des aspirantes sages-femmes comme dans l'Allemagne du XV^{ème} siècle (34).

À Paris, Dijon et Bruges (37) à la même époque on peut retrouver également des décrets traitant de la formation des étudiantes, de l'encadrement de leur examen de passage par les matrones

Histoire des acteurs, croyances et pratiques autour de la santé des femmes au fil de l'ère médiévale dans l'Europe chrétienne

jurées (alors au nombre de quatre à Paris par exemple), et des pensions versées à ces praticiennes. Il y était alors devenu obligatoire pour pouvoir pratiquer en toute légalité d'avoir suivi les enseignements d'une sage-femme expérimentée (très souvent une parente plus âgée de l'élève (39)) pendant en moyenne trois années et de fournir un certificat de bonne vie et de bonnes mœurs signé par leur curé (27).

Cependant malgré l'interdiction aux ventrières, mères aleresses, matrones et autres d'instruire de nouvelles élèves, dans les campagnes bien souvent privées de sages-femmes de formation, ces guérisseuses continuaient de transmettre des connaissances non évaluées par les paires, fréquemment démodées et dangereuses (succussion, dosages arbitraires dans les remèdes, etc.)(14). Ces transgressions étaient de plus facilitées par une distinction peu claire dans les textes de lois entre les sages-femmes formées et les autres guérisseuses. Il a fallu attendre le XVIII^{ème} siècle pour que ces différentes praticiennes soient différenciées dans les textes, au moins au sein des grandes villes, ce qui rend quasi impossible de faire une estimation fiable du nombre de guérisseuses non formées enfreignant la loi à l'époque (54).

Une fois « diplômées » (on retrouve peu ou pas de traces de licences officielles pour la pratique de la maïeutique avant la Renaissance) (34), les sages-femmes pouvaient afficher à l'avant de leur maison une enseigne symbolisant leur profession (une femme enceinte, un jeune enfant portant un cierge, un berceau, etc.) (23).

D'autres textes législatifs encadraient le nombre de praticiennes. Le concile de Cologne de 1310 requérait ainsi la présence de sages-femmes formées à l'ondolement au sein de chaque paroisse (11), et le synode de Paris de 1311 statuait que les sages-femmes formées ayant passé un entretien et prêté un serment auprès du prêtre local devaient être reportées sur les listes officielles pour servir rapidement leur communauté (7). On ne retrouve toutefois que peu de noms de ces femmes sur la période médiévale, et la plupart de celles qu'on connaît nominativement officiaient auprès de dames de haut rang au XIV^{ème} siècle, comme Jacquemette Peguillote à la cour de Savoie, Jeanne La Gouttière qui assista la duchesse d'Orléans ou Asseline Alexandre, sage-femme d'une duchesse de Bourgogne (37).

Le perfectionnement de l'imprimerie par Gutenberg permit aux femmes alphabétisées (et pouvant se payer des livres) de s'instruire en autodidacte ou de perfectionner leurs connaissances (12). De plus en plus de sages-femmes apprenaient en effet à lire et écrire dans leur langue maternelle, comme le montre le grand nombre d'ouvrages dédiés à leur pratique, cependant la plupart ne connaissaient pas le latin ou le grec, et étaient ainsi considérées comme illettrées aux yeux de la communauté scientifique (39).

2.5.2. L'enseignement par les médecins et les chirurgiens

Les nouvelles diplômées recevaient un certificat de passage après leur validation de l'examen, et étaient ensuite envoyées auprès des représentants des médecins, barbiers et chirurgiens de la ville pour apprendre auprès de ces professionnels les notions de chirurgie essentielles à la pratique de leur activité. Ce rôle joué par ces praticiens masculins montre bien la place qu'ils avaient pris dans l'organisation des études de maïeutique, d'autant plus après l'édit du roi Charles VIII en 1484 interdisant aux femmes d'étudier la chirurgie, ce que des universités comme celle de Paris avaient

Histoire des acteurs, croyances et pratiques autour de la santé des femmes au fil de l'ère médiévale dans l'Europe chrétienne

pourtant permis jusque-là. De nombreuses femmes continuèrent toutefois de pratiquer sans diplôme (des veuves de chirurgiens reprenaient l'affaire de leur défunt mari). Certaines chirurgiennes s'illustrèrent ainsi particulièrement, comme Guillaumette de Luys à la cour de Louis XI au XV^{ème} siècle (18).

Au XV^{ème} siècle, les relations entre les médecins/chirurgiens et les sages-femmes se divisaient ainsi principalement en deux catégories. Une part des premiers souhaitait coopérer avec les praticiennes et leur transmettre de nouvelles théories et pratiques, mais beaucoup de ces hommes, comme l'italien Savonarola (1384-1468), considéraient que les sages-femmes n'étaient bonnes qu'à s'occuper de la physiologie, ne savaient pas traiter la stérilité au sein du couple, l'incapacité à avoir des garçons, les pathologies féminines en général, les fausses couches, etc. Dans ses écrits, ce médecin alla même jusqu'à inclure la grossesse et l'accouchement dans le champ de la pathologie, et donc dans le champ de compétences des médecins, au détriment de l'indépendance et de la pratique des sages-femmes (24).

2.5.3. es de déontologie

A la fin du bas Moyen Âge, des codes de déontologie des sages-femmes commençaient à voir le jour, dont certains volets figurent encore dans la version actuelle. Ces femmes devaient entre autres montrer un certain savoir être (attitude calme, déférente et respectueuse) ; avoir les mains propres, lavées et sans bijoux ; assister les femmes riches comme les pauvres ; dénoncer les femmes pratiquant la maïeutique sans diplôme ; garder le secret médical ; savoir pratiquer l'ondolement au besoin ; appeler le chirurgien ou le barbier en cas de dystocie ; et elles étaient condamnées si elles avaient pratiqué des avortements (23). Le statut des sages-femmes était plus ou moins bien cadré selon les régions : leur place en tant que professionnelles de santé à part entière a été claire en Allemagne dès le XV^{ème} siècle, tandis qu'il a fallu attendre 1560 pour avoir le même résultat en France (18).

2.5.4. Rémunération des acteurs de la naissance

On a pu retrouver des traces des honoraires perçus par les différentes personnes assistant la mère pendant son accouchement et ses suites de couches. Ainsi à Florence au XV^{ème} siècle la sage-femme était rémunérée proportionnellement à la durée du travail, ainsi que pour la délivrance. D'autres femmes accompagnaient et soutenaient les mères au cours de la grossesse, de l'accouchement et des premières semaines de la vie du bébé (45). Le travail de ces femmes, appelées *guadadonne* en Italie, pourrait être comparé à celui de nos doulas modernes, mais était très peu rémunéré par rapport au temps passé sur une période étendue auprès des mères, surtout en comparaison avec le temps de présence des sages-femmes.

Il n'existe toutefois pas de traces à cette époque de la reconnaissance et de l'encadrement de la pratique de ces sages-femmes italiennes, tandis que leurs consœurs d'Europe du Nord recevaient déjà à l'époque des licences les autorisant à pratiquer, délivrées par les instances municipales et religieuses (au sein des villes à tout le moins étant donné le quasi désert médical que pouvaient être certaines provinces reculées) (49).

Histoire des acteurs, croyances et pratiques autour de la santé des femmes au fil de l'ère médiévale dans l'Europe chrétienne

2.5.5. Les sages-femmes jurées

2.5.5.1. Des rôles multiples pour les sages-femmes jurées

Au début du XIV^{ème} siècle, les sages-femmes étaient de plus en plus fréquemment appelées dans des situations en dehors de la chambre de l'accouchée. Des « matrones jurées » choisies par le prévôt de la cité dans le cas du Paris du XV^{ème} siècle examinaient ainsi des bébés ayant été abandonnés et retrouvés morts ou vifs (18), dans ce cas on demandait aux praticiennes de tenter de reconnaître un enfant qu'elles auraient aidé à faire naître. Elles diagnostiquaient des grossesses extra-conjugales ; intervenaient dans les procédures d'annulation de mariages (6), dans les enquêtes de moralité (comme pour le diagnostic de la virginité de Jeanne d'Arc), dans les affaires d'héritage (où les sages-femmes ayant assisté à la naissance d'une personne étaient appelées à témoigner pour confirmer son âge) ; ou pour examiner les femmes enceintes ayant été battues pour déterminer les risques qu'elles fassent une fausse couche (39).

2.5.5.2. Intervention dans les affaires d'agressions sexuelles

Les sages-femmes jurées examinaient également des patientes ayant été violées. En effet, si les médecins testaient la virginité des patientes par divers tests paracliniques, les sages-femmes étaient les seules habilitées à pratiquer l'examen physique sur les femmes ayant subi cette agression. La *Constitutio Criminalis Carolina* de 1532 de l'empereur germanique Charles V rapportait ainsi « qu'une femme [...] ne soit examinée que par des femmes expérimentées au niveau de ses parties intimes afin de fournir des informations à une enquête approfondie », et on ne retrouve de plus aucune mention en Europe de la réalisation de cet examen par un homme avant la fin du XVI^{ème} siècle.

Cependant, dans l'immense majorité des cas, l'intervention des sages-femmes n'avait que pour but de déterminer si la victime était toujours vierge (les écrits de l'époque ne rapportent que des affaires où la victime était une femme ou une fille non mariée), ou si cette agression sexuelle avait mené à une grossesse. En effet, une croyance populaire, probablement née au XII^{ème} siècle, voulait qu'une femme ne puisse tomber enceinte que si elle le souhaitait ou prenait du plaisir lors de l'acte sexuel. William de Conches, philosophe français du XII^{ème} siècle disait ainsi que si les femmes violées n'appréciaient pas l'acte (sexuel) au début, la faiblesse de leur chair les y conduisaient finalement graduellement.

Cette idée fut ensuite reprise par divers textes de lois comme la *Fleta* et le *Britton* au XIII^{ème} siècle, en contradiction avec les théories aristotéliennes statuant qu'une femme pouvait très bien concevoir sans ressentir le moindre plaisir. Cette croyance populaire médiévale fut utilisée par les avocats des hommes accusés de viol dans le cas où les victimes étaient tombées enceintes à l'issue de cet évènement (11).

2.5.5.3. La perte du pouvoir juridique

A la fin du Moyen Âge, les sages-femmes jurées furent progressivement dépossédées de leur rôle juridique par les médecins, ayant pour beaucoup une piètre opinion d'elles, comme en

Histoire des acteurs, croyances et pratiques autour de la santé des femmes au fil de l'ère médiévale dans l'Europe chrétienne

témoignaient de nombreux écrits de médecins critiquant les compétences, les connaissances et l'arrogance des sages-femmes (49). Au XVI^{ème} siècle, Ambroise Paré déclarait notamment que si les sages-femmes étaient fières de savoir distinguer une femme ayant perdu sa virginité suite à une agression sexuelle d'une femme ayant volontairement cédé au péché de luxure, leur expertise était peu fiable, et causait de nombreux jugements erronés (11).

2.5.6. Les chasses aux sorcières d'Europe

2.5.6.1. « Sorcières » : un terme polysémique

On pense que le premier procès de sorcières par l'Inquisition papale s'est tenu en Irlande en 1324. Du XIII^{ème} au XVII^{ème} siècle, avec des pics vers 1315-1319 puis entre 1480 et 1484, les chasses aux sorcières menées par l'Inquisition papale ont été responsables de la mort d'au moins 100 000 personnes à travers la chrétienté. On ne retrouve cependant que peu de notes des inquisiteurs, et certains historiens estiment même que les pertes auraient pu s'élever à plusieurs millions. Il s'agissait à plus de 85 % de femmes, puisque ces dernières étaient réputées être plus faibles d'esprit et céder aux avances du Diable, allant jusqu'à pactiser avec lui pour entre autres ensorceler les hommes et les rendre impotents (12). En France, Allemagne et Angleterre, les accusations furent particulièrement nombreuses et étaient bien souvent liées à des querelles et vengeances personnelles, ou à l'appât du gain puisque les personnes ayant accusé une femme s'avérant être une véritable sorcière au sens inquisitorial du terme étaient récompensées par une somme d'argent (18).

Le nom « sorcière » regroupait en fait un certain nombre de crimes différents. Peu importe leur sexe, des divergents politiques, hérétiques, blasphémateurs, ou soignants étaient en danger, en particulier après la publication de la bulle du pape Innocent VIII en 1484 autorisant les inquisiteurs à enfermer, torturer et tuer toutes les menaces potentielles au pouvoir de l'Église chrétienne (12).

Le peuple voulait de plus trouver des explications aux vagues d'épidémies et aux famines. L'incapacité de la science de l'époque à trouver des causes rationnelles à ces catastrophes favorisa sans doute la popularité de croyances superstitieuses afin d'expliquer l'inexplicable. Les « sorcières » constituaient les parfaits boucs émissaires sur lesquels reporter la responsabilité des fausses couches, phénomènes naturels, guerres, problèmes médicaux (en particulier autour de l'infertilité), etc. (18).

2.5.6.2. Les soignantes accusées de sorcellerie

Les femmes soignantes étaient bien souvent accusées et exécutées pour leurs connaissances sur les contraceptifs et les avortements. L'Inquisition accusait ainsi les sages-femmes de causer des fausses couches, d'utiliser des herbes à des fins maléfiques (contraception, avortement, etc.), de castrer ou rendre les hommes impotents, d'user d'incantations païennes, etc. (43). Selon Hugues Pennethorne : « les juifs étaient brûlés comme usuriers parce que seul un juif avait le droit de prêter de l'argent dans le système médiéval, et peu d'autres professions leur étaient permises. De la même manière, les sorcières disposaient presque seules du pouvoir de guérir – double pouvoir de guérir et de nuire- à cause de la prévention qui existait au Moyen Âge contre la médecine » (56).

Histoire des acteurs, croyances et pratiques autour de la santé des femmes au fil de l'ère médiévale dans l'Europe chrétienne

On accusaient souvent les femmes soignantes d'utiliser leurs ongles « dont la pointe acérée était destinée à percer les membranes [...], à tuer le fœtus en perforant sa fontanelle » (43), ou encore de voler, dévorer ou encore revendre les produits de l'accouchement (18). On attribuait en effet un soi-disant pouvoir diabolique aux placentas, cordons (fréquemment revendus et broyés en poudre pour fabriquer toutes sortes de potions comme les philtres d'amour, ou des remèdes contre l'épilepsie ou l'apoplexie) et aux cadavres des bébés mort-nés, qui étaient utilisés pour des pratiques superstitieuses, comme pour se protéger de la lèpre comme en témoignent des lois créées au XV^{ème} siècle pour arrêter cette pratique (12).

Le *Malleus Maleficarum* (*Le Marteau des Sorcières*, véritable manuel de l'inquisiteur), écrit en 1484 par Jacob Sprenger et Heinrich Kramer, fut diffusé dans toute l'Europe et était fortement basé sur des témoignages des accusés obtenus par la force. Il propageait ainsi l'idée que « les sages-femmes surpassent toutes les autres sorcières dans leurs crimes » (14).

2.5.6.3. Les dangers de l'indépendance féminine

L'augmentation de l'espérance de vie, et le décalage croissant entre les âges des époux au moment de leur mariage avaient de plus causé un changement démographique à la fin du Moyen Âge. Un nombre croissant de femmes vivaient célibataires ou veuves, sans être totalement dépendantes d'un homme (père ou mari), et bouleversaient par leur mode de vie le modèle traditionnel de la femme médiévale soumise à une autorité masculine.

Cette indépendance privilégiée pour l'époque n'était cependant pas sans risques, puisqu'elle contredisait les enseignements de l'Église chrétienne, et les femmes isolées se retrouvaient sans protection face à des accusations de sorcellerie. Les femmes isolées ou âgées ainsi que leurs proches et voisins pouvaient être accusés, et des cercles sociaux entiers ont souvent été accusés et éliminés du jour au lendemain (18).

2.5.6.4. Traques, tortures et exécutions

Des méthodes variant selon les régions avaient été mises au point afin de dénicher les sorcières. Diverses marques étaient réputées marquer leur peau (cicatrices, grains de beauté, tâches de naissance, boutons, etc.), et si aucune n'était visible à l'œil nu, les bourreaux allaient les chercher sous la peau. Ils piquaient alors l'ensemble du corps de la victime avec des aiguilles en recherchant une zone d'insensibilité ou ne saignant pas. Des médecins s'étaient même spécialisés dans cette pratique et se mettaient exclusivement au service de l'Inquisition. Ils étaient également payés pour examiner le sang, les urines ou la bile des malades afin de déterminer si le mal était de cause naturelle ou maléfique (12).

Les inquisiteurs soumettaient hommes, femmes et enfants à la torture afin de leur faire avouer le nom de leurs comparses et les secrets de leur art. Ces victimes inventaient ainsi toutes sortes de fables pour arrêter de souffrir, quitte à dénoncer toujours plus d'innocents ensuite torturés à leur tour (57). Les hommes accusés de sorcellerie n'hésitaient notamment pas à accuser leur épouse de les avoir initiés à ce domaine pour tenter de sauver leur propre vie, et de nombreuses personnes pouvaient accuser les guérisseuses de leurs villages déjà fortement suspectées de par leur profession (18).

Histoire des acteurs, croyances et pratiques autour de la santé des femmes au fil de l'ère médiévale dans l'Europe chrétienne

Selon les pays les modes d'exécutions variaient. Ainsi les condamnés étaient étouffés en Ecosse, brûlés vifs en France, en Allemagne et en Espagne, ou pendus puis brûlés en Angleterre.



Figure 8 : Antoine Vérard, Frédégonde faisant brûler des sorcières, tiré des *Grandes Chroniques de France*, Paris, 1493 (58)

3. Les domaines de la santé des femmes : croyances et pratiques

3.1. Gynécologie

3.1.1. Les femmes pleines de venin

3.1.1.1. *Des menstruations toxiques*

De manière générale, le contact avec le sang des menstruations ou des lochies avait pour réputation depuis l'Antiquité de rendre les animaux fous, ronger la peau et tuer les plantes en raison des éléments toxiques dont il est plein (34). En effet, les saignements gynécologiques étaient présentés comme le seul moyen pour les femmes d'évacuer leurs humeurs viciées, car leur nature plus froide et leur constitution plus faible les auraient empêché de pratiquer les travaux physiques essentiels pour une purge des toxines via la sueur comme pour les hommes (42).

La plupart des ouvrages du Moyen Âge classique propageaient ainsi cette mauvaise réputation des menstruations, comme *De Secretis mulierum (Secrets de femmes)* d'Albert le Grand. Cet auteur y écrivait notamment que « les femmes sont si pleines de venin au moment de leurs menstrues qu'elles empoisonnent les animaux de leur regard ; elles infectent les enfants au berceau ; elles souillent le plus net des miroirs ; et si un homme a des relations sexuelles avec elles il attrapera la lèpre ou le cancer » (59).

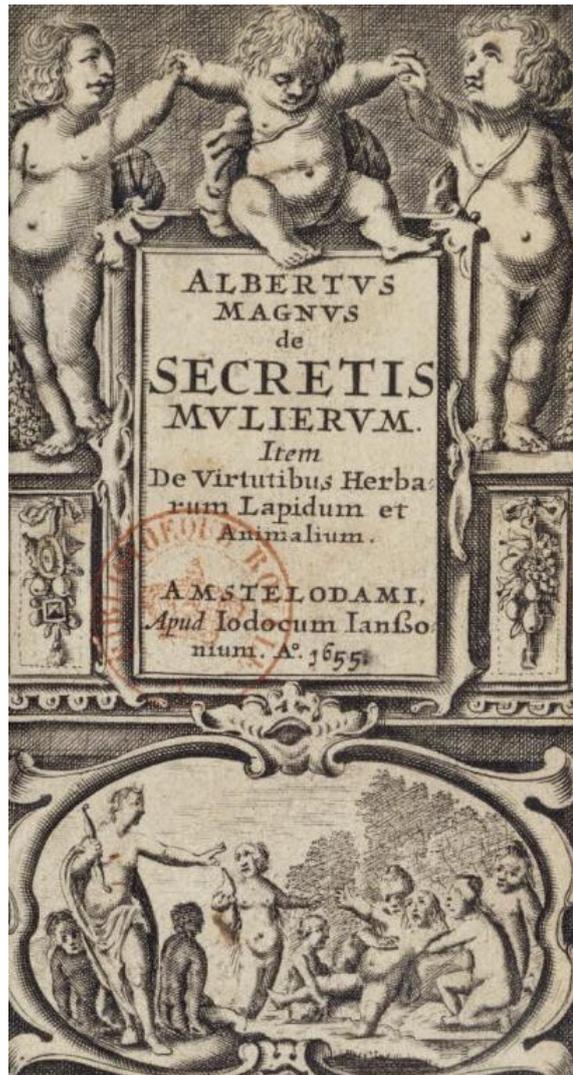


Figure 9 : Albert le Grand, *De Secretis mulierum*, XIII^{ème} siècle (60)

Selon Diego Alvarez Chanca (médecin espagnol de la fin du XV^{ème} siècle) dans *Tractatus de fascinatione* en 1499, les femmes ménopausées quant à elles étaient susceptibles de faire contracter des maux mortels aux personnes de constitution faible croisant leur regard, et de développer une résistance au poison grâce à leur pollution interne (26).

3.1.1.2. Les « secrets de femmes »

Les femmes étaient également accusées dans ce manuscrit d'être insouciantes, de commettre des excès (alimentaires et sexuels entre autres) pendant la grossesse au point de déclencher involontairement leurs propres fausses couches, d'encourager les hommes à avoir des relations sexuelles avec elles à des moments jugés dangereux pour les deux parties (pendant les règles, les jours saints, etc.), voire de causer des avortements grâce à un savoir secret.

Au cours du Moyen Âge classique, on retrouva fréquemment cette idée que les femmes disposaient de façon innée de connaissances sur le fonctionnement interne de leur propre organisme, en particulier en ce qui concerne leurs fonctions reproductrices (42). Au XIII^{ème} siècle, des textes comme

Histoire des acteurs, croyances et pratiques autour de la santé des femmes au fil de l'ère médiévale dans l'Europe chrétienne

De Secretis mulierum ou *Chirurgica* de Lanfranc de Milan témoignaient en particulier d'une baisse généralisée d'intérêt des médecins pour les maladies féminines au profit de plus de recherches sur les questions de fertilité et de reproduction (45).

Ce domaine devait d'ailleurs représenter une source d'importants profits, puisque des études modernes montrent que jusqu'à 16 % des hommes et 17 % des femmes mariées ne pouvaient pas avoir d'enfants pour une raison ou une autre en Angleterre entre les XIV^{ème} et XVIII^{ème} siècles (24). Vers la même époque des médecins prirent ainsi de plus en plus de place dans ce domaine, ainsi que dans la surveillance de la grossesse et de l'accouchement, ou pour les soins aux nouveau-nés, et empiétaient encore plus sur les champs de compétences des sages-femmes et nourrices (49).

3.1.2. Anomalies des règles

3.1.2.1. Hypo-, spanio- et oligomenorrhées

Le *Livre sur la Condition des Femmes* de Salerne fixait la période de fécondité des femmes entre quatorze (voire moins) et trente ans (et même jusqu'à soixante-cinq ans selon leur « degré d'humidité et de chaleur interne »), tant qu'elles avaient leurs règles. Ces dernières étaient également appelées « fleurs » car « tout comme les arbres ne peuvent pas produire de fruits sans fleurs, les femmes sans leurs fleurs ne peuvent concevoir » (42).

On pensait que les femmes (non gestantes ou allaitantes) avec des règles trop espacées, de quantité faible, ou pire, qui étaient en aménorrhée risquaient de développer des nausées, dorsalgies, céphalées, palpitations, brûlures urinaires, de la fièvre et de la fatigue (45). Selon Galien, elles pouvaient également être sujettes à des écoulements lactés au niveau des seins selon sa théorie que le sang s'accumulant dans l'utérus (au cours de la grossesse en règle générale) remontait dans les seins grâce à des modifications du système sanguin (48).

Livre sur la Condition des Femmes considérait alors tout saignement chez ces femmes en aménorrhée comme une bonne chose afin de permettre d'une manière ou d'une autre la sortie des humeurs néfastes de l'organisme, que ce soit sous forme d'hémorroïdes, d'épistaxis, d'urines sanglantes, ou au moyen d'une saignée. Cette dernière pratique était fréquemment réalisée par les médecins salernitains, et consistait à prélever plus d'un litre de sang sur une période de trois jours à la patiente, en général au niveau de la voute plantaire (42).

Des recettes visant à déclencher les règles ou augmenter leur volume étaient ainsi listées dans les ouvrages médicaux du Moyen Âge classique. On pouvait par exemple boire ou se baigner dans des mélanges d'iris jaune (favorisant la circulation sanguine, l'évacuation des urines et des toxines (61)), huile de castor (ou ricin, qui possède un effet purgatif), absinthe (encore utilisée aujourd'hui pour ses propriétés emménagogues (62)) ou myrrhe (utilisée depuis la période antique comme abortif (63)) souvent listés dans les œuvres de Plaetarius. Ce dernier pensait en effet que la survenue des règles était un bon signe de fertilité, ou que des situations comme des grossesses rapprochées pouvaient justifier la prise de ces remèdes pour déclencher les menstruations. Il ne considérait toutefois pas ces pratiques comme des méthodes contraceptives ou abortives, mais précisait que ces recettes pour déclencher les règles pouvaient également faciliter la délivrance ou l'expulsion des morts fœtales in utero.

Histoire des acteurs, croyances et pratiques autour de la santé des femmes au fil de l'ère médiévale dans l'Europe chrétienne

Ces pratiques entourant le déclenchement des règles étaient ainsi en divergence avec des théories antiques telles que celles de Soranos d'Ephese, pour qui la rétention des règles était un symptôme d'une maladie sous-jacente et non sa cause, qu'il ne fallait donc pas faire cesser sans réaliser des examens plus poussés pour ne pas risquer d'empirer l'état de la patiente. Il recommandait plutôt les bains de siège contenant des produits émollients que les médicaments utilisés pour accélérer le travail et la délivrance comme d'autres médecins antiques et médiévaux (64).

3.1.2.2. Ménométrorragies

Les règles hémorragiques étaient également redoutées et attribuées à diverses causes. L'éclatement des veines utérines sous la pression d'un flux sanguin trop important était associé à un saignement menstruel rouge vif et important. Une saignée était alors recommandée afin de réduire le flux augmenté dans ces vaisseaux.

Une hausse de la température causée par un excès de bile aurait causé des ménométrorragies jaunes, tandis qu'une pollution du système sanguin par le phlegme impur passait pour rendre le sang trop filant, avec des pertes menstruelles augmentées et blanchâtres (42).

3.1.3. Emanations utérines galéniques et hystérie hippocratique

3.1.3.1. Théories antiques

Grâce à ses observations de dissections animales (celles pratiquées sur des humains étant alors taboues), Hippocrate affirmait que l'utérus était mobile dans le corps de la femme, et pouvait se retrouver comprimé contre le foie où il risquait de suffoquer. Hippocrate appelait cette suffocation « hystérie » (terme qu'il utilisait également pour décrire la sècheresse excessive de la matrice, considérée comme fréquente chez les vierges et veuves en l'absence de semence masculine), qui selon lui représentait un risque mortel. Il prescrivait alors un traitement par des fumigations nauséabondes devant les voies aériennes et odorantes devant les voies génitales (afin de respectivement éloigner et attirer la matrice pour la ramener vers sa position d'origine).

Pour Galien, le sperme féminin qui s'accumule dans l'utérus (surtout chez les jeunes vierges et les veuves n'ayant pas ou plus de rapports sexuels) risquait de se transformer en émanations toxiques diffusant vers l'ensemble des organes et pouvant causer une diminution de l'appétit, une rigidification du cœur, des syncopes, une perte de la voix ou de la vue (42).

3.1.3.2. Adhésion de ces théories au Moyen Âge

Il existait des débats entre les médecins salernitains autour des théories d'Hippocrate et de Galien. Plaetarius fusionna ces deux théories antiques pour mettre au point la sienne : les émanations utérines évoquées par Galien causeraient un soulèvement de l'utérus dans l'abdomen selon la théorie d'Hippocrate, et pourraient être soignées par des massages des extrémités à l'huile de laurier (susceptible de soulager les douleurs et de réguler les cycles menstruels (65)) ou par des fumigations.

Histoire des acteurs, croyances et pratiques autour de la santé des femmes au fil de l'ère médiévale dans l'Europe chrétienne

En revanche, le traducteur italien (inconnu) de *De secretis mulierum* (*Il segreti delle femine* en italien) appliquait pour sa part uniquement la théorie hippocratique, et pensait que cette suffocation utérine pouvait provoquer des signes cliniques comme des douleurs aux flancs, des crampes abdominales, des dysphagies ou des aménorrhées, traitables par des pessaires de fenugrec et de graines de lin (possédant entre autres des propriétés antispasmodiques (66)). Cette fusion des idées des médecins grecs fut reprise par de nombreux scientifiques, comme Mondino di Liuzzi' dans son traité d'anatomie.

3.1.4. Pathologies gynécologiques

La descente de l'utérus était décrite et aurait été causée par l'affaiblissement des ligaments utérins suite à l'exposition des organes génitaux féminins au froid ou à l'accumulation de trop d'humeurs utérines froides. Elle pouvait être traitée par des fumigations : au contraire du traitement de la suffocation utérine, Hippocrate prescrivait alors la présentation d'odeurs désagréables devant les voies génitales et agréables au niveau du nez et de la bouche afin d'attirer l'utérus vers le haut. La consommation d'un mélange de feuilles de laurier (utilisé pour traiter les crampes abdominales) (66), de myrrhe et autres éléments organiques (poudre de cœur de lièvre, etc.) dans du vin, des expressions abdominales, ou des manœuvres visant à repousser manuellement l'utérus par voie endovaginale figuraient également dans la liste des traitements de la descente d'utérus.

Trotula quant à elle le traitait avec un bain de genièvre, de camphre, d'Artemisia, puis de faire coucher la dame avec les jambes surélevées (27).

Une matrice trop froide passait quant à elle pour donner des diarrhées car le sang aurait eu plus de mal à y circuler, au risque de former des caillots. Des remèdes à base d'éléments de nature chaude étaient alors conseillés.

Des recettes contre le prurit étaient également décrites, avec des pessaires de litharge (dérivé de l'oxyde de plomb dont la consommation a mené au mieux à des coliques de plomb, au pire au décès), baies de laurier (qui présente des propriétés antifongiques et antibactériennes (65)) et blanc d'œuf (42).

3.1.4.1. Oncologie

Si les médecins antiques ont transmis une large pharmacopée visant à traiter les cancers, la majorité de ces recettes étaient appliquées indistinctement aux différents types de cancers (quelle que soit la localisation). À ce manque de données s'ajoute également la difficulté de reconnaître les plantes utilisées de l'Antiquité au Moyen Âge grâce à leur description visuelle ou textuelle dans les sources de l'époque, d'autant plus que certaines sont aujourd'hui (considérées comme) disparues. De plus, peu de mentions sont faites d'une véritable spécialité oncologique au cours du Moyen Âge.

On retrouve notamment un grand nombre d'ingrédients dont des études modernes ont prouvé une véritable activité antitumorale plus ou moins importante. Pour Hippocrate, les cancers (*phlegmonê*, *phlogôsis*, *oidêmata*) étaient causés par une accumulation de bile noire néfaste, et il recommandait donc diverses plantes ayant supposément l'effet d'évacuer cette substance.

Histoire des acteurs, croyances et pratiques autour de la santé des femmes au fil de l'ère médiévale dans l'Europe chrétienne

Ainsi Discorides (un pharmacien grec du 1^{er} siècle ap. J-C) lista des centaines de plantes comme le concombre d'âne (*ecballium elaterium*, également prescrit par Pline l'Ancien et Galien, qui possède effectivement une forte activité antitumorale sur les sarcomes), l'huile de castor (*ricinus communis*, contenant une forte concentration en ricin antitumoral), la féverole (*vicia*, très toxique crue, mais libérant des cyanides antimototiques une fois cuite), l'huile de narcisse (également recommandée par le romain Flavius Rufinus au IV^{ème} siècle, qui contient une importante quantité d'alcaloïdes aux effets anti-cancéreux), ou encore des décoctions de vin et de colchique d'automne (*colchium autumnale*), dont des études modernes ont montré la forte concentration en colchicine, capable de réduire significativement la taille des tumeurs (33). Le point de vue sur cette dernière espèce était cependant très variable chez les médecins, puisque Galien, Plaetarius ou Avicenne en vantaient également les mérites, tandis qu'un grand nombre d'opposants comme Hildegarde de Bingen le considéraient comme un poison.

Galien vantait également les mérites de la belladone (*solanum*) ou de la morelle (*strycnos*, qu'il utilisait également pour traiter l'herpès et qui est encore très présente de nos jours dans la médecine traditionnelle) très toxiques, pour soigner les cancers ulcéreux.

Pline l'Ancien prescrivait la pervenche (*vinca*), riche en alcaloïdes, pour assécher les tumeurs (67), tandis que Constantin l'Africain recommandait notamment l'euphorbe (*euphorbia*, extrêmement toxique car contenant une grande quantité de latex)(66).

Histoire des acteurs, croyances et pratiques autour de la santé des femmes au fil de l'ère médiévale dans l'Europe chrétienne

3.2. Fertilité dans la société médiévale

3.2.1. place et le rôle de la femme dans la société médiévale

Au sein des milieux populaires, les femmes pouvaient être mariées dès leurs ménarches à des hommes âgés d'au moins une quinzaine d'années, et la plupart du temps issus du même village. Cette endogamie, associée à l'isolement des communautés entre elles au début de l'ère médiévale, limitaient les mariages inter-villages et furent sans doute responsables d'une forte consanguinité dans certaines régions (31).

L'espérance de vie moyenne des femmes carolingiennes était de quarante ans pour celles qui n'étaient pas morte dans l'enfance. Une femme était généralement considérée vieille et ménopausée vers l'âge de trente ans au début de l'ère médiévale, puis vers soixante ans à la fin du bas Moyen Âge avec l'augmentation progressive de l'espérance de vie (19).

Leur devoir naturel était défini par leur capacité à avoir un maximum d'enfants (afin notamment de compenser la mortalité infantile très élevée), en particulier des fils qui leur permettaient d'assurer leur place dans la société. Elles passaient la plus grande partie de leur vies enceintes (ou enfermées dans un couvent) (12). Si elles manquaient à leur tâche, elles couraient le risque d'être mises en marge, répudiées ou même exécutées (16). Leur place au sein de la famille de leur mari était également précaire avant leur premier enfant (voire leur premier fils), et les jeunes époux conservaient souvent un statut d'enfant dans leur communauté avant de devenir parents à leur tour. Les hommes passaient alors de *juvenis* (adolescent) à *vir* (homme fait) et leurs épouses de *puella* (fille) à *femina* (femme) (31).

3.2.2. De la nécessité de la naissance d'enfants légitimes au Moyen Âge classique

La production d'héritiers pour un couple gagna une nouvelle dimension législative vers le XIII^{ème} siècle, puisqu'un mari ne pouvait dès lors plus espérer prendre possession des biens de sa femme avant la naissance d'un enfant vivant « normal » (les bébés monstrueux, malformés, ou mort-nés ne comptent pas). Tout enfant né d'une femme mariée était, jusqu'à preuve du contraire (adultère de la mère ou impotence du mari), imputé à son époux, puisque la médecine de l'époque n'était pas capable de certifier du lien biologique entre un homme et son hypothétique enfant.

Cette source d'incertitude et de méfiance à l'encontre des femmes, et la croyance précédemment évoquée de l'existence de « secrets de femmes » peuvent permettre d'expliquer l'explosion du nombre de dissections de corps humains (de femmes en particulier) visant à mieux comprendre le fonctionnement de la conception et de la grossesse (24).

3.2.3. Causes d'infertilité

Au cours du Moyen Âge, deux principales théories décrivaient le rôle des parents dans la conception : la théorie aristotélicienne selon laquelle le ventre maternel n'était qu'un sol que le conjoint devait féconder, où la mère n'apportait pas de matériel pour concevoir l'embryon ; et la

Histoire des acteurs, croyances et pratiques autour de la santé des femmes au fil de l'ère médiévale dans l'Europe chrétienne

théorie dérivée de la science hippocratique selon laquelle les deux membres du couple produisaient chacun une semence distincte devant se combiner pour former la vie (voir *Dialogues de Placides et Timéo* au XIII^{ème} siècle, « pour que enfes soit concheus, il convient que les deux ensemble sachent et rendre sperme naturellement ») (27).

La stérilité d'un mariage était le plus souvent attribuée entièrement à l'épouse au haut Moyen Âge, mais la responsabilité des deux membres du couple fut progressivement évoquée au cours du Moyen Âge classique. Elle était souvent présentée par le clergé comme la punition divine ou la conséquence mécanique à une faute commise par les personnes bréhaignes. On pensait par exemple qu'une sexualité très active chez la femme risquait de remplir sa matrice de semence au point qu'un fœtus ne pourrait pas s'y développer.

Malgré sa méfiance à l'encontre des femmes, l'Église ne punissait pas la stérilité, puisqu'elle était vue comme le dessein de Dieu. Les personnes stériles devaient toutefois mettre à profit le temps qu'elles n'utilisaient pas à élever des enfants pour se vouer à des œuvres de charité.

L'infécondité était parfois également considérée comme le résultat d'un mauvais sort jeté par une personne voulant du mal au couple, et ayant « noué l'aiguillette » (fait des nœuds sur un lacet pour jeter un sort) ou murmuré des formules maléfiques dans leur dos (29).

Pour la femme, ce mal pouvait être causé par une matrice trop chaude brûlant le sperme. Dans ce cas, on était censé pouvoir remarquer une chute de cheveux (présente notamment dans les tableaux cliniques d'hypo-(68) et hyperthyroïdie (69), d'anémie (70), de syndrome des ovaires polykystiques/SOPK, ou en cas de carences diverses), des lèvres sèches et des boutons (également imputables au SOPK (71)).

Une matrice au contraire trop humide risquait de rejeter le sperme, et la femme aurait alors les yeux humides et larmoyants en raison d'un lien direct entre l'utérus et le cerveau.

3.2.4. Méthodes diagnostiques

On pouvait notamment tester la fécondité d'une femme en utilisant une méthode mise au point par Hippocrate, et liée à sa théorie selon laquelle les voies génitales et aériennes féminines communiquent directement. Cette méthode consistait à placer une gousse d'ail dans le vagin de la femme : si elle avait le lendemain une haleine aillée elle était donc féconde (35). La médecine salernitaine recommandait également de faire uriner les deux membres du couple dans des pots de son, et de sentir l'odeur de ces récipients deux jours plus tard : le pot malodorant était censé diagnostiquer une stérilité incurable.

3.2.5. Recours contre la stérilité

3.2.5.1. Saints

Pour éviter l'échec social de ne pas donner d'enfants à son mari, les femmes de tous les milieux étaient prêtes à recourir à toutes sortes de remèdes ou à partir en pèlerinage pour prier de nombreuses figures sacrées. Les déesses grecques et romaines comme Artémis ou Ilithyie furent remplacées par

Histoire des acteurs, croyances et pratiques autour de la santé des femmes au fil de l'ère médiévale dans l'Europe chrétienne

sainte Marguerite, sainte Anne, sainte Agathe, ou par des patrons locaux comme saint Phallier (célébré dès le VI^{ème} siècle dans la région de Limoges) ou saint Foutin (adoré dans la région lyonnaise dès le II^{ème} siècle).

On pouvait également acheter pour des fortunes de prétendus morceaux des statues de ces saints (en particulier des fragments des parties génitales) afin de les arborer ou de les incorporer dans des remèdes (36). Cependant, certains médecins voyaient d'un mauvais œil le recours de clientes potentielles au pouvoir de saints plutôt qu'aux coûteux services de la science, et certains praticiens n'hésitaient pas à mettre en garde les futurs pèlerins des dangers de ces voyages (26).

Les anciennes croyances étaient encore transmises, puisqu'en Bretagne (à Saint-Renan) au cours du haut Moyen Âge des femmes en mal d'enfant se couchaient nues les nuits de pleine lune sur les ruines de monuments druidiques (27). Elles pouvaient également se baigner ou boire dans des sources réputées pour rendre fertiles ; porter un sachet contenant des êtres vivants (insectes en tous genres) trouvés dans la terre de leur village ; ou consommer des aliments comme la myrtille, la mandragore (20), la grenade, ou encore les pois chiches (72).

3.2.5.2. Remèdes

Dans le cas de la matrice trop chaude évoquée précédemment, on pouvait traiter avec des pessaires de musc (produit glandulaire de chevreaux, il était considéré comme un tonique et stimulant (73)) et des rapports sexuels fréquents (ainsi qu'on le recommande encore de nos jours dans le cadre de la PMA).

La femme infertile pouvait également consommer une poudre de foie et de testicules d'un cochon sauvage issu d'une portée dont il était le seul petit ou porter une ceinture imbibée de lait maternel autour de son abdomen pendant les rapports sexuels (24).

Selon Trotula, les hommes quant à eux pouvaient prendre des remèdes composés de testicules de bélier rôties (27).

3.3. Régulation des naissances

3.3.1. régulation des naissances pour dissimuler les relations extra-conjugales

Dès le IX^{ème} siècle l'Église tenta avec beaucoup de difficultés d'interdire le divorce. Jusque-là, le meurtre de son conjoint ou la polygamie étaient fréquents en Europe, particulièrement dans les cas où une épouse était infertile, coupable d'avortement ou d'adultère, quitte à payer une compensation à sa belle-famille (13). Après le XIII^{ème} siècle, la monogamie était globalement appliquée au sein de la chrétienté, malgré la persistance d'infidélités conjugales, désapprouvées par l'Église (36).

Les hommes craignaient particulièrement de légitimer l'enfant bâtard issu d'une liaison extra-conjugale de leur épouse, et une femme jugée coupable d'adultère risquait la répudiation voire l'étranglement ou le bûcher.

Le faible nombre de naissances d'enfants illégitimes déclarées au Moyen Âge (32) laisse donc supposer que les femmes infidèles, tout comme les prostituées, utilisaient fréquemment des méthodes contraceptives ou abortives pour éviter d'accoucher d'enfants non désirés, ou qu'elles se débarrassaient de leurs enfants après la naissance.

On ne sait cependant pas dans quelle mesure les registres démographiques étaient rigoureux dans le recensement des naissances d'enfants mort-nés, décédés très jeunes, exposés (abandonnés pour qu'ils soient recueillis par une autre famille, par une institution religieuse ou par des vendeurs d'esclaves entre autres) (19). De plus, la plupart des tombes d'enfants de cette époque étaient peu profondes et ont donc très souvent été endommagées. Les sépultures en assez bon état pour être étudiées ont montré que les causes de mortalité principales comprenaient, entre autres, les conséquences de malformations congénitales, un manque d'hygiène, des blessures infectées, ou des carences (en vitamine D et K particulièrement), ce qui laisse supposer que moins de la moitié des enfants atteignait l'âge adulte (20).

Les prêtres pénitenciers étaient chargés par l'Église chrétienne de rechercher et juger les actes de péché graves, notamment ceux listés par Gratien au IV^{ème} siècle, tels que l'avortement, l'adultère, l'infanticide, ou le recours à des techniques et remèdes visant à éviter la fécondation.

Les hommes faisaient de plus fréquemment appel aux services de prostituées, qui disposaient d'une certaine connaissance sur les méthodes contraceptives ou abortives (31).

3.3.2. Un danger pour la société

Selon les historiens, il est très probable que la population de la période médiévale ait cherché à limiter le nombre de naissances, allant parfois jusqu'à causer des baisses démographiques, via des méthodes comme le célibat, l'abstinence, le calcul du cycle, le coït interrompu, les pessaires vaginaux, l'avortement, transmis oralement au sein des communautés. En effet, selon John Riddle (historien américain né en 1937), " one must suppose that the women knew what to eat, when and how often, and they would appear not to have learned this through books " ¹ (74).

¹ « on peut supposer que les femmes savaient quoi manger, quand et à quelle fréquence, et il apparaîtrait qu'elles n'aient pas appris cela dans les livres »

Histoire des acteurs, croyances et pratiques autour de la santé des femmes au fil de l'ère médiévale dans l'Europe chrétienne

Au VI^{ème} siècle, l'évêque d'Arles Caesarius considérait que les moyens de régulations des naissances s'assimilaient au vol de vies à la chrétienté : "the freeborn woman, who takes death-dealing potions so that she does not conceive, I would like to know if she would like her servant-girls or tenants to do this. Because just as every woman wants slaves to be born for her, who can be in service to her, so she should also rear however many [children] she has conceived herself or hand them to others for rearing; otherwise she either refuses to conceive or, which is worse, wants to kill those who might have been good Christians. And with what conscience does she want slaves to be born from her servant-girls while she refuses to engender those who could become Christians?"² (75).

Ce genre de pratiques furent particulièrement réprouvées à des périodes comme le XIV^{ème} siècle, qui fut marqué par une diminution drastique de la population après la Guerre de Cent Ans (1337-1453), des météos catastrophiques (1315 et 1317) engendrant des famines, ou des épidémies meurtrières comme celle de peste noire entre 1346 et 1353. Cette dernière tua à elle seule près de 40% de la population parmi toutes les classes sociales, particulièrement en France, Angleterre, Italie, Espagne et Scandinavie (36). Les historiens pensent ainsi que la population européenne passa de près de soixante-quinze millions d'habitants au début du XIV^{ème} siècle à environ cinquante millions au milieu du XV^{ème} siècle (31).

Le sociologue allemand Gunnar Heinsohn (1943-2023) émit ainsi l'hypothèse que c'est à la suite de ces crises démographiques que la régulation des naissances devint un problème sociétal encore plus important. Les classes nobles et religieuses avaient en effet alors désespérément besoin que leurs serfs aient des enfants en grand nombre (particulièrement des fils) pour renflouer la main d'œuvre paysanne, et assurer le renouvellement des générations (18). La régulation de la taille des familles pouvait de plus menacer les concepts de famille et d'obéissance au mari ou au patriarcat prônés par les institutions chrétiennes, puisque l'accès à des mesures de contrôle des naissances accordait aux femmes un certain pouvoir de décision sur la taille de leur famille et sur leur propre vie (18).

Pour tenter de sauvegarder des vies en diminuant les avortements, infanticides et expositions, les ecclésiastiques encourageaient les parents à abandonner leurs enfants non désirés sur le porche des églises. Ces bébés pouvaient ainsi être élevés par l'Église dans leurs orphelinats jusqu'à leurs douze ans environ, puis devaient entrer dans les ordres ou devenir indépendants (29).

3.3.3 Héritage de l'Antiquité

La plupart des méthodes utilisées au cours du haut Moyen Âge étaient héritées de l'Antiquité. En secret, on pense ainsi que beaucoup de couples médiévaux utilisaient couramment des versions archaïques du stérilet (des tubes de plomb couverts de graisse de mouton, ayant initialement dans l'Antiquité un supposé rôle conceptif en aidant les spermatozoïdes à atteindre l'utérus) ; des méthodes d'expulsion du sperme masculin en post-coïtal (par des sauts et autres activités physiques, parfois utilisés pour déclencher des fausses couches) ; des spermicides (de miel, alun, cire, cyprès ou encore

² « à la femme libre qui prend des potions afin de ne pas concevoir, j'aimerais savoir si elle aimerait que ses servantes ou ses serfs fassent de même. Car tout comme chaque femme veut que des esclaves naissent pour son service, alors elle devrait aussi élever autant d'enfants qu'elle aura conçu elle-même ou les faire élever par d'autres ; autrement elle refuse de concevoir ou pire, elle souhaite tuer des êtres qui auraient pu être de bons chrétiens. Et avec quel esprit souhaite-t-elle que des esclaves naissent de ses servantes pour son service quand elle refuse d'engendrer des enfants qui auraient pu être de bons chrétiens ? »

Histoire des acteurs, croyances et pratiques autour de la santé des femmes au fil de l'ère médiévale dans l'Europe chrétienne

de laurier) ; des préservatifs en vessie ou boyaux de mammifères ou de tissu huilé (voire de peau humaine chez les Romains), etc.

Les avis des grands médecins de l'Antiquité divergeaient beaucoup autour de la contraception (64). Soranos d'Ephèse et Démocrite (V^{ème} siècle av. J-C) y étaient notamment globalement opposés, sauf avant que le fœtus ne s'anime, si la vie de la mère était mise en danger par la grossesse. Aristote tolérait la contraception et l'avortement avant que le fœtus ne devienne animé, tandis qu'Hippocrate déclarait dans son serment « je ne remettrai à aucune femme un pessaire abortif » (76).

La notion d'infections sexuellement transmissibles leur était presque totalement étrangère, hormis quelques allusions dans la mythologie grecque, avec l'utilisation de moyens barrières comme des feuilles d'alun ou les viscères animales précédemment mentionnées (77).

3.3.3.1. *Plantes antiques*

De nombreuses plantes étaient également partagées au sein de la communauté féminine et des familles (74), comme la grenade (capable de produire des analogues oestrogéniques) ; le *Trifolium subterraneum* (une espèce de trèfle qui était, d'après les observations de bergers grecs, capable de réduire la fertilité en raison d'une forte concentration en isoflavones déclenchant une réaction oestrogénique chez les mammifères) ; la rue (recommandée en pessaire ou per os par des médecins comme Soranos d'Ephèse, Pline l'Ancien ou Galien, qui pensaient qu'elle favorisait les menstruations, la délivrance ou l'expulsion des fausses couches, et est en fait très toxique) ; *ecballium elaterium* (le concombre d'âne, possédant effectivement une activité contraceptive relative (78)) ; le genévrier (pouvant réduire la mobilité tubaire et donc la migration de la cellule-œuf (79)) ; le saule (analogue des dérivés oestrogéniques féminins) ; ou encore la carotte sauvage recommandée par Galien et Paul d'Égine (médecin grec du VII^{ème} siècle) et qui empêcherait bien l'implantation selon des études récentes (74).

3.3.3.2. *Des divergences culturelles*

Cependant, malgré une distinction le plus souvent claire entre les abortifs (*phthorion*) et les contraceptifs (*atokion*) dans les textes de médecine antique grecque, la plupart des auteurs considéraient que les méthodes visant à arrêter une grossesse avant que le fœtus soit vivant/animé (avant qu'il acquiert une âme) tenaient de la contraception plutôt que de l'avortement. Cette animation du fœtus avait lieu à différents termes de la grossesse et pouvait varier selon le sexe et les auteurs.

Ainsi pour certains tous les êtres humains s'animaient vers quarante-six jours de grossesse (Barthélémy l'Anglais) (26), pour d'autres les filles ne s'animaient que vers quatre-vingt-dix jours de grossesse contre quarante seulement pour les garçons (39).

Il était de plus compliqué de déterminer si une femme n'était plus enceinte suite à un avortement volontaire ou à une fausse couche spontanée.

3.3.4. Contraception

3.3.4.1. La menace des représailles pour les coupables

L'utilisation de moyens contraceptifs (utilisations de pessaires imprégnés de substances et placés au fond du vagin avant les rapports sexuels, de potions, etc.) (16) ou de pratiques sexuelles jugées contre-nature n'a pas été punie par l'Église avant 813. Après cette date, toute tentative de limiter les naissances a tenu, aux yeux des théologiens, de l'infanticide, de la sorcellerie et du péché mortel. Saint Thomas (I^{er} siècle) les décrivait comme la pire des fautes sexuelles (32), et Saint Jérôme (IV^{ème} siècle) déclarait que la contraception était un homicide (cette idée perdura jusqu'au XVIII^{ème} siècle dans les textes religieux) et un crime envers Dieu qui avait fait la femme afin qu'elle soit fertile (75).

Les prêtres pénitenciers avaient tendance à juger de façon moins sévère les cas où les coupables avaient agi par manque de moyens pour élever un autre enfant (32), ou ceux où des épouses infidèles avaient utilisé des méthodes de contraception afin de ne pas « supposer d'enfants à leurs maris » (considéré comme le principal risque des relations extra-conjugales) par rapport à la limitation des conceptions au sein d'un couple marié (19).

Des auteurs comme Jean Gerson au début du XV^{ème} siècle considéraient ainsi que l'utilisation de moyens de contraception au sein d'un couple était plus grave qu'au sein des relations extra-conjugales, puisqu'elle constituait une trahison envers la chrétienté et sa doctrine pro natale (32). Si un professionnel de santé était reconnu coupable d'avoir mis en danger cette politique pro-nataliste, il ou elle risquait d'être à jamais exclu.e de sa guilde, voire d'être excommunié.e ou exécuté.e, et on peut ainsi retrouver un nombre important de rapports de procès tout au long du Moyen Âge, où des guérisseurs en tous genres furent accusés d'infanticide, avortement ou de sorcellerie (19).

Le recours aux moyens de contraception restait passible de lourdes sanctions au Moyen Âge classique. Burchard jugeait au XI^{ème} siècle les herbes et les *maleficiae* (sortilèges) visant à empêcher la conception (utilisés sur soi-même, sur une autre femme ou simplement en partageant cette connaissance) comme un homicide à part entière. Les coupables s'exposaient alors à une peine allant jusqu'à dix ans de jeûne ou d'ostracisme, voire à l'excommunication. Le roi Henry II à la même époque punissait une femme ayant volontairement avorté d'un fœtus inanimé de trois ans de peine, et de sept ans si le fœtus était déjà animé (36).

Entre les XII^{ème} et XIII^{ème} siècles, l'Église chrétienne consacra ainsi trois canons à la contraception (*Si Aliquis*, *Si Aliquando* et *Si Conditiones*), la présentant comme une contradiction du mariage (32). Toutefois, elle ne punissait pas la volonté de limiter les grossesses en soi ... avec l'utilisation de méthodes comme retarder l'âge du mariage, l'allaitement maternel, ou encore la chasteté !

3.3.4.2. Des méthodes variées

Aux recettes héritées de l'Antiquité s'ajoutaient en particulier celles transmises par l'école de Salerne. Pour ne pas concevoir, une femme pouvait ainsi porter diverses amulettes contre sa peau, comme l'utérus d'une chèvre n'ayant jamais mis bas ou un collier en peau d'oie contenant des testicules de belette castré et relâchée vivante ou une « gagate » (une pierre particulière). Elle pouvait également placer dans son propre placenta frais autant de graines de câpre ou d'orge que le nombre d'années qu'elle souhaitait attendre avant de retomber enceinte (42).

Histoire des acteurs, croyances et pratiques autour de la santé des femmes au fil de l'ère médiévale dans l'Europe chrétienne

L'auteur salernitain de *De Secretis mulierum* au XIII^{ème} siècle rapportait avoir appris un certain nombre de recettes contraceptives de prostituées et d'avorteuses (18) (même s'il décrit leur savoir comme rustique et propre aux ignorants) (49).

3.3.5. Avortement

De multiples lois médiévales listaient les peines encourues par les femmes avortant elles-mêmes ou assistant d'autres femmes dans cette démarche (par la prise de potions, la pratique de curetage utérins avec des plumes ou des branches, les chutes intentionnelles, et autres techniques souvent héritées de l'Antiquité (80)). Ce nombre important de textes permet ainsi de supposer que ces événements étaient relativement fréquents.

Le concile de Worms de 868 considérait par exemple tout avortement volontaire comme un homicide, et des rapports de jugements montrent que les peines comprenaient des périodes plus ou moins longues de jeûne ou d'exil.

La loi salique punissait également le fait de donner une potion abortive à une femme enceinte par une amende de 62 sous, voire plus si la sorcellerie était utilisée pour rendre une personne stérile (13), témoignant de la volonté des gouvernements de protéger les fonctions reproductrices de la population.

Les décrets de Prüm en 906 fixaient ainsi les pénitences encourues par une femme avortant volontairement en fonction du terme de la grossesse : si la coupable avortait dans les quarante premiers jours (soit avant l'acquisition d'une âme par le bébé), elle était excommuniée pendant un an, mais si le fœtus bougeait déjà, il s'agissait alors d'un homicide qui était jugé en conséquence (16).

Les femmes avortant très jeunes (ce qui était vraisemblablement le cas le plus fréquent afin d'éviter la honte et le bannissement social liés à la condition de fille-mère (72)) bénéficiaient en général d'un allègement de peine par rapport aux prostituées ou aux personnes leur délivrant les potions ou l'aide nécessaires à la réalisation de ce crime qui risquaient la peine de mort...

Des auteurs comme Bernard de Gordon tentaient notamment de dissuader les femmes d'avorter car « on a plus grande douleur à avorter qu'à accoucher naturellement » (27).

3.3.6. ition et infanticide

3.3.6.1. Une sélection des bébés

L'exposition et le meurtre des bébés étaient assez fréquemment pratiqués, le bien commun ne demandant pas que chaque enfant soit élevé. En effet les bébés faibles, déformés ou de sexe féminin risquaient de ne pas être assez productifs et de voler le pain des autres membres bien portants et utiles de la famille.

Le professeur d'histoire Edouard Brissaud (1822-1889) mettait ainsi en évidence le nombre important d'infanticides pratiqués à la fin du Moyen Âge, avec une explosion vers la deuxième moitié du XIV^{ème} siècle (36). Dans certaines régions en effet le nombre de déclarations de naissances de garçons dépassait notamment de très loin celui des filles (comme à Florence de la fin du XIV^{ème} siècle

Histoire des acteurs, croyances et pratiques autour de la santé des femmes au fil de l'ère médiévale dans l'Europe chrétienne

au début du XV^{ème} siècle). Toutefois comme pour le recensement des naissances d'enfants illégitimes mentionné plus haut, on ne peut garantir que toutes les naissances de bébés morts nés ou décédés très jeunes aient été listées.

Pour réduire leur sentiment de culpabilité mais aussi leur peine si leur crime était découvert, les parents abandonnant ou assassinant leur enfant pratiquaient souvent des cérémonies de pseudo baptême (III.E.3.) (18).

3.3.6.2. De nombreuses lois sanctionnant ces pratiques

L'abandon ou l'exposition d'un enfant étaient régulés par diverses lois : en Scandinavie, on pouvait exposer les bébés difformes ou féminins à condition de les baptiser avant ; chez les Frisons du IX^{ème} siècle il était interdit de se débarrasser d'un bébé ayant déjà mangé.

Le concile de Worms de 868 condamnait à mort les parents d'un enfant décédé dans des circonstances suspectes (de négligence des parents). Saint Louis dans la France du XIII^{ème} siècle publia notamment des lois déclarant que, si la mort accidentelle d'un premier enfant était possible (en particulier étouffé entre ses deux parents dans leur lit même si ce mode de couchage était fortement déconseillé par les autorités), la mère dont un second petit décède dans des circonstances accidentelles ou suspicieuses devait être remise à l'Église et brûlée ou enterrée vivante (aucune mention dans ces textes n'était faite sur la possible responsabilité et le jugement du père) (36).

La peine pour les infanticides était en général allégée pour les femmes y recourant par manque de moyens, en raison de leur jeune âge, ayant déjà des enfants dépendants d'elles, ou si la mort de l'enfant était jugée accidentelle (19).

3.4. La grossesse

3.4.1. stic de grossesse

Divers tests médiévaux étaient utilisés dans le but de déterminer si une femme était enceinte. Ce dernier terme était issu terme latin *incicta*, ceinture, devenu *aceinte* en ancien français et faisant probablement référence au dénouement progressif de la ceinture autour de la taille des femmes gestantes à mesure que la grossesse progresse (20).

L'aménorrhée était en général associée au diagnostic d'une grossesse (35), mais on piquait parfois le doigt d'une femme pour faire couler son sang dans un verre d'eau. Si cette goutte décantait au fond du récipient la femme était très probablement enceinte. Ce phénomène pourrait être basé sur l'élévation physiologique des facteurs de coagulation pendant la grossesse rendant le sang plus coagulable (81). Une aiguille pouvait également être mise à reposer dans les urines d'une femme toute une nuit, et on recherchait l'apparition de points rouges sur le métal le lendemain.

On pouvait donner aux femmes du mélicrat, un mélange d'eau et de miel. Si elles ressentaient des démangeaisons péri-ombilicales après ingestion, le test était jugé positif. Cependant cette technique était assez connue des femmes, et la plupart de celles souhaitant cacher une grossesse auraient eu tendance à répondre qu'elles ne sentaient pas l'effet voulu, sans qu'on sache s'il s'agissait d'un mensonge de la part de ces femmes ou d'une inefficacité de ce test (20).

3.4.2. rée de gestation

La durée d'une grossesse était très variable selon les sources : le juriste britannique Bracton (1210-1268) la fixait par exemple à un an. Une femme pouvait tout à fait accoucher prématurément, mais si elle dépassait le terme prévu d'un seul jour, ou que son mari était impotent, malade, frigide ou avait été absent plus d'un an avant la naissance, l'enfant était alors considéré illégitime. Beauvais quant à lui affirmait que la grossesse durait trente-neuf semaines et un jour, et qu'une naissance après ce délai était le signe de la bâtardise du bébé (36). Hippocrate calculait la durée totale de chaque grossesse en multipliant le terme d'apparition des premiers mouvements actifs fœtaux par trois (la grossesse durerait 210 jours si le fœtus s'animait vers le soixante-dixième jour de grossesse, etc) (39).

D'autres auteurs allaient jusqu'à déclarer qu'un enfant pouvait être attribué à un père décédé jusqu'à cinq, dix, voire soixante-douze ans après sa mort (16) ! Les théories des médecins de la Grèce antique sur la durée d'une grossesse étaient encore répandues : un bébé né au cours du septième mois de grossesse aurait ainsi eu plus de chances de survie qu'un enfant né au cours du huitième mois de grossesse car le chiffre 8, placé sous le signe de Saturne, était porteur de malheur (42), au contraire du neuvième mois de grossesse (et du mois de janvier (7)) sous l'influence de Jupiter, qui favorisait so-disant la naissance d'enfants vigoureux et joyeux (36).

Le ventre de la femme gestante était souvent assimilé à un four, et un bébé né prématurément était souvent dit « pas bien cuit », qu'il « lui manque un fagot » dans le Forez et le Vivarais, il promettait de ne pas être d'une intelligence très développée (17).

Un enfant ayant dépassé son terme était quant à lui censé naître avec un teint foncé et des cheveux noirs (55).

3.4.3. Développement embryonnaire

3.4.3.1. Inspirations antiques

Sur le modèle de la pensée antique, la population médiévale pensait que les corps célestes majeurs jouaient un rôle bien particulier sur le développement de l'embryon et du fœtus.

Ainsi Saturne agissait en premier en favorisant l'implantation de la semence, puis Jupiter créait la première masse indistincte des membres, que Mars distinguait ensuite les uns des autres tout en créant la tête.

Le Soleil créait ensuite le cœur et animait ce fœtus. Au cinquième mois, Vénus formait les cartilages, les os, les extrémités des membres et les caractères sexuels, et au sixième Mercure créait les phanères, les yeux et les organes de la voix.

Au septième mois enfin la lune hydratait l'ensemble du corps (47).

3.4.3.2. Théories du Moyen Âge classique

Les médecins de l'école de Salerne avaient la notion de règles anniversaires, et ils mirent progressivement au point des théories sur le développement embryonnaire et fœtal. Pour eux, les systèmes nerveux et squelettique se formaient vers sept mois de gestation et le fœtus était mature dès huit mois de grossesse.

Pour Barthélémy l'Anglais, la première phase de l'embryologie durait environ une semaine avec un produit de la conception sous la forme d'écume ; la deuxième phase marquait l'apparition du cerveau, du cœur et du foie et durait environ neuf jours ; la troisième phase se déroulait sur douze jours au cours desquels les membres indistincts se formaient ; et au cours de la quatrième phase de dix-huit jours les membres se séparaient les uns des autres (27).

Hildegarde de Bingen quant à elle pensait que le fœtus se développait au sein du placenta (39), et que le sexe fœtal était déterminé selon si la semence maternelle ou paternelle était plus vigoureuse que l'autre (38).

3.4.4. Modifications du système sanguin pendant la grossesse

Les travaux des médecins antiques transmettaient l'idée que le sang des règles ne s'évacuant pas servait à alimenter le fœtus, mais risquait de remonter dans le corps de la mère et de lui causer diverses pathologies (13). Au XV^{ème} siècle, une croyance populaire voulait également que le sang des règles piégé dans l'utérus pendant la grossesse risquait de tuer le fœtus s'ils entraient en contact, ou à tout le moins de lui donner des taches cutanées de couleur rouge (48).

Histoire des acteurs, croyances et pratiques autour de la santé des femmes au fil de l'ère médiévale dans l'Europe chrétienne

Ainsi des remèdes comme les ventouses et la saignée étaient prescrits, de préférence au cours de la pleine lune pour que cet astre attire le sang comme il attire les marées (26). Cette pratique était particulièrement prisée entre les troisième et quatrième mois de grossesse ou avant un voyage, car on redoutait que l'accumulation excessive de sang dans la matrice ne majore le risque de décollement de l'arrière-faix (29).

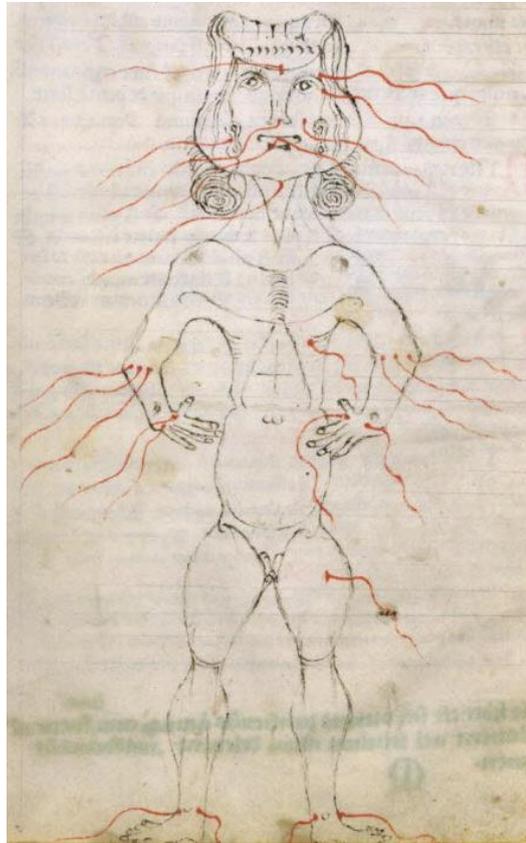


Figure 10 : auteur inconnu, les points de saignée, tiré de *Recueil de traités de médecine*, France, fin XIII^{ème} siècle (40)

Galien théorisait que les veines alimentant l'utérus pendant la grossesse se dirigeaient après l'accouchement vers les seins pour que ce sang y soit « cuit » et se transforme en lait. Pour Albert le Grand dans *Secreta mulierum*, « the first thing that develops is a certain vein or nerve which perforates the womb and proceeds from the womb up to the breasts. When the fetus is in the uterus of the mother her breasts are hardened, because the womb closes and the menstrual substance flows to the breast. Then this substance is cooked to a white heat [...]; because it is white like milk it is also called the milk of a woman. After being cooked in this way, it is sent through the vein to the womb, and there the fetus is nourished with its proper natural food”³ (34).

³ « La première chose qui se développe est une certaine veine ou un nerf qui perfore la matrice et relie cette dernière et les seins. Quand le fœtus est dans l'utérus de la mère ses seins sont durcis, car la matrice se ferme et les menstruations s'écoulent vers le sein. Cette substance est alors chauffée à blanc [...], comme elle est blanche comme le lait elle est appelée le lait de la femme. Après avoir été cuit ainsi, il est envoyé par la veine s'abouchant dans l'utérus, et là le fœtus est nourri avec sa nourriture appropriée »

Histoire des acteurs, croyances et pratiques autour de la santé des femmes au fil de l'ère médiévale dans l'Europe chrétienne

3.4.5. Déterminer le sexe du fœtus

3.4.5.1. Intérêt social

La détermination du sexe du fœtus était un enjeu crucial de la grossesse : les garçons étaient toujours utiles, que ce soit au sein de la noblesse ou dans les milieux paysans pour aider leur famille, tandis que plusieurs filles étaient difficiles à nourrir et à doter. Les fils étaient de plus les seuls descendants capables de pratiquer les rites de respect aux ancêtres, qui autrement risquaient de revenir hanter leur maisonnée après leur mort, tandis que les filles étaient destinées à rejoindre une autre lignée par le mariage. La différence d'intérêt des fils et des filles était particulièrement marquée lors de la rencontre du nouveau-né avec sa nouvelle communauté : pour les naissances de garçons, des félicitations à la mère et au bébé fusaient, tandis que pour les naissances de filles les visiteurs pouvaient prononcer des vœux très morbides (en Albanie, « faites qu'elle ne grandisse pas ») (72).

La volonté de savoir à l'avance le genre du futur bébé pourrait ainsi être perçue comme un moyen de mettre rapidement fin au développement d'un enfant qui représenterait un poids pour sa famille de par son sexe ...

3.4.5.2. Signes cosmiques

Une étoile au-dessus de la lune au moment de la découverte de la grossesse (29), ou une conception pendant la lune croissante (Vivarais (20)) étaient des signes annonciateurs d'un garçon.

Au contraire dans le Lauragais la conception pendant la lune croissante favoriserait la conception d'une fille. Si une nouvelle lune brillait dans les cinq jours après le dernier accouchement, le bébé suivant serait du sexe opposé. En Lorraine, une femme accouchant sous une pleine lune aurait un garçon, puis une fille pour ses prochaines grossesses (47).

3.4.5.3. *Dextra et sinistra*

Le côté droit (*dextra*) était associé depuis l'Antiquité à un fœtus mâle et le côté gauche (*sinistra*, ayant une connotation négative voire diabolique la plupart du temps) aux fœtus féminins. Les hermaphrodites quant à eux pouvaient notamment avoir été conçus à cause de la fécondation simultanée par la semence des deux testicules (14).

Ainsi, certains hommes n'hésitaient pas à ligaturer leurs propres testicules (conduisant parfois à leur castration) en fonction du sexe qu'ils souhaitaient éviter pour leur prochain enfant. On pensait de plus que, pendant la grossesse, une femme ayant plus tendance à utiliser son côté gauche, dont le ventre gravide se développait du côté gauche, dont le bébé bougeait plus du côté gauche, etc. devait sans doute porter un fœtus féminin (29).

3.4.5.4. Autres signes

Histoire des acteurs, croyances et pratiques autour de la santé des femmes au fil de l'ère médiévale dans l'Europe chrétienne

On pouvait également regarder la nuque de l'enfant précédant : si ses cheveux étaient implantés en pointe, le bébé suivant serait du même sexe que lui.

Si la mère aimait le vin pendant la grossesse elle aurait un garçon, et une fille si elle aimait coudre.

Dans le Languedoc, on pouvait planter une aiguille dans une branche de persil : s'il séchait l'enfant serait de sexe féminin, et de sexe masculin si l'herbe restait fraîche (82).

Une coloration cutanée jugée saine, un ventre plus arrondi que pointu chez la mère (en Languedoc notamment) ou des envies de nourriture salée passaient pour annoncer la venue d'un garçon, tandis qu'une femme attendant une fille risquait de ressentir des nausées très importantes, d'avoir de l'acné et autres tâches sur le visage, etc. (14).

De nombreux rites étaient de plus pratiqués afin de favoriser la naissance d'un fils, comme faire porter des couvre-chefs masculins à la mère, poser un jeune garçon dans le lit marital (72), ou faire manger des aliments salés ou de l'ail au mari avant la conception (47).

Pour Albert le Grand, les garçons étaient conçus le matin et les filles le soir (27).

3.4.6. Alimentation de la femme enceinte

3.4.6.1. *Un régime médiéval peu adapté*

Il était difficile de s'alimenter de façon équilibrée à la période médiévale, d'autant plus pour les femmes enceintes. Les femmes pauvres avaient notamment du mal à trouver des aliments leur apportant de l'acide folique (menant à des troubles du développement du tube neural chez les fœtus), du calcium, etc. Seules quelques privilégiées avaient en effet accès à des produits laitiers régulièrement. Les autres femmes voyaient la qualité de leur lait diminuer et souffraient d'ostéoporose dès l'âge de trente ans ou de rachitisme. L'accès à la viande était très rare, et les réserves des autres sources de fer comme les graines ou les légumes s'épuisaient vite pendant l'hiver.

Ce régime principalement basé sur les graines n'aidait pas non plus l'absorption des autres nutriments. À cela s'ajoutait l'épuisement progressif des réserves personnelles de nutriments des femmes à cause des grossesses rapprochées (16).

3.4.6.2. *Recommandations autour de l'alimentation*

Cette difficulté à se nourrir était de plus compliquée par un certain nombre d'interdits alimentaires autour de la grossesse et de l'allaitement. On recommandait aux femmes enceintes d'éviter les aliments salés et amers pour ne pas accoucher d'un bébé sans ongles ou sans cheveux, de consommer du chou (riche en folates, et recommandé car il constituait un des symboles de la fécondité) pendant la période de conception et la grossesse pour avoir un bébé vigoureux.

On conseillait à celles qui en avaient les moyens de manger le plus de viande possible, mais en évitant les viandes faisandées qui passaient pour compliquer l'accouchement. On comprenait donc déjà l'intérêt de consommer de la viande et, dans une certaine mesure, le risque présenté par la

Histoire des acteurs, croyances et pratiques autour de la santé des femmes au fil de l'ère médiévale dans l'Europe chrétienne

consommation d'une viande avariée (29). L'anémie martiale maternelle et ses risques pour le couple mère-enfant devaient également être connus, puisque dans certaines régions (dans les Cévennes), on faisait boire aux femmes enceintes de l'eau infusée de clous rouillés et de limaille de fer.

D'autres croyances autour de l'alimentation étaient répandues, comme le fait de manger du lièvre pendant la grossesse qui donnerait un bec-de-lièvre ou des dents écartées à l'enfant, ou que consommer des fruits dédoublés (deux noisettes dans la même coque par exemple) était susceptible de faire naître des jumeaux.(82).

Livre sur la Condition des Femmes instruisait également de ne pas mentionner devant une femme enceinte des aliments lui étant interdits pour la durée de la gestation afin d'éviter qu'elle ne développe des envies déraisonnables pour des aliments dont la consommation pourrait nuire au fœtus. Le *Régime du corps d'Aldebrandin* de Sienna (médecin italien du XIII^{ème} siècle) contenait également un chapitre « comment la femme se doit garder quand elle est enceinte » (27).

3.4.6.3. Gavage et jeûne

Le mythe de la femme enceinte qui « mange pour deux », encore très présent dans nos sociétés actuelles malgré les risques pour la mère comme pour l'enfant, semble être né à cette époque, et jusqu'au XIX^{ème} siècle, on a cru que les envies de grossesse devaient absolument être suivies, pour éviter que l'enfant ne naisse avec la marque de cette envie inassouvie, comme des tâches de naissance (29).

La théorie hippocratique selon laquelle le bébé choisissait de naître de lui-même en rompant la poche des eaux quand la nourriture (ou la chaleur) venait à manquer était encore appliquée, et des ouvrages comme *Livre sur la Condition des Femmes* conseillaient aux femmes gestantes de jeûner à l'approche du terme de la grossesse pour accélérer la mise en travail (35).

3.4.7. Porte-bonheurs ou porte-malheurs

3.4.7.1. Saints bienfaisants

Les femmes et les praticiens se tournaient fréquemment vers différents saints (16) : le Christ (considéré comme le meilleur des médecins par la foi chrétienne (35)), la Vierge Marie, etc.

Porter un ruban ayant touché la statue de Notre Dame de la Délivrance, ou une ceinture faite d'un (prétendu) morceau du voile de Sainte Marguerite (certains étant encore vendus de nos jours dans des églises comme celle de Notre Dame de la Daurade (29)) faciliterait l'accouchement et protégerait la mère et le bébé. Les femmes portaient d'autres amulettes, comme des sachets accoucheurs brodés de la mention « Longezza di Nostro Signore Giesu Christo » (« longueur de notre seigneur Jésus Christ »)(7), ou des colifichets de couleur rouge (hérités de la Rome antique) pour empêcher ou diminuer les saignements à la naissance (13) (ce qui était au contraire considéré comme un risque de souffrir d'une fausse couche dans certaines régions (82)).

Les femmes proches de leur terme pouvaient aussi prononcer certaines prières spécifiques, comme pour prévenir les hémorragies : « au nom du père que le sang cesse de couler. Au nom du Fils,

Histoire des acteurs, croyances et pratiques autour de la santé des femmes au fil de l'ère médiévale dans l'Europe chrétienne

que le sang s'arrête, au nom du Christ qu'il ne sorte pas davantage ». Des bougies bénies à la chandeleur (jour des relevailles de la Vierge) étaient mises à brûler au cours de la grossesse, et des représentations des saints étaient suspendues au-dessus du lit pendant la grossesse et l'accouchement (72).

3.4.7.2. Faire attention à chacun de ses actes...

On évitait absolument tout ce qui pouvait évoquer un nœud. La future mère ne s'attachait en général pas les cheveux, ne portait ni liens, ni colliers, ni ceintures (sauf si celle-ci avait une signification religieuse), ou ne croisait pas les jambes de peur que le bébé ne meurt étranglé par son cordon in utero. Elle devait éviter les situations stressantes, on lui interdisait ainsi la plupart du temps de venir aux enterrements (82).

Des amulettes composées de bezoards, pierres d'aigle, roses de Jéricho, peaux de serpents, etc. (20) étaient également portées. On évitait de préparer une naissance trop à l'avance : choisir tôt le nom et les affaires du bébé aurait encouragé le mauvais sort à frapper cet enfant avant même sa naissance, tout comme porter des vêtements de couleur vive ou sortir seule la nuit. Jeter de l'eau la nuit (par analogie), la colère ou une toux intense pendant la grossesse (cette dernière étant encore aujourd'hui effectivement reconnu comme un facteur de risque de rupture prématurée de la poche des eaux) (42) exposeraient la mère à une rupture prématurée des membranes. Marcher sur un chat pouvait rendre le fœtus hermaphrodite (peut-être en raison de la réputation magique voire diabolique de cet animal). Il fallait absolument éviter d'enjamber une femme enceinte par peur que le cordon ne s'enroule autour du cou de son enfant (ou à la rigueur, l'enjamber une deuxième fois en sens inverse)(47).

3.4.7.3. ... à chaque pensée, chaque regard

On pensait que toutes les émotions ressenties par la mère ou la vue de certaines personnes, animaux ou objets pouvaient entraîner des conséquences sur le bébé. La vue de personnes atteintes de malformations physiques portait le mauvais œil aux femmes enceintes et allaitantes, voire causait des malformations chez le bébé. La peur aurait mené à la naissance d'un bébé peureux ; regarder la lune rendrait le bébé lunatique ; la vue de personnes laides ou difformes risquerait de rendre cet enfant pareil à eux ; voir certains animaux risquait de causer certaines malformations particulières chez le fœtus (comme un bec de lièvre pour les femmes voyant cet animal).

Les femmes enceintes avaient elles-mêmes la fréquente réputation de porter le mauvais œil, et elles passaient pour faire tourner le lait, changer le vin en vinaigre ou encore faire pourrir les récoltes (83).

3.4.8. Les protections sociales pour les femmes enceintes et leur bébé

3.4.8.1. Créer un ordre social

Histoire des acteurs, croyances et pratiques autour de la santé des femmes au fil de l'ère médiévale dans l'Europe chrétienne

En Europe, la loi du Talion (œil pour œil) fut appliquée pendant des siècles en réponse aux coups, blessures, etc. Ce système de vengeance personnelle était catastrophique pour la société, puisque les familles et clans en cause pouvaient parfois s'affronter des années en réponse à une attaque initiale. Au cours du Moyen Âge, de multiples lois ont donc vu le jour afin de notamment fixer une valeur nette à la vie de chaque individu, avec des résultats plus ou moins efficaces, puisqu'une partie de la population considéra pendant encore longtemps que prendre une vie en échange d'une autre restait acceptable (11). Ces lois traduisaient une volonté d'accroissement démographique afin de compenser les mortalités infantile et maternelle importantes, ainsi que les pertes humaines causées par les guerres et les épidémies (12).

3.4.8.2. Divers codes de lois

Le système frison (*Lex frisonum*) au VIII^{ème} siècle incluait notamment une compensation pour l'atteinte aux organes génitaux externes et aux fonctions reproductrices, tandis que les *Leges barbarorum* (lois des peuples germaniques) et la loi salique en Gaule, créées à l'époque mérovingienne (entre les VI^{ème} et VIII^{ème} siècles) fixaient la valeur monétaire de chaque personne (le *wergeld*) en fonction de leur statut social, et représentèrent une protection relative pour les individus pendant des siècles (11).

Dans la loi salique, les vies des hommes libres de plus de douze ans et celles des femmes libres n'étant pas en âge de procréer (non pubères ou ménopausées) avaient une valeur de 200 sous (plus de 5 000€ en valeur moderne), alors que celles des femmes fertiles et des garçons de moins de douze ans libres atteignaient 600 sous. Les femmes enceintes quant à elles avaient une valeur de 700 sous en cas de grossesse avec un fœtus inanimé (pas encore de mouvements fœtaux, dont le début était alors fixé vers le quarantième jour de développement), de sexe féminin ou indéterminé, qui pouvait atteindre 1 300 sous si le fœtus était de sexe masculin et déjà animé. Tuer quelqu'un était puni par le paiement de la valeur de son *wergeld* à sa famille. Des traces de lois médiévales mettent en évidence des déclinaisons de la loi salique dans le reste de l'Europe, comme chez les Wisigoths, les Bretons ou les Lombards (36).

La loi d'Henry II en Angleterre au XII^{ème} siècle punissait les coups et blessures infligés à une femme enceinte s'ils conduisaient à la perte de son bébé par le paiement à la famille de de la victime d'un demi-*wergeld* avant que le fœtus ne soit animé et d'un *wergeld* complet après les quarante premiers jours de son développement. Cette forme d'assurance individuelle resta en vigueur jusqu'au XIII^{ème} siècle, puis commença à être remplacée par d'autres jugements au sein de tribunaux, comme la Cour Royale qui accueillait les affaires de félonie et qui incluait les avortements causés par les coups et blessures infligés à une femme (16).

Au XIII^{ème} siècle, les codes de lois *Fleta* et *Bracton* jugeaient que donner une potion abortive à une femme ou perturber les organes reproducteurs de quelqu'un relevait du meurtre. Cependant la *Fleta* n'autorisait les femmes à déposer elles-mêmes leur plainte pour la mort de leur enfant que sous certaines conditions (uniquement si le bébé naissait au moins trois semaines avant le terme prévu, dans les trois jours après avoir reçu les coups, et décédait dans les trois jours suivants sa naissance).

Le *Bracton* quant à lui interdisait tout bonnement aux femmes de porter plainte elles-mêmes par peur que certaines puissent avorter volontairement et tenter de le cacher, un homme de leur famille devait le faire à leur place (24).

3.4.9. Traitements durant la grossesse

Livre sur la Condition des Femmes encourageait de pratiquer des massages du ventre gravide avec de l'huile afin d'en assouplir la peau.

Les œdèmes des membres inférieurs pouvaient être traités avec des massages de vinaigre ou d'huile de rose (84), en consommant de la grenade (46) ou du coing, déjà prescrits par Pline l'Ancien (66), puis par Hildegarde de Bingen dans le cas de pathologies causant une augmentation du volume des liquides de l'organisme (85). Selon des études récentes, ces trois derniers traitements pourraient en effet présenter des effets positifs sur le traitement de pathologies cardio-vasculaires, dont l'hypertension ou la diminution du retour veineux (42).

Pour éviter les fausses couches, la gestante pouvait notamment boire du vin mélangé à de la poudre de céleri sauvage (favorisant notamment la vasodilatation et la circulation sanguine (86)), de la menthe, de l'ail (pouvant être utilisé pour traiter l'hypertension artérielle (87)), du cresson (très riche en vitamines et favorisant l'immunité (88)), de la racine de garance (dont des études vantent les propriétés dans le traitement de l'anémie ou de l'accumulation de bile (62)), du sucre, du zédoaire (capable de fluidifier le sang (89)), ou pratiquer des fumigations (odeurs agréables en haut et nauséabondes en bas).

3.5. La naissance

3.5.1. Représentations

Les illustrations de femmes enceintes au début du Moyen Âge étaient rares. Des dessins figuraient notamment des corps féminins avec un ventre transparent permettant d'observer le fœtus (comme ceux d'Albert le Grand), et vers la même époque des statues de femmes enceintes avec un abdomen en cristal pour montrer le bébé à l'intérieur furent réalisées (14).

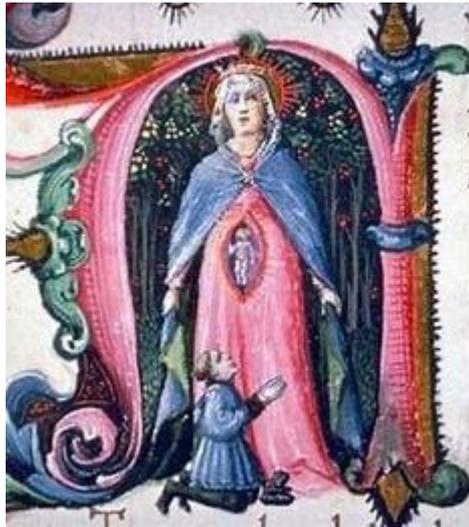


Figure 11 : auteur inconnu, *Marie au ventre ouvert*, livre de dévotion, Italie, XV^{ème} siècle (90)

On ne retrouve pas non plus beaucoup de représentations de la naissance au début de l'ère médiévale, et elles étaient principalement basées sur deux modèles, dont aucun ne prêtait d'attention particulière aux professionnels de santé présents (11). Celles qui nous sont parvenues ont probablement été dessinées par des médecins et chirurgiens n'ayant été témoins que de très peu de naissances, et sont donc d'une fiabilité douteuse (12).

3.5.1.1. Le modèle antique

Le modèle dit « antique » était dérivé des quelques représentations de naissances grecques remontant aussi loin que le VI^{ème} siècle av. J-C ou romaines, et a inspiré les illustrations d'ouvrages comme *l'Herbarium* au XIII^{ème} siècle.

3.5.1.2. Le modèle religieux

Le modèle religieux était quant à lui fréquent dans l'hagiographie des saints ou dans les scènes de Nativité. Il décrivait la plupart du temps des naissances extraordinaires et miraculeuses, sans représenter les organes génitaux maternels ou le cordon. Il était donc difficilement utilisable pour construire une vision d'ensemble fiable des pratiques médiévales (7).



Figure 12 : auteur franciscain, Naissance de la Vierge, *Missale ad usum fratrum minorum*, Milan, vers 1385-1390 (90)

Cependant certains ouvrages religieux, comme le Roman d'Alexandre (dont la première version date du IV^{ème} siècle et a été complétée et diffusée dans toute l'Europe pendant le Moyen Âge), comprennent des reproductions très précises de ce moment, alors que dans l'ensemble, le reste des images produites dans la chrétienté ne montrent que les instants juste avant la naissance (préparation du matériel, etc.), ou juste après la naissance, avec la mère de nouveau décente, et le nouveau-né lavé (19).

3.5.2. hommes

3.5.2.1. *Les professionnels de santé*

Une idée largement répandue veut que les hommes, et en particulier les médecins, aient été presque totalement exclus des accouchements de l'Antiquité à la fin du Moyen Âge, cependant des auteurs comme Monica Green s'opposent à cette notion radicale. Il est toutefois très probable que les praticiens masculins n'aient assisté pour la plupart qu'à l'accouchement de femmes de haute naissance, ou dans le cas des barbiers et prêtres, quand l'issue de l'accouchement était incertaine pour la mère ou son enfant.

Avant la fin du XIII^{ème} siècle on ne trouve que de très rares récits d'hommes au cours des accouchements en Europe de l'Ouest, malgré la publication de traités d'obstétrique par des médecins comme Taddeo Alderotti, Guglielmo de Brescia, etc. De forts doutes planent cependant sur un possible

Histoire des acteurs, croyances et pratiques autour de la santé des femmes au fil de l'ère médiévale dans l'Europe chrétienne

plagiat des travaux de femmes soignantes par ces auteurs (18). Des auteurs comme Guy de Chauliac écrivaient également que les femmes sont bien assez compétentes pour gérer entre elles les accouchements.

Les sources traitant de la naissance ne rendent donc certainement que très peu compte de la réalité historique, et l'utilisation arbitraire de termes comme *obstetrix* (latin d'obstétrique), *Byrþ - þinen* ou *beorþor- þinen* (termes de l'ancien anglo-saxon qualifiant les personnes de différentes professions et genres aidant les femmes à accoucher), etc. ne permet pas de déterminer clairement le genre de ces personnes, ou même s'ils étaient des professionnels formés ou de simples aides (82).

Des textes de lois comme le *Placitorium abbrevatio*, un texte législatif anglais du XIII^{ème} siècle, permettent de supposer que dans la majorité des cas les hommes étaient rarement présents au moment de l'accouchement. Ce texte en particulier fixait ainsi qu'un enfant ne pouvait être considéré vivant que si son cri avait pu être entendu par plusieurs témoins, puisque les femmes présentes ne pouvaient témoigner devant une cour, et que les hommes, étant hors de la chambre, ne pouvaient avoir de confirmation visuelle rapide (11).

3.5.2.2. Les pères

Les pères étaient également très peu présents auprès de leurs femmes en travail, leur présence était globalement mal vue au cours de l'ère médiévale. Pierre de Fontaines, au service de Louis IX, écrivit notamment en 1253 qu'« un homme ne devrait pas se trouver auprès de sa femme au moment de l'accouchement », et des textes religieux et de fiction de l'époque témoignaient d'un sentiment de honte et d'impudeur pour les hommes voyant leur femme au moment de l'accouchement, durant des heures voire des jours.

Ils n'étaient appelés en général qu'en cas de dystocie, où leur force physique et leurs connaissances en vélage pouvaient se montrer utiles. Leur participation s'avérait cependant, dans un grand nombre de cas, très délétère et traumatique (lésions obstétricales, hémorragies, infections, etc.) pour leurs épouses, comme en témoignent un nombre croissant de lois en Allemagne notamment entre la fin du Moyen Âge et la Renaissance interdisant la pratique par des bergers et des bouviers au cours de l'accouchement de manœuvres utilisées sur leurs animaux (14).

3.5.3. Baptême

3.5.3.1. Protéger l'âme immortelle du bébé

Un bébé décédé avant son baptême était, selon l'Église, voué à l'Enfer. Après le XIII^{ème} siècle, le baptême était considéré comme le seul moyen de sauver son âme. En cas de doutes sur les chances de survie du bébé à l'accouchement ou jusqu'à la cérémonie complète pratiquée par un prêtre, toute personne était, selon le pape Nicholas I^{er} au IX^{ème} siècle (25), capable d'effectuer une version abrégée de ce rite, appelée l'ondolement.

Histoire des acteurs, croyances et pratiques autour de la santé des femmes au fil de l'ère médiévale dans l'Europe chrétienne

3.5.3.2. L'ondolement

Savoir pratiquer cette forme dégradée de baptême était la seule qualification des sages-femmes réellement évaluée lors de l'entretien d'embauche par le prêtre local. Elles devaient être capables de l'effectuer, même *in utero*. Dans ce cas, le clystère, une seringue recourbée munie ou non d'une croix à son extrémité, était introduite dans les voies génitales de la mère afin d'injecter de l'eau bénite au plus près du bébé. Le concile de Canterbury en 1236 prescrivait ainsi de préparer de l'eau bénite pour l'accouchement (14).

Ce sacrement possédait toutes les caractéristiques d'un baptême, mais avait ses critiques, comme Thomas d'Aquin au XIII^{ème} siècle qui considérait que le bébé devait d'abord naître dans la vie avant de naître dans la grâce. Si l'enfant était mort-né ou décédait avant de pouvoir être baptisé ou ondoyé, son corps ne pouvait être enterré en terre consacrée.

Beaucoup de parents considéraient toutefois que seule la cérémonie complète était valable. Elle n'était cependant possible que sur une personne vivante. On vit donc se créer vers le XIV^{ème} siècle en Europe occidentale des sanctuaires à répit, sur lesquels on déposait l'enfant dans l'espoir de voir des signes de vie lui revenir (quitte à les imaginer) pour pouvoir le baptiser.

3.5.3.3. Le baptême en bonne et due forme

Les bébés naissant à priori en bonne santé étaient gardés dans des pièces calfeutrées pour les protéger des esprits malins jusqu'au baptême. Cette cérémonie était effectuée de préférence le jour de la naissance, mais également à distance de l'accouchement si les parents vivaient trop loin du prêtre local. Un délai maximum avant le baptême devait cependant être respecté sous peine de représailles, et des lois carolingiennes en 786 fixaient notamment une amende aux parents n'ayant pas baptisé leur bébé au cours de sa première année de vie (82).

Les parents se rendaient jusqu'au lieu de culte local qu'il pleuve ou qu'il vente, et le trajet par mauvais temps causa probablement la mort d'un nombre important de nouveau-nés... La cérémonie avait lieu en présence du prêtre, d'une partie de la famille dont le père, des parrains et marraines, et en l'absence de la mère, encore alitée jusqu'à la fin de la période des relevailles. Le bébé était baigné d'huiles purifiant la souillure de la naissance, béni et accueilli dans la communauté chrétienne, il s'agissait d'une naissance sociale (20).

3.5.4. Préparer l'accouchement

3.5.4.1. Aide de la communauté féminine

En général la femme médiévale européenne accouchait chez elle dans la pièce commune unique près du feu, voire dans l'étable pour profiter de la chaleur des bêtes (12). Il a fallu attendre le XII^{ème} siècle pour assister à l'apparition des premières « maternités » pour les indigentes, comme à Montpellier, où les femmes pouvaient ensuite abandonner leurs enfants sur place (45), et les divers Maisons-Dieu, Hôtels-Dieu, etc., où des médecins, infirmières (*infirmus*), apothicaires, chirurgiens et sages-femmes pouvaient collaborer pour délivrer les soins (26).

Histoire des acteurs, croyances et pratiques autour de la santé des femmes au fil de l'ère médiévale dans l'Europe chrétienne

L'accouchement médiéval était dans la majorité des cas un événement social où de (trop) nombreuses femmes se rassemblaient. Ces « commères », souvent représentées sur les dessins de la Nativité (11), faisaient partie de l'entourage de la parturiente (famille, amies ou voisines) et venaient apporter leur aide.

Elles calfeutraient la pièce pour éviter le refroidissement de la mère, éloigner les mauvais esprits et les regards indiscrets, au risque de transformer l'endroit en fourneau et de faire s'évanouir la mère (48), et y faisaient brûler de la chaux pour repousser le mal. Elles dénouaient soigneusement tous les nœuds de la maison (les rideaux, les colliers et ceintures ou encore ceux dans les cheveux de la parturiente) pour éviter de retarder la naissance et que le cordon du fœtus ne s'enroule autour de son cou.

Selon la localisation (et la densité de population) du domicile de la patiente, elle pouvait être assistée par une véritable sage-femme expérimentée ou par une simple « bonne mère » (une femme ayant accouché elle-même plusieurs fois) (55).

3.5.4.2. Outils habituels

Le matériel était sommaire : des langes, de quoi couper le cordon, un chapelet, diverses herbes, de l'eau bénite pour pratiquer un baptême d'urgence si besoin, et certains éléments nécessaires pour pratiquer des rituels propres aux régions, comme différentes amulettes portées par la parturiente et censées la protéger elle et son bébé (14), comme les *Agnus Dei*, médaillons de cire bénis par le pape et placés sous l'oreiller des parturientes (29). Les professionnels de santé (sages-femmes, chirurgiens-barbiers, etc.) expérimentés amenaient en général leurs propres outils.

3.5.5. Positions

Les positions d'accouchement variaient selon les régions, la mère pouvant être installée dans son lit, agenouillée ou debout. Elle pouvait également être soutenue physiquement (et moralement) par ses aides et installée sur le tabouret d'accouchement, dont la forme en Y a très peu évolué depuis la période antique (12). Il était transporté par les sages-femmes aux accouchements auxquels elles assistaient, et était censé permettre à la parturiente de mieux respirer, et à la sage-femme de pouvoir se positionner entre ses genoux pour appliquer diverses potions et décoctions et réceptionner le bébé dans un lange (14).

Au cours du bas Moyen Âge, de plus en plus de représentations d'accouchement par voie basse figurèrent les femmes positionnées dans la position gynécologique que nous connaissons aujourd'hui. Les descriptions textuelles attachées à ces images mentionnaient déjà la plus forte sollicitation du périnée causée par cette position était globalement comprise, qui était toutefois balayée la plupart du temps au profit de la facilitation de l'intervention des aides à l'accouchement (18).

3.5.6. Manceuvres et pratiques

3.5.6.1. Techniques et potions du haut Moyen Âge

Différentes techniques étaient utilisées dans le but de faciliter le travail et l'accouchement, comme l'utilisation de techniques hippocratiques comme la succussion (secouer la mère vigoureusement, voire la faire rebondir sur un drap agité par plusieurs aides) ou de la fumigation. Pour cette méthode, des odeurs agréables étaient diffusées près des voies génitales tandis que d'autres, nauséabondes, étaient approchées des voies aériennes de la mère, et était basée sur la théorie de ce médecin que les voies aériennes et génitales féminines sont en communication directe (comme pour son test diagnostique de l'infertilité féminine à l'ail, voir III.B.4.).

Les percussions abdominales, les étternuements provoqués avec du poivre ou de l'ellébore (16), faire s'agenouiller la femme en hyperflexion (23), la faire marcher ou monter les escaliers (55), ou encore l'élargissement forcé d'un col fermé grâce à divers instruments étaient également monnaie courante (91).

Pour ramollir et lubrifier les parties molles, la femme enceinte pouvait s'agenouiller au-dessus d'un baquet d'eau fumante, être massée avec du beurre, de l'huile d'amande douce, de la graisse d'oie, de la cannelle ou de la dictame selon ses moyens (48), ou avoir des relations sexuelles à l'approche du terme (12).

Des végétaux comme la coriandre, le jus de mandragore, ou l'ergot de seigle (reconnu aujourd'hui comme un puissant alcaloïde aux propriétés utérotoniques) ; des potions diverses (mélanges de viscères de colombes, œufs de fourmis et de cheveux de vierge) ; ou des rituels tels qu'égorger un oiseau devant les organes génitaux de la parturiente en Finlande (29) ; porter une « pierre d'aigle » (*aétite*) pendant l'accouchement pour attirer le bébé dehors (à retirer absolument après la délivrance pour éviter les hémorragies du post-partum (48)); ou encore agiter un bâton au-dessus de la tête de la mère pour effrayer l'enfant in utero passaient également pour faciliter le travail.

3.5.6.2. Apports du Moyen Âge classique

Le *Trotula major* transmet notamment des descriptions très précises des procédures de suture des déchirures du périnée compliqué : « il en est pour qui la vulve et l'anus deviennent un seul trou et un seul canal ... On coud la déchirure entre l'anus et la vulve en trois ou quatre points du fil de soie » (43). Elle recommandait ensuite d'appliquer un pansement de lin pendant sept à huit jours et de s'abstenir de prendre des bains pendant quelques semaines (27).

Elle décrivait également la prise en charge d'hémorragies du pré ou post-partum (essentiellement en utilisant les mêmes recettes que celles visant à diminuer les menstruations trop importantes)(42).

Livre sur la Condition des Femmes fournissait également un certain nombre de pratiques obstétricales permettant de mettre un bébé dans une position favorable (comme la description de la manœuvre de version interne effectuée par la sage-femme), de délivrer un bébé resté dans une présentation dystocique ou mort-né (mélanges de rue, d'armoise, de cèleri de poivre noir, du beurre ou du fromage, ou en lui faisant porter une ceinture en peau de serpent, en pensant qu'elle se délivrerait ainsi du fœtus aussi facilement que cet animal se défait de sa peau (48)), ou d'accélérer le travail grâce à diverses potions émétiques ou causant l'étternuement, ou des fumigations (42).

Histoire des acteurs, croyances et pratiques autour de la santé des femmes au fil de l'ère médiévale dans l'Europe chrétienne

Ce manuscrit listait également diverses causes de dystocie (et de difficultés à concevoir) : l'obésité, la maigreur ou l'affaiblissement extrêmes, un temps froid (qui rétrécirait les voies génitales pour la conception ou l'accouchement), un fœtus décédé in utero (et qui ne pourrait plus assister sa mère depuis l'intérieur) (47).

Maladies de Femmes (De passionibus mulierum), également écrit par Trotula, présentait quant à lui des illustrations de plusieurs présentations dystociques et de scènes de naissance, plus réalistes et utiles aux praticiens de l'époque que celles figurant dans les livres médicaux et religieux antérieurs. Cependant cette œuvre proposait assez peu de techniques et remèdes visant à faciliter le travail, et se contentait de prescrire quelques techniques comme la succussion ou les éternuements provoqués (42).

Les professionnels de santé avaient encore du mal à expliquer les facteurs d'entrée en travail. Guibert de Nogent au XI^{ème} siècle théorisait ainsi que le fœtus pouvait choisir de remonter dans le ventre maternel pour repousser le moment de sa naissance, et Hildegarde de Bingen pensait que le bébé naissait quand il le désirait (39).

Dans sa *Grande Chirurgie*, Guy de Chauliac décrivait des causes de travail difficile (présentations autre que céphalique, naissances multiples), des onguents pour assouplir le col, des techniques pour extraire un bébé décédé in utero, la poussée en respiration bloquée, des recommandations pour les naissances gémellaires, ou encore l'embryotomie. Il déclarait également que les naissances où les bébés se présentaient face vers le sol (dans la position occipito-pubienne recherchée aujourd'hui) se déroulaient en général plus simplement (92).

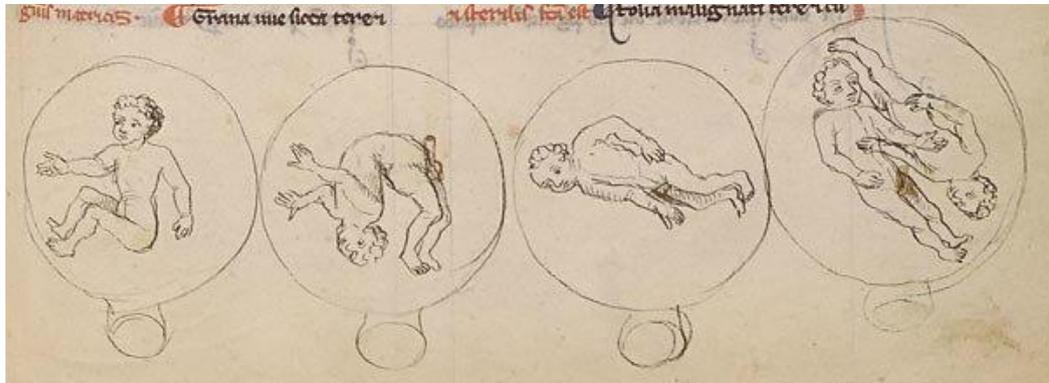


Figure 13 : auteur inconnu, représentations des mauvaises positions du fœtus dans l'utérus, *Collection de traités médicaux*, Nord de la France, deuxième moitié du XIII^{ème} siècle (40)

Dans le même registre, Valescus de Tarente avait acquis une certaine expérience clinique et associait les contractions plus fortement ressenties dans le dos (fréquemment associées à la présentation occipito-sacrée) au cours du travail à des difficultés : « mais si les douleurs diminuent d'intensité et deviennent postérieures, l'accouchement sera difficile » (27).

Bernard de Gordon écrivit aussi sur le déroulement d'une naissance par voie basse physiologique selon lui, c'est-à-dire par présentation céphalique uniquement, au terme de sept à dix mois. Toute situation ne remplissant pas ces critères rentrait selon lui dans le domaine de la pathologie. Il théorisait que la parité ou l'âge des patientes pouvaient jouer un rôle dans le déroulé du travail, car

Histoire des acteurs, croyances et pratiques autour de la santé des femmes au fil de l'ère médiévale dans l'Europe chrétienne

« les femmes qui ont acoustume à enfanter enfantent plus à l'aise que celles qui ne l'ont pas pour acoustumance, et aussi pource que les passages sont plus larges », au contraire de situations où « que la femme estoit pucelle et qu'elle a conçu devant treze ans » (27). Il décrivait également les causes extrinsèques (une sage-femme incapable, la constipation de la mère, une naissance prématurée, cause placentaire, etc.) et intrinsèques de travail difficile (grossesse chez une femme trop jeune, obèse, angoissée, dont la matrice est trop sèche ou étroite, si le fœtus est macrosome, fragile, décédé, mal positionné, malformé ou en cas de grossesse multiple), ou des moyens de savoir si un fœtus était mort in utero, comme l'haleine fétide (« puante pour la fumée de l'enfant mort qui vient à la bouche »), les douleurs péri ombilicales, la fièvre et la pâleur de la mère, et à l'absence de mouvements actifs fœtaux (18).

Dans le cas de ces morts fœtales in utero, Guy de Chauliac signalait également que les femmes voyaient leurs seins diminuer de taille assez rapidement, et il prescrivait des pessaires de rue (aux propriétés abortives et emménagogues), myrrhe (utilisée depuis l'Antiquité comme abortif) (93) et de castoréum (utilisé depuis l'Antiquité pour déclencher les avortements et diminuer la fièvre) (94).

Trotula quant à elle faisait boire du jus de poireau tiède mélangée avec du laurier, de la centaurée et de la fougère. En dernier recours, elle prescrivait aux sages-femmes d'aller chercher le fœtus manuellement

Arnaud de Villeneuve prescrivait pour les travaux longs un mélange de graines de dactylis et de vin ou de vin blanc et de poudre de marris de lièvre (27).

3.5.6.3. La naissance au bas Moyen Âge

L'accouchement par voie basse au bas Moyen Âge avait très peu évolué par rapport aux siècles précédents. De nouveaux remèdes s'ajoutaient à la liste préexistante, avec une persistance du mélange d'herbes et de méthodes avec des théories médico-magique pour faciliter l'accouchement.

Les parturientes pouvaient notamment boire de l'hysope (ayant au mieux des propriétés antiasthmatiques et expectorantes, au pire une concentration dangereuse et toxique en cétones (66)) infusée dans de l'eau ou du vin et ayant reposé dans un récipient gravé d'un pater noster (95). Le décollement manuel des membranes par les professionnels de santé, la succussion, les massages du col utérin, la rupture artificielle des membranes à l'ongle ou au couteau (Valescus de Tarente), ou encore suspendre des langues de caméléon au-dessus de la mère (Johannes de Cuba, herboriste et médecin allemand au XV^{ème} siècle) étaient également régulièrement pratiqués par les soignants afin d'accélérer la mise en travail.

Les risques pour les mères et leurs bébés restaient nombreux, puisque des études démographiques sur la fin du Moyen Âge ont pu montrer que la mortalité maternelle en couches atteignait environ 20%, la plupart du temps en raison d'infections puerpérales. Un enfant recensé sur cinq en moyenne mourrait avant ses deux ans (95), malgré les débuts de l'institutionnalisation progressive de l'accouchement en Europe (45).

3.5.6.4. La manœuvre de version interne

Histoire des acteurs, croyances et pratiques autour de la santé des femmes au fil de l'ère médiévale dans l'Europe chrétienne

Les matrones pouvaient pratiquer elles-mêmes la version interne (attribuée à Soranos d'Ephèse et décrite dans ses travaux dans le but de l'enseigner aux sages-femmes (18)) si le bébé était dans une position autre que la céphalique, en introduisant leurs bras nus et graissés dans les voies génitales de la parturiente, puis en attrapant ce qu'elles pouvaient de l'enfant, au risque de le blesser lui ou sa mère (29).

Cette idée que la présentation céphalique était la seule position naturelle fut théorisée et propagée par Hippocrate, qui affirmait que le fœtus adoptait la présentation occipito-sacrée dès le septième mois de gestation. Ce médecin décrivait quand même des techniques en cas de relèvement des bras en cas de siège avec la version au passage des épaules, tandis que Soranos d'Ephèse prescrivait la version dès le passage des pieds.

On pense que l'expression « sortir les pieds devant » viendrait de cette idée qu'un bébé se présentant par les pieds avait peu de chances de naître en vie, et pouvait représenter un danger important pour la santé de sa mère (42), et certains considéraient que les personnes nées en siège étaient mauvaises par nature à l'âge adulte (72).

3.5.6.5. En dernier recours

Les difficultés obstétricales étaient très fréquentes, notamment à cause des bassins maternels déformés par les différentes carences et les grossesses chez les femmes trop jeunes (12). La sage-femme était tenue d'appeler un prêtre pour les saints sacrements de la mère, car elle avait l'autorisation et les compétences pour se charger de ceux du fœtus.

Elle devait également envoyer chercher un chirurgien-barbier pour tenter de sauver la mère en tuant l'enfant in utero par embryotomie, écrasement ou perforation de la tête fœtale. Ces techniques laissaient la plupart du temps la mère mutilée, en état de choc, et augmentaient exponentiellement le risque d'hémorragie ou d'infection (notamment la fièvre puerpérale, surnommée la peste noire des mères), et donc de mortalité maternelle.

3.5.7. Accoucher dans la douleur

3.5.7.1. Une punition divine

Dès la Rome antique, on prétendait que la déesse Eleutho punissait le manque de chasteté des femmes gestantes par des douleurs lors de l'accouchement. C'est probablement de cette croyance que dérive la valorisation de ces douleurs par l'Église chrétienne, soi-disant pour expier le péché originel commis par Eve.

Les textes sacrés, notamment la Genèse (3 : 16, « aux femmes il dit, j'intensifierai vos douleurs pendant la grossesse, vous accoucherez de vos enfants dans la douleur »(13)), traduisaient ainsi un manque d'intérêt pour l'analgésie pendant l'accouchement (15). La chrétienté pensait même que les cris poussés par les parturientes permettaient de chasser les mauvais esprits, contrairement à d'autres ethnies où montrer sa souffrance est un signe de déshonneur pour la famille de la mère (Togo, certaines communautés d'Asie, etc (14)).

Histoire des acteurs, croyances et pratiques autour de la santé des femmes au fil de l'ère médiévale dans l'Europe chrétienne

3.5.7.2. Soulager les patientes

Certains étaient cependant opposés à cette idée, comme Saint Augustin qui était convaincu que nul ne devait souffrir inutilement. Le « mal joli » resta malheureusement une source de désintérêt pour la majorité de la communauté médicale médiévale pendant des siècles.

On retrouve toutefois des recettes d'anti-douleurs dans certains textes médicaux : ceintures en cuir d'élan autour du ventre de la mère, ingestion de pavot ou de graines de coriandre (reconnus aujourd'hui comme des antalgiques), d'alcool, de lait d'ânesse, d'eau de rose, d'Artemisia, d'achillée (possédant des propriétés anti-inflammatoires (96)), de valériane (reconnue pour son effet sédatif à l'époque moderne (97)), voire de lait humain (16)(de récentes études ont mis en évidence que ce dernier pourrait en effet jouer un rôle dans la régulation de la douleur via l'action de médiateurs lipidiques pro-résolvant), ou de substance toxiques comme la ciguë, l'aconit ou la belladone (98).



Figure 14 : Matthieu Plaetarius, représentation de pavot, *Traité des simples médecines*, 1425-1450 (40)

3.5.8. La césarienne

3.5.8.1. Au haut Moyen Âge

Si les textes de médecine grecque ne faisaient jamais référence à l'accouchement par césarienne (du latin *caedere*, couper) malgré des récits de naissances par césarienne dans la mythologie grecque comme Dionysos ou Athéna, la *Lex caesarea* romaine (18) décrétait dès le VIII^{ème} siècle avant notre ère que nulle femme enceinte décédée proche de son terme ne pouvait être inhumée si on n'avait pas essayé de sauver son enfant en la césarisant post-mortem, dans le but de sauver un maximum d'enfants dans un objectif de croissance démographique constant (25).

Au haut Moyen Âge dans l'Europe chrétienne, la *sectio in mortua* (césarienne pratiquée sur patiente décédée) était recommandée dans de nombreux textes de lois (le *Corpus juri civilis* du VI^{ème} siècle entre autres) si on pensait que le fœtus était encore en vie afin de tenter d'au moins effectuer son baptême (99).

Histoire des acteurs, croyances et pratiques autour de la santé des femmes au fil de l'ère médiévale dans l'Europe chrétienne

On retrouve cependant quelques mentions de césariennes au cours du haut Moyen Âge, dans des hagiographies comme celle de saint Wulfram au VIII^{ème} siècle. Ce dernier aurait incisé le ventre d'une femme dont le bébé était décédé in utero pour pouvoir extraire le petit corps, et refermé en ne laissant qu'une mince cicatrice à sa patiente. Il a fallu attendre le Moyen Âge classique avant de trouver des mentions de naissance par césarienne post-mortem, puis le XVI^{ème} siècle pour que cette opération soit pratiquée sur une patiente vivante.

Le médecin et évêque Paul de Merida (Lusitanie, VII^{ème} siècle) quant à lui pria Sainte Eulalie de lui accorder sa bénédiction, grâce à laquelle il parvint à extraire le corps d'un bébé décédé dans le ventre de sa mère. Dans ce dernier miracle, le prêtre instruisait la femme miraculée et son époux qu'ils devaient dès lors s'abstenir d'avoir de nouveaux rapports sexuels car toute grossesse aurait été à coup sûr fatale à la césarisée. Cette histoire suggère que les praticiens du début du Moyen Âge avaient peut-être déjà une connaissance des risques présentés par la césarienne, l'utérus cicatriciel en particulier. On peut alors se demander comment ces praticiens avaient pu comprendre de tels phénomènes dans une société où on ne retrouvait alors aucune mention de césariennes pratiquées sur des patientes ayant survécu à l'intervention (91).

3.5.8.2. Au Moyen Âge classique

Plusieurs arrêtés dont celui de l'archevêque Odon de Sully en 1196 ordonnèrent au Moyen Âge classique la réalisation systématique de la césarienne par la sage-femme, le médecin, le chirurgien-barbier, voire dans certaines situations un bourreau (43) (selon les personnes sur place au moment des faits (45)) en cas de décès de la mère, uniquement si on supposait que le bébé était encore vivant (23). Il était ainsi interdit d'enterrer une femme enceinte dont le bébé n'avait pas été extrait, mort ou vif, de son corps sans vie.

Si l'enfant était déjà mort après la réalisation de l'opération, il était inhumé loin de sa mère, hors du cimetière puisqu'il n'avait pas eu l'occasion d'être baptisé. On suppose que ce risque de priver la dépouille de bébés de la protection d'une terre consacrée en les arrachant au ventre de leur mère décédée (en effet, en cas de décès supposé des deux, l'enfant était laissé in utero, et ils étaient enterrés ensemble au cimetière) a poussé un certain nombre de praticiens à ne pas pratiquer de césarienne post mortem étant donné le peu de chances d'extraire assez vite l'enfant en vie (18).

Le concile de Canterbury en 1236 précisait qu'il fallait maintenir la bouche de la femme décédée ouverte au cours de l'extraction de l'enfant suivant la théorie hippocratique que le bébé est oxygéné par l'air respiré par sa mère. Il y était également conseillé aux sages-femmes d'être formées à la réalisation du baptême d'urgence et d'avoir à portée de main tous les éléments nécessaires à sa réalisation au moment de l'accouchement (25).

Cette règle édictée par l'Église traduisait moins une volonté de faire survivre ce bébé que de protéger l'âme immortelle de l'enfant en le baptisant avant sa mort très probable au cours ou peu de temps après l'opération.

Le nombre de bébés survivant à cette opération étant assez faible, on attribuait aux miraculés une destinée soi-disant extraordinaire, comme dans le cas de Jules César, encore aujourd'hui présenté à tort comme un des premiers bébés nés par césarienne (14). Ils étaient appelés les « non-nés », les « fortunés », ou encore les *nonnatus* (notamment St Raymond Nonnatus au XIII^{ème} siècle, nommé patron des femmes enceintes, des accouchements et des nouveau-nés).



Figure 15 : auteur inconnu, *La naissance de César*, tiré de *Les faits des Romains*, France, 1213-1214 (90)

Malgré ces différentes lois, on ne retrouve que peu de cas de *sectio in mortua* avant la Renaissance, et la césarienne sur femme vivante n'était toujours pas tentée. Des auteurs comme Trotula et Thomas d'Aquin considéraient en effet que le mal ne devait pas être commis pour accomplir le bien, et qu'il était préférable de laisser un bébé mourir que de sacrifier sa mère. Ces deux auteurs acceptaient cependant que la césarienne post mortem soit pratiquée (18).

3.5.8.3. La césarienne au bas Moyen Âge

Au XV^{ème} siècle, les autorités chrétiennes exigèrent de plus en plus que les césariennes, sur patientes mortes ou vives, soient pratiquées afin d'augmenter les chances de pouvoir pratiquer sur les nouveau-nés un baptême complet par un prêtre expérimenté, plutôt qu'une version dégradée et en urgence par les professionnels de santé présents au moment de la naissance.

Des lois allemandes vers 1480 par exemple instruisaient ainsi aux sages-femmes de pratiquer elles-mêmes cette opération en urgence sur les femmes enceintes mourantes, ou de faire rapidement appel à un chirurgien pour qu'il opère. Cependant si les premières césariennes étaient pratiquées par le professionnel de santé le plus proche au moment des faits, au cours du bas Moyen Âge les sages-femmes ont été de plus en plus fréquemment dépouillées de leurs attributions et mises à l'écart de cette intervention au profit de l'intervention des chirurgiens. Les membres de cette confrérie, reconnaissables dans l'iconographie médiévale grâce à leur robe longue, jouirent grâce à leur rôle dans la gynécologie et l'obstétrique d'une amélioration de leur rémunération et de leur statut, comme en témoignent les vêtements de plus en plus luxueux portés par ces praticiens sur les illustrations au fil du XV^{ème} siècle.

Ainsi, les sages-femmes passèrent dans la plupart des iconographies de césariennes de professionnelles dynamiques et compétentes au XIV^{ème} siècle à de simples aides, souvent à la limite de la passivité, sur la plupart des représentations du siècle suivant (18).

Histoire des acteurs, croyances et pratiques autour de la santé des femmes au fil de l'ère médiévale dans l'Europe chrétienne

Avec l'augmentation importante du nombre des dissections humaines, à partir du XIV^{ème} siècle des auteurs décrivaient de façon de plus en plus détaillée la césarienne post-mortem et ses modalités. Guy de Chauliac indiquait de prier Saint Césaire de guider la main de l'opérateur puis d'inciser avec un rasoir incurvé (18) le côté gauche de l'abdomen (14). Selon lui, il y avait en effet plus de place de ce côté-ci en l'absence du foie : il s'agit de la première prescription du site et de la procédure d'incision dans le cadre d'une césarienne, toutes époques confondues.

Les illustrations de l'opération, en particulier celles de Pierre d'Argellata (élève de Guy de Chauliac) dans sa *Chirurgica*, devinrent de plus en plus détaillées. Les sites et types d'incision (environ la longueur d'une main sur le côté gauche de la mère jusqu'à son pubis), les sutures au fil de soie et à l'aiguille, et les soins à appliquer pour favoriser la rémission, comme des emplâtres d'œufs et d'argiles sur la plaie et l'administration d'un mélange de vin et de salsifis favorisant le système immunitaire à la mère dès que possible. Les aides opératoires mises à contribution étaient également décrites, elles maintenaient les bords de la plaie pour permettre au chirurgien d'extraire le fœtus de ses mains huilées, en repoussant les entrailles maternelles. Cependant d'autres détails essentiels comme le cordon n'étaient guère dessinés.

Il a fallu attendre les environs de 1500 pour que la première césarienne pratiquée sur femme vivante soit relatée (36). Elle aurait été réalisée par Jakob Nufer, un vétérinaire suisse, sur sa propre femme qui aurait survécu à l'intervention et eu d'autres enfants par la suite (100).

La césarienne possédait toutefois une connotation anormale, non naturelle dans l'imaginaire collectif du bas Moyen Âge, comme le montrent les premières représentations de la naissance par césarienne de l'Antéchrist au XV^{ème} siècle (18).

3.5.9. La délivrance

3.5.9.1. Direction et section du cordon

Tant que la délivrance n'avait pas eu lieu, le bébé n'était pas vraiment né. Différentes recettes existaient pour accélérer la sortie du placenta (appelé aussi « arrière-faix », « délivre », « enveloppe », « restant », « secondine »), notamment dans le Poitou, où par analogie entre la poule pondeuse et la femme délivrant le placenta, on donnait à manger des entrailles séchées de la première à la seconde. Les praticiens pratiquaient aussi la traction du cordon, parfois si fermement qu'il se rompait, voire que le placenta se fragmentait.

Au XIII^{ème} siècle, Barthélémy l'Anglais décrivait déjà le principe général de la délivrance artificielle en cas de rétention placentaire (91), et Trotula ainsi que Bernard de Gordon avait chacun dédié dans leurs œuvres respectives un chapitre entier sur ce sujet (qu'ils traitaient en faisant boire du jus de poireau, retenir leur respiration ou éternuer les mères). Johannes de Cuba recommandait de diriger la délivrance en faisant consommer à la mère des fientes de vautour. Guy de Chauliac quant à lui décrivait sa pratique de la révision utérine, au cours de laquelle l'opérateur pouvait introduire son bras enduit d'huile de sésame ou de guimauve dans les voies génitales féminines (27).

Histoire des acteurs, croyances et pratiques autour de la santé des femmes au fil de l'ère médiévale dans l'Europe chrétienne

La section du cordon était un acte très symbolique, on évitait d'utiliser des instruments en métal ou de cautériser (82) par peur d'une mort violente de l'enfant, et on préférait le sectionner avec des morceaux de poterie, de roseaux, etc. Dans tous les cas, aucune asepsie n'était pratiquée, et le tétanos de cordon n'était pas rare. Le cordon était sectionné environ à quatre travers de doigts de l'abdomen (le chiffre 4 revêtait en effet un symbolisme important, comme les quatre saisons, humeurs, âges de la vie, etc. (27)), mais la longueur conservée pouvait varier selon le sexe du bébé, et on laissait en général un cordon plus long pour les garçons que pour les filles pour leur permettre de développer un membre long et viril (91).

3.5.9.2. Devenir du placenta

Le placenta était souvent enterré avec le cordon devant le seuil de la maison ou dans le jardin, et on plantait au-dessus un arbuste ou arbre symbolique d'une qualité qu'on voulait voir apparaître chez l'enfant (force pour le chêne, beauté pour le rosier, etc.). Une tradition occidentale interdisait en effet que le délivre soit brûlé, noyé, donné à manger aux bêtes, etc., par peur que le bébé connaisse le même destin tragique (101).

Dans certaines régions, on pouvait le frotter contre le visage des nouveau-nés afin qu'ils aient ensuite un teint clair (47). Dans d'autres cas, il pouvait être réduit en poudre et inoculé à d'autres parturientes par la suite pour faciliter leur accouchement. Les cordons pouvaient être séchés et utilisés dans la réalisation de multiples recettes (filtres d'amour, remèdes contre l'épilepsie, etc.) (43).

Le placenta a également été longtemps consommé par l'accouchée pour regagner des forces et des nutriments. On sait aujourd'hui qu'il est très riche en prostaglandines pouvant favoriser l'involution utérine, et en ocytocines maximisant la lactation. Cet effet était déjà mentionné dans *l'Histoire Naturelle* de Pline l'Ancien (66), et le placenta figura dans les textes de pharmacopée jusqu'au XVII^{ème} siècle en tant que galactogène, aphrodisiaque, laxatif, et traitement contre les maladies utérines et la stérilité (102).

Des études modernes montrent même que la placentophagie pourrait inhiber la douleur, limiter la dépression du post-partum et favoriser la mise en place du lien mère-enfant chez la mère, grâce à l'action d'une molécule renforçant les effets des opioïdes (POEF) présente dans le placenta et le liquide amniotique (103). Cette pratique tomba progressivement en désuétude au cours de la période médiévale, et on présenta plutôt à la mère un « gâteau fertile », de couleur et forme semblables au placenta (29).

3.5.10. Signes annonciateurs

3.5.10.1. Astrologie et monstres

On accordait une grande influence à l'heure de naissance (le créneau de onze heures à minuit était censé être l'heure du Diable) ainsi qu'aux astres, que des astrologues spécialisés observaient au moment de la naissance de la progéniture de personnages importants pour prédire leur avenir (santé, chance, etc.) (104).

Histoire des acteurs, croyances et pratiques autour de la santé des femmes au fil de l'ère médiévale dans l'Europe chrétienne

Des événements célestes (étoiles filantes, solstices, etc.) étaient associés à des naissances extraordinaires. Isidore de Séville entre autres auteurs lista les signes astrologiques majeurs à rechercher au moment des naissances malgré son scepticisme à l'encontre de cette pratique (104).

Les événements lunaires étaient quant à eux associés à des périodes accrues de conceptions (plus de bébés conçus à la nouvelle lune) ou d'accouchements, car la pleine lune était assimilée à l'accouchement du cycle lunaire et associée à un effet déclencheur de l'accouchement des femmes (105).

Les expressions « être bien luné », « être mal luné » sont sans doute également dérivées de l'idée que la lune pouvait avoir une influence sur le caractère des bébés, car on pensait par exemple que les enfants nés par une nuit sans lune seraient intelligents, capables de voir les esprits et de déjouer les sortilèges.

Les naissances de bébés dits monstrueux (du latin *monere*, avertir, annoncer) étaient considérées comme des annonces de malheurs pour leur avenir individuel, celui de leur communauté voire de l'ensemble du pays au moins jusqu'au XVIII^{ème} siècle. Un bébé né sans anus était ainsi vu comme l'avertissement d'une disette prochaine, un bébé né avec une touffe de poils au niveau sacré risquait de ne connaître que la peine et la misère (47). Ces enfants, s'ils survivaient à leurs difformités, étaient très souvent abandonnés ou tués (ces meurtres étaient même obligatoires selon la loi des Douze Tables dans la Rome antique) (14).

Pour certains auteurs comme Albert le Grand, les bébés présentant des membres en moins ou en plus n'avaient pas eu assez de matière (semences parentales) pour développer la totalité de leur corps au cours de la grossesse (27).



Figure 16 : Maître de Boucicaut, Naissance d'un enfant monstrueux, *Trésor des histoires*, Paris, vers 1415 (90)

Histoire des acteurs, croyances et pratiques autour de la santé des femmes au fil de l'ère médiévale dans l'Europe chrétienne

3.5.10.2. Naître coiffé et autres signes

D'autres signes étaient censés prédire le destin d'un nouveau-né, comme le fait qu'il soit né avec sa « coiffe » (poche des eaux), qui était considéré comme porte-bonheur. Des matrones n'hésitaient d'ailleurs pas à récupérer la coiffe des bébés pour la revendre à prix d'or à certaines professions (ce fétiche était très recherché des avocats désireux de remporter leurs affaires (7)).

En Europe on pensait également que les septièmes fils (d'autant plus si leur père était également un septième fils et ainsi de suite) étaient censés posséder des pouvoirs surnaturels, au contraire de cultures d'Amérique latine où être le septième fils condamnerait à un destin tragique (notamment à se changer en une espèce de loup-garou) (20).

3.5.11. Postpartum et néonatalogie

3.5.11.1. Soins néonataux

Si besoin, le bébé était stimulé à la naissance avec une plume, ou on lui faisait boire un peu d'alcool. Pour évacuer le méconium on pouvait lui donner du beurre (fortifiant) et du miel, voire de l'huile d'amande douce pour les plus aisés. Le petit était lavé avec de l'huile, du sel et du miel pour raffermir et protéger sa peau (91), sauf s'il lui restait du vernix (considéré comme le reste de semence paternelle continuant de le nourrir). La matrone effectuait divers soins : le frein de langue était souvent coupé à l'ongle pour faciliter la succion (14), et la tête ou les oreilles du bébé, déformées par un travail et accouchement trop longs, étaient souvent remodelées de force (39).

De nombreuses pratiques et croyances entourant les soins postnataux au nouveau-né étaient également citées dans le corpus salernitain : le cordon du petit garçon était encore coupé à quatre travers de doigts de son ventre pour lui garantir un membre viril, et on lui donnait régulièrement des substances soporifiques; on tentait de lui raccourcir les membres s'ils étaient de longueurs différentes ; en cas de constipation il recevait fréquemment des suppositoires de miel, coton et fientes de souris.

Le bébé était également fréquemment emmaillotté dès la naissance. Cette pratique héritée de l'Antiquité consistait à enrubanner fermement l'enfant jusqu'à ce qu'il sache se tenir debout seul, et était censée l'aider à se tenir droit, à le protéger des chocs, du froid et de l'humidité, mais le petit n'étant presque jamais changé, il baignait constamment dans ses propres déjections... (20).



Figure 17 : Maître d'Orose, enfant emmailloté, tiré d'*Histoire ancienne jusqu'à César*, Paris, vers 1400 (40)

3.5.11.2. Relevailles

La mère devait respecter une période d'alitement d'une durée théorique de quarante jours, associée à d'autres traditions selon les régions (ne pas changer les draps pendant huit jours, ne pas se laver, etc.). Cette coutume, déjà mentionnée dans la Torah, était en général respectée au sein de la noblesse, mais les paysannes la réduisaient souvent à quelques jours pour pouvoir retourner travailler puisque le temps des relevailles était plus associé à un symbole religieux qu'à un temps de rémission physique.

Elles restaient cependant exclues de l'enceinte de l'Église, car souillées du sang de la naissance, jusqu'au rituel de purification à la fin des quarante jours. Pendant cette période d'alitement, leurs commères les assistaient pour le ménage, la cuisine et les soins des enfants et du mari. Le jour de la cérémonie de purification, la mère était assistée par sa releveuse qui l'aidait à se lever, et lui faisait enfiler une cape la masquant complètement. Elle devait se rendre seule à l'église pour être bénie par le prêtre, avant de rentrer chez elle. Si elle était décédée en couches ou peu de temps après, elle était enterrée selon diverses coutumes locales (dans certaines régions, elle était inhumée avec ses chaussures pour pouvoir se relever la nuit et aller nourrir son bébé) (29).

3.5.12. Alimentation pédiatrique

3.5.12.1. Premiers jours de vie

Histoire des acteurs, croyances et pratiques autour de la santé des femmes au fil de l'ère médiévale dans l'Europe chrétienne

Les quelques illustrations d'allaitement maternel au haut Moyen Âge qui nous sont parvenues montrent pour la plupart la mère en position de madone, avec parfois une jambe surélevée par un tabouret.



Figure 18 : Barthélémy l'Anglais, *La mère*, *Livre des propriétés des choses*, XV^{ème} siècle (46)

On retardait la première tétée de quelques jours pour laisser le temps au petit d'évacuer le méconium et à la mère d'avoir sa montée de lait : le colostrum ayant un aspect étrange, on préférait attendre la transition vers le lait mature pour en nourrir le bébé (34).

En attendant, l'alimentation néonatale était essentiellement composée d'eau sucrée, ou du lait d'une nourrice engagée pour quelques jours (15), et on évitait au maximum le lait animal par peur qu'il ne donne des qualités bestiales à l'enfant (106). Selon les régions et époques, du vin pouvait également être donné pur ou dilué au nouveau-né, ou uniquement après le sevrage complet du lait maternel, et on donnait parfois un mélange de lait et de pavot blanc pour endormir les bébés (20).

3.5.12.2. Contre-indications à l'allaitement par la mère biologique

Jusqu'au XVII^{ème} siècle on pensait qu'allaiter était une contre-indication à la reprise de rapports sexuels, car retomber enceinte aurait déséquilibré et gâté les humeurs dont le lait. Certains auteurs comme Aristote (66) au IV^{ème} siècle av. J.C. ou Jonas d'Orléans au IX^{ème} siècle étaient d'ailleurs opposés à l'allaitement maternel des femmes de l'élite car son arrêt permettait selon eux au couple de

Histoire des acteurs, croyances et pratiques autour de la santé des femmes au fil de l'ère médiévale dans l'Europe chrétienne

concevoir le bébé suivant. Le principe de la méthode contraceptive MAMA moderne était donc probablement à peu près compris.

Dans des manuels de pénitence de 590 à 850 en France, Espagne, Irlande et Angleterre, il était ainsi écrit noir sur blanc que l'allaitement devait être accompagné d'une abstinence sexuelle totale au sein du couple. Saint Ivo de Chartres (1040-1115) disait également que « pendant la grossesse et jusqu'au sevrage de son enfant, aucune femme ne doit faire l'amour »(28).

Certains maris n'étaient pas toujours enclins à pratiquer une abstinence de près de trois ans (le temps de la grossesse et de la moyenne de deux ans d'allaitement maternel plus ou moins exclusif), et, pour retrouver rapidement une vie sexuelle au sein de leur couple, poussaient leurs épouses à prendre rapidement une nourrice (29). Ce métier, placé sous le patronage de Sainte Agathe dans la chrétienté, était déjà pratiqué au cours de la période antique et conserva une place importante au sein des cercles aisés des siècles suivants.

Elles s'avéraient également très utiles quand la mère était décédée avant le sevrage de son bébé, dans les cas de naissances multiples, car il était souvent déconseillé de nourrir plus d'un bébé à la fois ou compliqué pour les femmes de produire assez de lait, etc (39). Le rachitisme, l'anémie, le travail épuisant et la malnutrition maternels étaient de plus monnaie courante, et risquaient de causer une diminution de la quantité de lait pour l'enfant, en mettant en danger la vie de ce petit en l'absence de solutions de substitution.

On notait une importante propagation de la profession de nourrice des milieux urbains vers les campagnes du X^{ème} au XIV^{ème} siècles en Europe pour les personnes en ayant les moyens (20), et de nombreuses recommandations des médecins de cette époque entouraient ainsi leur sélection, activité, etc. Certains enfants étaient même envoyés à la campagne chez leurs nourrices pendant plusieurs années, et gardaient ensuite des liens étroits avec leur « maman tétou » (106).

La profession connut des progrès à la fin du Moyen Âge, et dans certains cas, des femmes devenaient nourrices de générations en générations dans les familles du peuple pour nourrir les bébés des nantis. Des lois les encadrant furent mises en place dans plusieurs pays, comme la loi royale française du 30 janvier 1350, pour fixer leur salaire, ainsi que celui de leurs associées les « recommandaresses », des femmes spécialisées dans le transport des enfants entre le domicile familial et celui de leur nourrice. A Florence entre les XIV^{ème} et XVI^{ème} siècles, des livres de comptes tenaient également à jour les noms et gages des nourrices employées par les hospices d'enfants trouvés de la ville (20).

3.5.12.3. Caractéristiques, alimentation et mode de vie des nourrices

Comme pour la grossesse, on pensait que les émotions fortes ressenties par la femme allaitante étaient susceptibles de passer dans son lait et d'entraîner des conséquences sur le caractère de l'enfant. Ainsi les qualités physiques et morales (la piété religieuse), le régime alimentaire, l'état de santé et le caractère de la femme allaitante étaient censés avoir des conséquences sur son lait et sur le bébé allaité.

Histoire des acteurs, croyances et pratiques autour de la santé des femmes au fil de l'ère médiévale dans l'Europe chrétienne

Trotula décrivait ainsi la nourrice comme une femme « avec un teint clair mêlé de rose et de blanc, qu'elle ne soit pas prête d'accoucher [...], qu'elle n'ait pas les seins trop gros ni trop petits. Elle ne doit pas manger de choses trop salées ni épicées, surtout qu'elle évite l'ail ». Elle proposait également des solutions à une quantité trop importante de lait (en réduisant l'apport nutritif et en augmentant l'activité physique de la nourrice), ou au contraire à une quantité insuffisante (bouillies de farine de fève, du pain ou du riz avec du lait et du sucre) (107). Trotula déconseillait de manière générale aux femmes allaitantes le chou qui donnerait un mauvais goût au lait, ou le fenouil qui ferait diminuer la lactation. Elles devaient de plus éviter les efforts physiques pour ne pas faire tourner le lait (108).

Eustache Deschamps (1340-1404) dans *Miroir de Mariage* nommait également de nombreux critères que les aspirantes mères de lait devaient remplir : « il faut qu'elle ne soit ni sottise, ni ignorante, qu'elle ait une bonne poitrine ; qu'elle soit gaie et joyeuse, jeune, jolie et pleine d'entrain, que son lait tienne sur l'ongle et qu'il ne soit pas verdâtre, et il faut éviter que son lait ait plus d'un an, car l'enfant en serait gâté et il en subirait le préjudice. Si elle a eu un enfant mâle, son lait vaudra assurément mieux que s'il s'agit d'une femelle » (109).

On remarque que dans la plupart des qualités recherchées chez ces femmes, le caractère et parfois l'intelligence étaient jugés importants. Les familles bien nées redoutaient de faire appel à des femmes de basse extraction, comme en témoignent des textes comme *Le Roman de Merlin* de Robert de Boron (fin XII^{ème} siècle- début XIII^{ème} siècle). Dans ce texte, un personnage demande d'être indulgent à l'encontre d'un jeune homme arraché au sein de sa mère biologique et confié à une pauvre nourrice au profit du jeune prince Arthur : « s'il lui arrive d'être bizarre, malappris ou perfide, tolérez-le, puisqu'il a pris ces défauts dans le lait d'une femme de basse condition et que c'est pour que vous soyez nourri comme il se devait qu'il a perdu sa véritable nature » (109).

3.5.12.4. Littérature autour de l'allaitement au sein

Bernard de Gordon dédia un chapitre entier au sein dans *Lilium medicine*, et y lista les diverses complications possibles au manque ou surplus de lait maternel causé par le sport, le régime alimentaire, la phlébotomie, les humeurs chaudes et froides, etc. Selon lui, si la quantité excessive de lait s'accumulait dans le sein risquait de les faire gonfler et de faire tourner le lait. Si cette affection était d'origine chaude, De Gordon la traitait avec des ingrédients froids comme des emplâtres de jus de chou, de pourpier ou de mûre avec du vinaigre blanc et de la farine d'orge, et si ce mal était d'origine froide alors il appliquait un mélange de vin blanc et vinaigre bouilli.

3.5.12.5. Diversification alimentaire du bébé médiéval

Le bébé était en général nourri par allaitement maternel exclusif et à la demande pendant quelques mois, au cours desquels il dormait en général dans le lit parental, malgré les mises en garde des autorités de l'époque contre cette pratique ayant conduit à la mort par étouffement de nombreux bébés entre leurs parents.

Ce mode d'alimentation était en général pratiqué jusqu'à l'apparition de la première dent, sauf si la mère était déjà retombée enceinte auquel cas elle arrêta de donner le sein immédiatement par peur de donner du lait vicié à son bébé.

Histoire des acteurs, croyances et pratiques autour de la santé des femmes au fil de l'ère médiévale dans l'Europe chrétienne

Son alimentation devenait alors mixte avec l'introduction plus ou moins rapide de bouillie de lait et de céréales pré machées, parfois données dès les premières semaines de vie pour épaisir le contenu gastrique, limiter les reflux et augmenter les apports. Des biberons en terre cuite ou en cornes de vaches et de chèvres (souvent appelés « chevrettes » car ils étaient la plupart du temps remplis de lait de chèvre) ont été retrouvés dans des tombes d'enfants du IX^{ème} siècle et servaient manifestement à sevrer les enfants, car on pensait qu'allaiter le bébé plus de deux ans risquait de le rendre idiot (12).

Conclusion

Au cours de cette étude on a donc pu conclure que la santé des femmes au cours du Moyen Âge dans l'Europe chrétienne a été influencée par une longue liste d'acteurs, qu'ils soient médicaux, historiques ou encore sociaux.

La médecine antique gréco-romaine (elle-même en partie basée sur les connaissances antiques égyptiennes) fut une (si ce n'est la) source majeure d'inspiration pour les scientifiques des siècles suivants. Les diverses professions de santé en Europe comme les médecins, sages-femmes et ventrières, barbiers et chirurgiens, apothicaires, l'Eglise chrétienne jusqu'au milieu du Moyen Âge classique et toutes les déclinaisons de guérisseurs connurent des changements importants. En effet, l'institutionnalisation des études de santé notamment grâce à la création des universités pour les médecins et les chirurgiens, à la naissance des guildes professionnelles et à l'encadrement progressif de la formation auprès d'ainées expérimentées, des connaissances et des compétences des sages-femmes a permis une amélioration progressive de ces professions au cours de notre période d'étude.

D'autres acteurs influencèrent le domaine de la santé des femmes comme la société européenne, la médecine internationale (tout particulièrement celle du monde arabe), des pratiques comme la dissection dont la popularisation a permis une meilleure (à défaut d'une parfaite) compréhension de l'anatomie et de la physiologie humaines, ou encore divers événements historiques majeurs tels que les grandes épidémies de peste ayant motivé de nombreux scientifiques médiévaux à réaliser des recherches afin de mieux comprendre le corps humain et ses maux.

La création et la popularisation de croyances et pratiques autour de la santé des femmes fut donc marquée par de multiples influences, en bien ou en mal, puisque des soins et remèdes ayant été reconnus efficaces par les études modernes étaient appliqués en parallèle de théories pouvant s'avérer dangereuses pour les patientes, souvent imprégnées de religion, de magie ou de folklore. Comme nous l'avons vu dans l'introduction, on peut expliquer cette forte présence d'idées pouvant être qualifiées de superstitieuses par le besoin psychologique humain à pouvoir imputer des phénomènes inexplicables par la science à des causes (quasi) surnaturelles, motivé par notre peur de l'inconnu.

On peut donc mieux comprendre ce mélange entre rationnel et surnaturel au Moyen Âge étant donné l'état peu avancé de la science de l'époque, mais qu'en est-il de l'époque moderne ? Dans le domaine de la santé des femmes, de nombreuses théories assimilables à des superstitions sont encore perpétuées, malgré des études modernes ayant pu expliquer les différents phénomènes entourant la conception, la grossesse ou la naissance ou ayant permis de réfuter des théories farfelues autour de ce sujet : on entend par exemple encore qu'un fœtus chevelu serait responsable de reflux gastro-œsophagiens importants pour la femme enceinte, que la pleine lune et les orages augmenteraient le nombre de naissances ou que les envies de sucré pendant la grossesse seraient des signes annonciateurs de la venue d'une fille.

Il me paraîtrait donc très intéressant de réaliser dans la lignée de ce mémoire historique une étude quantitative auprès des étudiants sages-femmes d'aujourd'hui en les interrogeant sur leur adhésion à une série de « superstitions » telles que celles citées précédemment.

Bibliographies

1. Prévention M de la S et de la, Prévention M de la S et de la. Santé sexuelle [Internet]. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 8 mars 2023]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/sante-sexuelle-et-reproductive/article/sante-sexuelle>
2. Larousse É. Définitions : obstétrique - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 12 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/obst%C3%A9trique/55443>
3. Larousse É. Définitions : maïeutique - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 12 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/ma%C3%AFeutique/48653>
4. Larousse É. Définitions : gynécologie - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 12 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/gyn%C3%A9cologie/38711>
5. Larousse É. Définitions : sexualité - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 22 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sexualit%C3%A9/72486>
6. Carrié Jean-Michel. Nouvelle histoire de l'Antiquité: des Sévères à Constantin, 192-337. 10. L'Empire romain en mutation. Paris: Éditions du Seuil; 2001. 841 p. (Points Histoire).
7. Dupouy Edmond. Le moyen âge médical: Les médecins au moyen âge - Les grandes épidémies - Démonomanie - Sorcellerie - Spiritisme - La médecine dans la littérature du moyen âge - Historiens - Poètes - Auteurs dramatiques. Paris: Meurillon; 1888. vii+372.
8. Lebrun F. Le « Traité des Superstitions » de Jean-Baptiste Thiers. Contribution à l'ethnographie de la France du XVIIe siècle. *Ann Bretagne Pays Ouest*. 1976;83(3):443-65.
9. Zucker Konrad. Psychologie de la superstition. Paris: Payot; 1972. 240 p. (Collection « Aux confins de la science »).
10. Morningstar J. Vyse, Stuart A. Believing in Magic: The Psychology of Superstition. *Libr J*. 2013;138(20):114-.
11. Turner Wendy Jo. Medicine and the law in the Middle Ages. Leiden Boston: Brill; 2014. xii+378. (Medieval law and its practice).
12. Brodsky Phyllis L. The control of childbirth: women versus medicine through the ages. Jefferson, N.C: McFarland & Co.; 2008. ix+211.
13. Graves Rolande. Born to procreate: women and childbirth in France from the Middle Ages to the eighteenth century. New York: Peter Lang; 2001. x+162. (Studies in the humanities literature-politics-society).
14. Leroy Fernand. Histoire de naître: de l'enfantement primitif à l'accouchement médicalisé. Bruxelles: De Boeck; 2002. 456 p.
15. Ward-Perkins Bryan. La chute de Rome: fin d'une civilisation. Paris: Flammarion; 2017. 362 p. (Champs Histoire).

Histoire des acteurs, croyances et pratiques autour de la santé des femmes au fil de l'ère médiévale dans l'Europe chrétienne

16. Cormack M. Introduction: Approaches to Childbirth in the Middle Ages. *J Hist Sex.* mai 2012;21(2):201-7.
17. Gourevitch Danielle. Maternité et petite enfance dans la littérature médicale. La conception. La grossesse. L'accouchement. La chirurgie obstétricale à l'époque romaine. La sage-femme: portrait idéal. Bourges: Éd. de la ville de Bourges, Service d'archéologie municipal; 2003. 69 p.
18. Blumenfeld-Kosinski Renate. Not of woman born: representations of caesarean birth in Medieval and Renaissance culture. Ithaca (N.Y.) London: Cornell University Press; 1990. 204 p.
19. Bilimoff Michèle. Les remèdes du Moyen Age. Rennes: Éd. Ouest-France; 2011. 127 p.
20. Rollet Catherine. Des bébés et des hommes: traditions et modernité des soins aux tout-petits. Paris: Albin Michel; 2000. 384 p. (<<La >>cause des bébés).
21. Gourevitch D. The history of medical teaching. *The Lancet.* 1 déc 1999;354:SIV33.
22. Comiti VP. Histoire des universités de médecine: quelques jalons. *Trib Sante.* 2007;16(3):19-24.
23. Coulon-Arpin Madeleine. La maternité et les sages-femmes: de la Préhistoire au XXe siècle. Paris: Editions Roger Dacosta; 1981. 189 p.
24. Green Monica Helen. Women's healthcare in the medieval West: texts and contexts. Aldershot (GB) Burlington (Vt.): Ashgate; 2000. (Variorum collected studies series).
25. Biller Peter, Ziegler Joseph. Religion and medicine in the Middle Ages. York: Medieval Press; 2001. xvi+253. (York studies in medieval theology).
26. Alexandre-Bidon Danièle. La santé au Moyen âge. Paris: Association des Amis de la tour Jean sans Peur; 2008. 38 p.
27. Laurent Sylvie. Naître au Moyen âge: de la conception à la naissance la grossesse et l'accouchement (XIIe-XVe siècle). Paris: le Léopard d'or; 1989. v+255.
28. Sogner S, Grange C. Allaitement au sein et abstinence sexuelle au Moyen Age. *Ann Démographie Hist.* 1987;1986(1):353-9.
29. Garver VL. Childbearing and Infancy in the Carolingian World. *J Hist Sex.* 2012;21(2):208-44.
30. Tardieu Nicolas. Grossesse et sexualité à travers l'Histoire. Paris: Connaissances et savoirs; 2004. 91 p.
31. Jeay M. Sexuality and Family in Fifteenth-Century France: Are Literary Sources a Mask or a Mirror? *J Fam Hist.* 1979;4(4):328-45.
32. Contraception, mariage et relations amoureuses dans l'Occident chrétien on JSTOR [Internet]. [cité 1 sept 2022]. Disponible sur: <https://www-jstor-org.ezproxy.u-paris.fr/stable/27577443?sid=primo>
33. Valente MF. Martin Le Maistre's Reasoning in Sexual Matters. *Am J Jurisprud.* 1 janv 1969;14(1):100-4.
34. Raynald Thomas. The birth of mankind: otherwise named, The woman's book newly set forth, corrected, and augmented whose contents ye may read in the table of the book, and most plainly

Histoire des acteurs, croyances et pratiques autour de la santé des femmes au fil de l'ère médiévale dans l'Europe chrétienne

- in the prologue. Farnham Burlington (Vt.): Ashgate; 2009. xxxix+310. (Literary and scientific cultures of early modernity).
35. King Helen. La médecine dans l'Antiquité grecque et romaine. Lausanne: Éditions BHMS; 2008. ix+129. (Bibliothèque d'histoire de la médecine et de la santé).
36. Stoertz FH. Pregnancy and Childbirth in Twelfth-and Thirteenth-Century French and English Law. *J Hist Sex.* 2012;21(2):263-81.
37. Mormiche Pascale, Perez Stanis, Cour de Francefr, Presses universitaires du Septentrion. Naissance et petite enfance à la cour de France: Moyen Âge-XIXe siècle. Villeneuve d'Ascq: Presses universitaires du Septentrion; 2016. 232 p. (Histoire et civilisations).
38. Histoire des femmes en Occident, sous la dir. de Georges Duby et Michelle Perrot. T. 2 : Le Moyen Age, sous la dir. de Christiane Klapisch-Zuber. Paris : Plon, 1992. In-8°, 575 pages, ill. Bibl L'École Chartes. 1992;150(2):384-6.
39. Alexandre-Bidon D, Boitel (1934-2021) P, Bon P. Guide de la France médiévale [Internet]. 1997 [cité 25 févr 2023]. Disponible sur: <https://data.bnf.fr/temp-work/de2917f637632910b855a9df2e032b1e/>
40. Document - Banque d'images - BNF [Internet]. [cité 26 mars 2023]. Disponible sur: <https://images.bnf.fr/#/detail/685652/33>
41. Ibn al-Nafīs 'Alī ibn Abī al-Ḥazm al-Qarṣī 'Alā' al-Dīn. Abrégé du Canon d'Avicenne. Lieu de publication inconnu: éditeur inconnu; 2005. 348 p.
42. Green Monica Helen. The Trotula: a medieval compendium of women's medicine. Philadelphia: University of Pennsylvania Press; 2001. xvii+301. (<<The >>Middle Ages series).
43. Boissou Catherine. Histoire de l'antisepsie à l'accouchement: de l'Antiquité à nos jours. [S.l.]: s.n.; 2004.
44. Hervy Osmin. Mémoire sur le Polygonum Tinctorium. S.l.: s.n.; 1840.
45. Berton Hugues. Sorcellerie: sorciers, guérisseurs, médecines magiques et traditionnelles. Clermont-Ferrand: De Borée; 2001. 288 p.
46. Barthélémy l'Anglais. Le Livre des propriétés des choses: une encyclopédie au XIVe siècle. Paris: Stock; 1999. 308 p. (Stock Moyen âge).
47. Hacquin François. Histoire de l'art des accouchements en Lorraine: des temps anciens au XXe siècle. Lieu de publication inconnu: éditeur inconnu; 1979. 284 p.
48. Ritchey Sara. Gender, health, and healing, 1250-1550. Amsterdam: Amsterdam University Press; 2020. 330 p. (Premodern health, disease, and disability).
49. Park Katharine. Secrets de femmes: le genre, la génération et les origines de la dissection humaine. Dijon: les Presses du réel; 2009. 361 p. (Collection Fabula).
50. Dominique Castex, Isabelle Cartron. Épidémies et crises de mortalité du passé [Internet]. Ausonius Éditions; [cité 3 oct 2022]. Disponible sur: <https://directory.doabooks.org/handle/20.500.12854/46657>

Histoire des acteurs, croyances et pratiques autour de la santé des femmes au fil de l'ère médiévale dans l'Europe chrétienne

51. Henri de Mondeville. Chirurgie de Henri de Mondeville composée de 1306 à 1320. Paris: Ancienne Librairie G. Baillière; 1893. xxxii+902.
52. Ketham Johann von. Fasciculus medicine. Gorle-Bergamo: Grafica Gutenberg; 1976. (Monumenta Longobardica, op. VIII." Collana opere Antiche").
53. Leonardo da V. Tabula anatomica e bibliotheca augustissimi Magnae Britanniae Hannoveraeque regis depromta, venerem obversam e legibus naturae hominibus solam convenire, ostendens [Internet]. Lunaeburgi : Sumtibus Heroldi et Wahlstabii; 1830 [cité 24 mars 2023]. 30 p. Disponible sur: <http://archive.org/details/b30459370>
54. Salvat M. L'accouchement dans la littérature scientifique médiévale. In: L'enfant au Moyen Âge. Presses universitaires de Provence; 2014. p. 87-106.
55. Musée de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris. L'heureux événement: une histoire de l'accouchement [exposition], Musée de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, 7 avril-16 juillet 1995. Paris: Musée de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris; 1995. 180 p.
56. Ouerd M. Dans la forge à cauchemars mythologiques. Sorcières, praticiennes et hystériques. Cah Fontenay. 1978;11(1):103-58.
57. Häxan: ett kulturhistoriskt föredrag i levande bilder i 7 avdelningar. Paris: Potemkine films Agnès B. DVD; 2011.
58. Monstrelet Enguerrand de. Le Premier [-Tiers] volume de Enguerran de Monstrellet, ensuyvant Froissart nagueres imprime a Paris des Chronicques de France, dangleterre, descosse, despaigne, de bretagne, de gascongne, de flandres. Et lieux circonvoisins. S.l: s.n.; 1503.
59. Albert le Grand. Albertus Magnus De secretis mulierum. Item De virtutibus herbarum lapidum et animalium. Edition électronique : numérisation 2016. Paris: BIU Santé; 2016. (Medic).
60. Liber de sinthomatibus mulierum [Internet]. Bing. [cité 26 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.bing.com/images/search?q=Liber+de+sinthomatibus+mulierum&FORM=HDRSC3>
61. iris commun : bienfaits, utilisation, propriétés [Internet]. [cité 8 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.medisite.fr/dictionnaire-des-plantes-medicinales-iris-commun.1107102.8.html>
62. Fournier Paul. Le livre des plantes médicinales et vénéneuses de France: 1500 espèces par le texte et par l'image. 1. Abricot à Coloquinte. Paris: Paul Lechevalier; 1947. lxxviii+447. (Encyclopédie biologique).
63. Emsley John. Guide des produits chimiques à l'usage du particulier. Paris: O. Jacob; 1996. 335 p.
64. van de Walle E. Flowers and Fruits: Two Thousand Years of Menstrual Regulation. J Interdiscip Hist. 1997;28(2):183-203.
65. Yelouassi E. Huile essentielle de laurier : Propriétés et Utilisations [Internet]. Information hospitalière : Lexique et actualité du milieu médical. 2021 [cité 23 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.informationhospitaliere.com/huile-essentielle-de-laurier-proprietes-et-utilisations>
66. Pline l'Ancien. Histoire naturelle. Paris: Gallimard; 2013. xliv+2127. (Bibliothèque de la Pléiade).

Histoire des acteurs, croyances et pratiques autour de la santé des femmes au fil de l'ère médiévale dans l'Europe chrétienne

67. John M. Riddle. Ancient and Medieval Chemotherapy for Cancer [Internet]. [cité 27 févr 2023]. Disponible sur: <http://archive.org/details/riddle-1985-ancient-medieval-chemo>
68. Symptômes et bilan d'une hypothyroïdie [Internet]. [cité 23 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/hypothyroidie/symptomes-diagnostic-evolution>
69. Symptômes et bilan d'une hyperthyroïdie [Internet]. [cité 23 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/hyperthyroidie/symptomes-diagnostic-evolution>
70. Reconnaître une anémie par carence en fer [Internet]. [cité 23 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/anemie-carence-fer/symptomes-diagnostic>
71. Syndrome des ovaires polykystiques : symptômes et diagnostic [Internet]. [cité 23 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/syndrome-ovaires-polykystiques/symptomes-diagnostic-evolution>
72. DOJA A. Dreaming of Fecundity in Rural Society. *Rural Hist.* 2005;16(2):209-33.
73. Guibourt Nicolas Jean-Baptiste Gaston. Histoire naturelle des drogues simples, ou Cours d'histoire naturelle professé à l'École supérieure de pharmacie de Paris. Edition électronique : numérisation 2015. Paris: BIU Santé; 2015. (Medic).
74. Riddle JM. Oral contraceptives and early-term abortifacients during classical antiquity and the Middle Ages. *Past Present.* 1991;No. 132(1):3-32.
75. Mistry Zubin. *Abortion in the early Middle Ages, c.500-900.* York: Medieval press; 2015.
76. Masquelet Alain-Charles. *Le serment d'Hippocrate.* Paris: Maloine; 1997. 31 p.
77. Amy JJ. Contraception. More than ever. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2006;11(3):151-2.
78. Couplan F. *Les plantes et leurs noms histoires insolites.* Versailles Cedex, France: Éditions Quæ; 2012. 227 p. (Guide pratique).
79. Couplan François. *Plantes médicinales de montagne: reconnaître, récolter, préparer un guide + un carnet de terrain.* Grenoble: Glénat; 2016. 127 p. (<<Les >>Mosaïques nature).
80. Fontanille Marie-Thérèse. *Avortement et contraception dans la médecine gréco-romaine.* Montrouge (Hauts-de-Seine): Laboratoires Searle; 1977. 233 p.
81. Boyer-Neumann C. Hémostase et grossesse. *EMC - Hématologie.* 1 juin 2005;2(2):132-43.
82. Tricaud Anne, Jobbé-Duval Brigitte, Christian Francis, Mergnac Marie-Odile. *Bébés d'hier.* Paris: Archives & Cultures; 2004. 128 p. (Vie d'autrefois).
83. Berton H. Les guérisseurs en milieu rural. *Gd Doss Sci Hum.* 2020;N° 60(9):9-9.
84. Levy Mickaël. *Les huiles essentielles, généralités et usages: l'huile essentielle de bois de rose (Aniba rosaeodora spp).* [S.l.]: s.n.; 2013.
85. Hildegard, Berger Margret. *Hildegard of Bingen: on natural philosophy and medicine selections from Cause et cure.* Suffolk Rochester, N.Y: D.S. Brewer; 1999. xvii+166. (Library of medieval women).

Histoire des acteurs, croyances et pratiques autour de la santé des femmes au fil de l'ère médiévale dans l'Europe chrétienne

86. Presley TD, Morgan AR, Bechtold E, Clodfelter W, Dove RW, Jennings JM, et al. Acute effect of a high nitrate diet on brain perfusion in older adults. *Nitric Oxide*. 2011;24(1):34-42.
87. RIED K, FRANK OR, STOCKS NP. Aged garlic extract reduces blood pressure in hypertensives: a dose-response trial. *Eur J Clin Nutr*. 2013;67(1):64-70.
88. Novak J, Bruthner WD. Medicinal, aromatic and stimulant plants. 1st ed. 2020. Cham, Switzerland: Springer; 2020. xi+634. (Handbook of Plant Breeding, 12).
89. CACHUELA-PALACIO M. Towards an index of all known species: the Catalogue of Life, its rationale, design and use. *Integr Zool*. 2006;1(1):18-21.
90. BnF - Dossier pédagogique - L'enfance au Moyen Âge [Internet]. [cité 24 mars 2023]. Disponible sur: <http://classes.bnf.fr/ema/grands/337.htm>
91. Ashby G, Berier F, Bonney F, Buschinger D, Caluwé J de, Colliot R, et al. L'enfant au Moyen Âge : Littérature et civilisation [Internet]. L'enfant au Moyen Âge : Littérature et civilisation. Aix-en-Provence: Presses universitaires de Provence; 2014 [cité 7 nov 2022]. 462 p. (Senefiance). Disponible sur: <http://books.openedition.org/pup/2691>
92. Clesse C, Lighezzolo-Alnot J, De Lavergne S, Hamlin S, Scheffler M. Histoire de l'accouchement en Occident : évolution des connaissances, techniques, croyances, rites et pratiques professionnelles au travers des âges. *Devenir*. 2018;30(4):399-417.
93. Pioreschi Plinio. A history of medicine. Lewiston [etc: Edwin Mellen press; 1991.
94. Mazère Jean-Baptiste. Castors et castoréum. [S.l]: s.n.; 2002.
95. Brenner E. Review of Medieval medicine: a reader. *Med Hist*. 2013;(57-2).
96. Lacoste Sophie. Ma bible de la phytothérapie: [le guide de référence pour se soigner avec les plantes]. Paris: Leduc.s Quotidien Malin; 2014. 647 p.
97. Hérisset A. Sur la culture et l'amélioration de la Valériane officinale. Paris: s. n.; 1965. (Travaux du laboratoire de matière médicale de l'École supérieure de pharmacie de Paris).
98. Serhan CN. Pro-resolving lipid mediators are leads for resolution physiology. *Nat Lond*. 2014;510(7503):92-101.
99. Pundel Jean-Paul. Histoire de l'opération césarienne: Étude historique de la césarienne dans la médecine, l'art et la littérature, les religions et la législation. La prodigieuse évolution de la césarienne depuis l'Antiquité jusqu'aux temps modernes. Bruxelles: Presses académiques européennes; 1969. 303 p.
100. Sewell JE. Cesarean section--a brief history: a brochure to accompany an exhibition on the history of cesarean section at the National Library of Medicine, 30 April 1993-31 August 1993. Washington, D.C: American College of Obstetricians and Gynecologists; 1993. iii, 15 p.
101. Bouchasson P. La placentophagie ou l'ingestion de placenta: entre traditions ancestrales et phénomènes actuels. :74.
102. Gersant M. Le placenta : approche historique, anthropologique et psychanalytique. *Dialogue*. 2020;228(2):181-200.

Histoire des acteurs, croyances et pratiques autour de la santé des femmes au fil de l'ère médiévale dans l'Europe chrétienne

103. Ingestion of Afterbirth Appears to Promote Maternal Behavior in Mammals [Internet]. [cité 31 août 2022]. Disponible sur: <https://www.buffalo.edu/news/releases/2005/02/7121.html>

104. Carey HM. Astrology in the Middle Ages. *Hist Compass*. 2010;8(8):888-902.

105. Aristote. *Histoire des animaux*. Paris: Gallimard; 1994. 586 p. (Folio Essais).

106. Knibiehler Y. Chapitre II. La maternité coutumière. In Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2002 [cité 9 mars 2023]. p. 35-57. (Que sais-je?; vol. 2e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/histoire-des-meres-et-de-la-maternite-en-occident--9782130528609-p-35.htm>

107. Lalung Henry de. *L'accouchement à travers les âges et les peuples: superstitions, erreurs, préjugés sur la grossesse, le travail, la délivrance, les pratiques de magie, les postures, la césarienne, monstres et hermaphrodites*. Éd. originale. Paris: Cortial; 1939. 66 p.

108. Squires C. Taboo, fantasies and magical thinking about birth. *Clin Méditerranéennes*.

2012;(85):23-39.

109. Echevrillasse X. Fées nourrices et superstitions: les soins aux nourrissons au prisme de la fiction médiévale. *Ann Bretagne Pays L'Ouest Anjou Maine-Portou-Charente Touraine*. 16-17

2017;(124):109-33.