

Faculté de Médecine

École de Sages-Femmes

Diplôme d'État de Sage-femme

2016-2017

MÉDICALISATION DE LA GROSSESSE ET DE LA NAISSANCE AUX XVI^e ET XVII^e SIÈCLES

Présenté et soutenu publiquement le 12/05/2017

Par :

BERNAJUZZAN Anne

Directeur : Valérie BLAIZE-GAGNERAUD

Guidant : Karine BOMPARD



« La devise générale de l'histoire devrait être « *Eadem sed aliter* » (les mêmes choses mais d'une autre manière). »

Arthur Schopenhauer

Remerciements

Je remercie toutes les personnes m'ayant aidée à réaliser ce mémoire.

J'adresse tout particulièrement mes remerciements à Valérie Blaize-Gagneraud pour le temps qu'elle a consacré à ce travail et pour ses nombreux conseils et relectures.

Enfin, je remercie mes parents et mes amis. Ils m'ont permis, grâce à leur fidèle soutien d'accomplir ce travail.

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Table des matières

1. Introduction	88
2. Méthodologie de la recherche	11
2.1 Type d'étude	11
2.2 Collecte des données	11
2.3 Mots-clés utilisés	11
2.4 Les variables	Erreur ! Signet non défini.
2.5 Calendrier	12
3. Analyse et discussion	13
3.1 Le contexte	13
3.2 Les acteurs de la prise en charge	15
3.2.1 De la matrone à la sage-femme	15
3.2.1.1 La matrone	15
3.2.1.2 Le contrôle exercé par le pouvoir religieux	16
a) Prise de conscience des autorités civiles	16
b) Maternité « heureuse »	16
3.2.1.3 Les prémices d'une formation	17
a) La mise en place d'une formation	18
b) Du barbier au chirurgien	21
c) le chirurgien-accoucheur	23
d) La place du médecin	23
3.3 L'évolution des mœurs	24
3.3.1 De nouvelles exigences	25
3.3.2 La force de l'homme	26
3.3.3. Un effet de mode	26
3.4. L'évolution des pratiques	28
3.4.1. De nouvelles connaissances obstétricales	28
a) Héritage	28
b) La renaissance	28
c) Les avancées	29
3.4.2. La prise en charge	31
a) Le diagnostic	31
b) La surveillance	31
c) Les traitements	32
3.4.3. L'apparition d'instruments	34
a) Le spéculum	34
b) Le forceps	35
3.4.4. De nouvelles techniques	36
a) La version podalique	36
b) La césarienne	36
c) Les positions d'accouchement	38

3.4.5. L'hôpital.....	40
3.5. Les croyances, les coutumes et les rituels.....	42
4. Conclusion.....	44
5. Références bibliographiques	46
6. Annexes	51

Table des illustrations

Illustration 1: Louis XIV (1638-1715).....	14
Illustration 2: Scène d'accouchement - 16e siècle Auteur de l'ouvrage : RUEFF, Jacob. Ouvrage : De conceptu et generatione hominis- 1587 Technique : Gravure - Bois	15
Illustration 3: Hôtel-Dieu de Paris vers le début du XVIe siècle.....	19
Illustration 4: Gravure extraite de : « Droits et privilèges des chirurgiens » XVIIe siècle	22
Illustration 5: De la grossesse et accouchement des femmes ; du gouvernement de celles-ci et moyen de survenir aux accidents qui leur arrivent, ensemble de la nourriture des enfans, par feu Jacques Guillemeau,... augmenté de... plusieurs maladies secrettes, avec un traité de l'impuissance, par Charles Guillemeau,... Auteur : Guillemeau, Jacques (1549-1613). Auteur du texte Auteur : Guillemeau, Charles (1588-1656). Auteur du texte Éditeur : A. Pacard (Paris) Date d'édition : 1621	30
Illustration 6: Réf. image MEDIC@ : med08773x0904 Fig. 248-249. Crochets pour tirer les enfants hors du ventre de la mere / Fig. 250. Cousteau courbé propre pour couper le ventre de l'enfant mort, estant dans le corps de la mere - Les Oeuvres d'Ambroise Paré, conseiller et premier chirurgien du roy, divisées en vingt-sept livres : avec les figures et portraicts tant de l'Anatomie que des instruments de chirurgie et de plusieurs monstres : reveuz et augmentez par l'auteur pour la seconde Edition, Paris,	35
Illustration 7: Réf. image : 01572 Fig. 1. Couteau à crochet pour les accouchements / 2. Lance pour percer la tête du fœtus dans la matrice / Fig. 3. Tire-tête de Mauriceau / Fig. 4. Couteau droit pour couper le périoste dans les amputations / Fig. 5. Grand couteau courbe pour l'incision circulaire de la peau et des muscles / Fig. 6. Machine de fer blanc pour la réunion des tendons extenseurs des doigts.....	35
Illustration 8: Représentation de la mise au monde d'Esculape par extraction post mortem. Gravure du livre d'Alessandro Benedetti « De re medica », Venise, 1533 (tirée de J. P. Pundel, Histoire de l'opération césarienne, Presses académiques européennes, Bruxelles1969, p. 24.....	38
Illustration 9: Chaise d'accouchement en usage au XVIe siècle (Histoire de naître de F. Leroy)	39
Illustration 10: Lit de misère moderne (Histoire des accouchements chez tous les peuples de G.-J. Witkowski.....	40

1. INTRODUCTION

La médicalisation telle que nous la connaissons aujourd'hui résulte d'un long processus qui s'est initié durant l'Antiquité. Dans le domaine de l'obstétrique, la médicalisation s'enracine définitivement durant la période qui s'étend du début du XVI^e siècle jusqu'à la fin du XVII^e siècle. On assiste à la naissance de l'obstétrique telle que nous la connaissons aujourd'hui.

Cette médicalisation se fait grâce à plusieurs phénomènes imbriqués, permettant un changement de l'organisation et de la manière de prendre en charge la grossesse et la naissance. C'est pourquoi il nous faut mettre en évidence le contexte socio-économique existant au XVI^e siècle qui pousse les autorités civiles et religieuses à intervenir dans la définition des acteurs de la prise en charge obstétricale.

Tout d'abord, les autorités civiles et religieuses prennent conscience de la mauvaise qualité de la prise en charge de la grossesse et de la naissance au XVI^e siècle et au XVII^e siècle. En effet, la mortalité maternelle et infantile est élevée : 15,7 % des femmes enceintes et presque un enfant sur deux décèdent pendant la grossesse ou dans les suites de l'accouchement. [1] Il n'existe pas réellement de baisse démographique, mais plutôt une stagnation démographique de la population en France. Pourtant, au XVI^e siècle, la théorie populationniste prône un accroissement démographique. Cette théorie se base sur le concept d'une population qui serait source de toute richesse : puissance militaire, ressources fiscales, échanges commerciaux ... Afin d'augmenter les revenus de l'État, les autorités civiles et religieuses vont mettre en place des réformes pour diminuer la mortalité maternelle et infantile. Dans ce but, elles interviennent sur les modalités d'exercice et de formation des acteurs de la prise en charge de la grossesse et de la naissance. Le monopole de la naissance est alors détenu par les matrones. Elles sont en grande partie indépendantes, n'étant soumises qu'à quelques formalités d'ordre religieux. Elles bénéficient au sein des communes d'une influence considérable. Leur connaissance des accouchements est empirique et leur manque de connaissances médicales entraînent la mort de nombreuses femmes et de nombreux enfants lors d'accouchements mal menés. [3]

Les autorités civiles décident alors d'écarter les matrones de la prise en charge de la naissance. Pour cela, les autorités créent des écoles et des diplômes pour former des femmes « sages », les sages-femmes. [5] Ces formations permettent de contrôler les connaissances de ces femmes. Le doyen de la faculté de médecine met en place le contenu des cours et des examens. En créant des écoles les autorités limitent l'influence des sages-femmes au sein de la société notamment par la mise sous tutelle par le médecin et par le chirurgien. La sage-femme perd aussi son influence en perdant des droits et des devoirs par

rapport aux matrones. Ainsi, il est dit que le médecin « parraine » la sage-femme dans le rôle d'expert qu'elle peut avoir lors d'affaires de viol, d'adultère ... [7] Les sages-femmes, en tant que femmes, ne peuvent pas avoir de confrérie et sont donc rattachées à celle des chirurgiens : la confrérie de Saint-Côme. [11] Dans une société patriarcale, une femme puissante qui possède des connaissances dérange. Ainsi la sage-femme perd son pouvoir, son influence et son indépendance. La sage-femme se trouve placée sous la domination de l'homme, à savoir le médecin et le chirurgien. [11]

Le passage de la matrone à la sage-femme se fait à la même période que le passage du barbier au chirurgien, puis du chirurgien au chirurgien-accoucheur : la redéfinition des rôles se fait à tous les niveaux, dans tous les domaines de la médecine. [25]

En parallèle un changement des mœurs s'opère, les hommes, par l'intermédiaire des chirurgiens-accoucheurs, s'introduisent progressivement dans l'intimité de la femme. Ce changement se fait très lentement car l'accouchement est depuis toujours un domaine réservé aux femmes, caché aux yeux des hommes. Cette forme de pudeur, revendiquée par les femmes comme par leurs maris, permet aux sages-femmes de garder une place au sein de la prise en charge de la naissance. [13] Néanmoins, les chirurgiens-accoucheurs s'imposent peu à peu, principalement dans les milieux bourgeois parisiens. [21]

Un troisième phénomène contribue à la naissance de l'obstétrique au XVI^e et au XVII^e siècle, il se superpose aux deux autres : c'est l'arrivée de nouvelles connaissances. Les autorités religieuses perdent du poids face aux autorités civiles. Parallèlement, les connaissances apportées par Aristote, Hippocrate et d'autres illustres savants de l'Antiquité, sont remises en question par des personnalités scientifiques. De nombreux traités qui décrivent une nouvelle conception de l'obstétrique sont écrits par des chirurgiens renommés tels qu'Ambroise Paré, François Mauriceau ou Jacques Guillemeau.

De ce fait, les pratiques médicales changent. Des instruments sont inventés pour améliorer la prise en charge de l'accouchement. Les techniques et les positions d'accouchement sont améliorées par l'arrivée de nouvelles connaissances anatomiques. [13] [14] [15]

Paradoxalement, si le XVI^e siècle et le XVII^e siècle paraissent annoncer le siècle des Lumières, c'est-à-dire le siècle de la raison, les croyances, les rites et les rituels restent très ancrés dans les mentalités. [3] L'arrivée de nombreuses connaissances scientifiques et l'organisation de la prise en charge de la grossesse et de la naissance pourraient annoncer l'abandon définitif de ces croyances. Elles restent cependant très présentes dans les campagnes et sont parfois même véhiculées par des chirurgiens-accoucheurs comme

François Mauriceau. [1] L'étude de la persistance de ces rites et de ces croyances au cours du XVIe et du XVIIe siècle semble intéressante dans un contexte global de médicalisation.

Tous ces éléments constituent une forme de médicalisation de la prise en charge de la grossesse et de la naissance, processus qui marque les XVIe et XVIIe siècles même si les croyances gardent une place très forte.

Finalement, nous pouvons nous demander **comment la médicalisation de la grossesse et de la naissance s'est initiée au cours du XVIe et du XVIIe siècle en France.**

Pour pouvoir analyser le processus de médicalisation de la grossesse et de la naissance au XVIe et au XVIIe siècle, il faut d'abord se remettre dans le contexte politique, économique et social de l'époque, puis analyser l'évolution du rôle des acteurs présents dans la prise en charge de la grossesse et de la naissance.

Il faut également étudier l'évolution des connaissances en lien avec la grossesse, l'accouchement, les traitements ... et l'évolution des pratiques, qui ont contribué à la médicalisation durant les XVIe et XVIIe siècles, tout en montrant qu'en parallèle persistent les rituels et les croyances.

2. MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

2.1. Type d'étude

Nous avons réalisé une analyse historique. Au préalable, les données historiques fournies par la littérature ont été collectées, synthétisées et analysées. Cette étude visait à connaître l'importance du XVI^e et du XVII^e siècle dans le processus de médicalisation de la grossesse et de la naissance, mais aussi l'importance qu'a eu la répartition des rôles et des acteurs au cours de ce processus.

2.2. Collecte des données

Les données retenues étaient issues d'ouvrages et d'articles historiques, anthroposociologiques ou médicaux, d'époque ou documentés, écrits notamment par :

- des sages-femmes, comme Louise Bourgeois
- des obstétriciens, comme Ambroise Paré, Jacques Guillemeau, François Mauriceau, Dr Léon Joseph Ghislain Hyernaux.
- des historiens, comme Jacques Gélis.

Ces différents ouvrages ont été collectés à partir :

- D'une base de données informatique : Gallica (Banque Numérique Française), Medic@, Clio revues, CAIRN, Persee, Universalis, Google Scholar, Biusante.parisdescartes.
- Autres : BFM, Faculté de Médecine, Faculté de Lettres et de Sciences Humaines de Limoges.

2.3 Mots-clés utilisés

« Grossesse », « Naissance », « Accouchement », « Obstétrique », « Traitements », « Matrones », « Barbiers », « Sages-femmes », « Chirurgiens », « Accoucheurs », « Médecins », « XVI^e siècle », « XVII^e siècle », « Croyances », « Traditions ».

2.4. Variables

Les variables étudiées portaient sur :

- la médicalisation, c'est-à-dire le processus qui fait entrer des pratiques dans le champ de la médecine, de la science, à savoir : l'ensemble des connaissances obstétricales, les connaissances des traitements (connaissances des plantes, minéraux, substances animales ou alimentation à visée thérapeutique, massages...), mais aussi les traditions, coutumes, rituels, qui existent autour de la grossesse et de l'accouchement, ainsi que les croyances populaires au sujet de la grossesse et de la naissance.

- Les acteurs :

Le rôle des acteurs (matrones, barbiers, sages-femmes, chirurgiens-accoucheurs) dans la pratique de l'accouchement, leur capacité à manipuler des instruments, la reconnaissance sociale et professionnelle dont ils bénéficient, la formation empirique et théorique qu'ils ont reçue. Mais aussi leur organisation en corporations et les rapports hiérarchiques qui existent entre eux.

2.5 Calendrier

Le calendrier comportait deux étapes : la première étape terminée en Juillet 2016, correspondait à la collecte des données, la vérification de la validité des sources, et leur classification par thème. La deuxième étape correspondait à l'analyse des données en rapport avec le contexte religieux, politique et médical de l'époque.

3. ANALYSE ET DISCUSSION

Pendant des millénaires, l'histoire de la naissance a été une « *histoire immobile* ». L'historienne Marie-France MOREL utilise ces mots pour expliquer que les conditions d'accouchement étaient toujours les mêmes. La femme accouchait à son domicile, entourée d'acteurs qui n'avaient jamais changé pas et dont l'expertise n'était pas reconnue. [39] Marie-France MOREL n'hésite pas à utiliser le terme de « mutation » pour aborder les deux points suivants : le changement du lieu d'accouchement et le changement d'acteurs. Le changement d'acteurs s'opère au cours des XVI^e et XVII^e siècles. Les contextes idéologique, social, politique et économique de l'époque amènent les autorités civiles à prendre conscience de la nécessité de diminuer le taux de la mortalité maternelle et infantile. Pour cela, il leur faut redéfinir les acteurs de la prise en charge de la grossesse et de la naissance. C'est précisément ce que nous allons aborder dans le chapitre suivant, à travers la constitution du corps des sages-femmes et l'arrivée des hommes dans le domaine de la naissance avec le chirurgien-accoucheur. Pour bien comprendre ce phénomène, nous tenterons de réaliser une analyse du contexte.

3.1 LE CONTEXTE

Au XVI^e siècle, la démographie française est au centre de toutes les préoccupations.

Les théories populationnistes séduisent les autorités politiques. Ces doctrines populationnistes se basent sur le concept selon lequel la population est la source de toute richesse : puissance militaire, économique... [36] De plus, la France souhaite mettre en place des échanges commerciaux pour financer ses armées, et ainsi asseoir son autorité en Europe. Ceci passe par « l'accroissement de la production et de la population active ». [2]

Il est donc nécessaire aux autorités civiles et religieuses de diminuer la mortalité maternelle et infantile.

Pour avoir une idée assez précise de la démographie, sont organisés les premiers recensements de la population.

A partir de l'ordonnance de Villers-Cotterêts, texte législatif édicté par le Roi François 1^{er} en 1539, des registres curiaux doivent être tenus par les curés. Ces registres recensent les baptêmes, sous le contrôle de l'administration royale. L'ordonnance de Blois de 1579 étend le recensement aux mariages et aux enterrements [29]

Dès le début du XVII^e siècle, de grands recensements de la population active s'organisent, avec des statistiques de natalité et de mortalité. C'est en effet sous le règne de Louis XIV que l'on tente de recenser de manière globale la population française.

A cette époque, François Mauriceau (1637-1709), éminent accoucheur, écrit que 15,7 % des femmes enceintes décèdent lors de leur grossesse ou dans les suites de couches, et que 42,8% des enfants ne voient pas le jour. [1]

Devant cette mortalité maternelle et infantile élevée, un responsable est à trouver. La matrone est à l'époque l'unique acteur de la prise en charge de la grossesse et de la naissance. Le pouvoir et le mystère qui l'entourent en font un coupable de choix pour les autorités civiles et religieuses. Ainsi l'Eglise et l'Etat, puis plus tard les chirurgiens, contribuent à ce que Jacques Gélis, historien, relate : « *la matrone va être progressivement mise en accusation*, au nom de la nécessaire protection de la mère et du nourrisson, et de la sauvegarde des populations. » [5]

La responsabilité de la matrone établie, les autorités religieuses puis civiles vont mettre en place des mesures pour la remplacer par une femme « sage », instruite des bases de l'obstétrique et docile : la sage-femme.



Illustration 1: Louis XIV (1638-1715) ¹

¹ Source : https://en.wikipedia.org/wiki/Louis_XIV_of_France#/media/File:Louis_XIV_of_France.jpg

3.2 LES ACTEURS DE LA PRISE EN CHARGE

3.2.1 De la matrone à la sage-femme

3.2.1.1 La matrone

Jusqu'au XVI^e siècle, la prise en charge de la grossesse et de la naissance est sous le monopole des matrones, dont l'exercice n'est soumis à aucune réglementation. Il n'existe aucune sélection : la vocation se transmet de mère en fille. [3] Les matrones n'ont aucune formation : elles ne savent ni lire, ni écrire, et la transmission des connaissances se fait de façon orale. [1] La matrone (« femme qui aide », « mère-mitaine », ou « bonne-mère ») a appris « sur le tas » : quelques accouchements bien menés lui ont permis d'acquérir la confiance des villageois. Elle est assistée des proches de la future mère, appelées « commères », qui ont leurs tâches dédiées. Elle tient ses connaissances de sa seule expérience. Elle a donc une certaine maîtrise de la technique de l'accouchement, mais aucune connaissance médicale. Selon les autorités et les chirurgiens, cette absence de connaissances entraîne la mort de nombreuses femmes et de nombreux enfants. [3]



Illustration 2 : Scène d'accouchement -
16^e siècle (Auteur : Jacob Rueff. « *De conceptu et generatione hominis* » –
1587. Technique : Gravure – Bois) ²

2 Source : <http://www.biusante.parisdescartes.fr/histoire/images/index.php?refphot=21026>

Progressivement, apparaît un contrôle religieux. En effet, l'exercice des matrones est soumis à l'approbation du curé de chaque paroisse en fonction de son âge, de ses principes religieux et de ses bonnes mœurs.

3.2.1.2 Le contrôle exercé par le pouvoir religieux

Le pouvoir religieux tente de contrôler les matrones, qui ont un pouvoir symbolique fort. Elles bénéficient d'un prestige au sein de la communauté, elles sont reconnues pour leur savoir et détiennent les secrets de l'enfantement. Leur exercice touche au sacré et à la magie. Des pouvoirs de guérison leur sont attribués et elles sont parfois considérées comme des sorcières. Entre le XVe et le XVIe siècle, 500 000 femmes accusées de sorcellerie sont exécutées par l'Inquisition, parmi elles 85 matrones. Ces dernières représentent une autorité défiante pour les autorités religieuses qui soutiennent alors la formation de femmes « sages » soumises à un devoir de moralité. Ces sages-femmes sont plus aisément contrôlables que les matrones, indépendantes, « ignare, sale et grossière ».[5]

a) *Prise de conscience des autorités civiles*

Grâce aux premiers recensements de la population, l'État prend conscience de l'inefficacité de la prise en charge obstétricale des femmes, et donc de la nécessité de la réformer. Les autorités civiles se tournent vers la science qui leur semble le meilleur recours pour diminuer la mortalité. Le pouvoir médical est soutenu par le pouvoir Royal, proche des médecins et des chirurgiens. Il faut alors détruire le savoir empirique des matrones pour construire un savoir rationnel, et permettre aux médecins de s'immiscer progressivement dans le champ de la naissance. L'Église est utilisée par les autorités civiles qui se servent de l'Inquisition pour stigmatiser voire persécuter les matrones. Selon certains auteurs, les médecins ne s'opposent pas à la chasse aux sorcières. Ils servent d'experts pour confirmer les stigmates des " sorcières". [40]

b) *Maternité « heureuse »*

Durant la Renaissance, la société était en majorité rurale et avait une conception originale de la vie et du corps. A la campagne, on accouche chez soi, entourée de femmes, dans la pièce la plus utilisée qui possède une cheminée. Les femmes du village sont

présentes, apportent leur aide en partageant de leur propre expérience. La naissance reste une affaire de femmes. Selon Jacques Gélis, la liberté corporelle individuelle n'a donc pas de sens, car chaque corps appartient à une communauté de corps. Cette conception est opposée à celle de l'Église, qui valorise l'individu et surtout le salut personnel. Elle n'évoque le corps que comme un objet impur qui s'oppose au salut de l'âme. [5]

Mais à partir du XVI^e siècle, dans les villes, une autre « conception de la vie », décrite par l'historien Philippe Ariès, apparaît. [5] On assiste à un changement des mentalités : il devient de moins en moins normal pour la population de mourir en couches et de perdre un enfant. Ce changement de mentalité naît notamment grâce aux connaissances anatomiques, qui modifient la conception du corps : « l'individu entend maintenant disposer pleinement de son corps ». C'est dans ce contexte qu'apparaît l'idée d'une « maternité heureuse ». Le corps devient fragile, il faut le préserver. Cette nouvelle conception entraîne des comportements nouveaux envers les enfants et la famille. Cette transformation lente amorcée à la Renaissance s'est accélérée au XVII^e siècle. La société s'urbanise progressivement, la ville finira par imposer une « autre manière d'être au monde », celle que l'on connaît aujourd'hui.

A la campagne, le corps devient désormais propre à être soigné, tout particulièrement la femme enceinte et le nouveau-né, si bien que le fatalisme lié à la maladie et la mort recule. Pour cela, la population fait appel à des personnes dont la fonction est de soigner le corps malade. La référence est alors le médecin, mais il s'avère impuissant à répondre à la demande. [5] Ainsi, il faut former de nouveaux acteurs pour prendre soin de la femme et de l'enfant.

3.2.1.3 Les prémices d'une formation

Après avoir été mise en accusation « *au nom de la protection de la mère et du nourrisson* » par les autorités civiles et religieuses, la matrone va être de plus en plus critiquée par les chirurgiens comme Ambroise Paré. Selon eux, la matrone est responsable de la mort de nombreuses femmes et de nombreux enfants. [3] Ambroise Paré s'insurge contre les pratiques de ces « soit disant sages-femmes », qui exercent des tractions intempestives sur l'enfant ou le placenta. [4] Annexe 1 En effet, il leur est reproché d'être incultes, brutales. Leurs gestes sont parfois inappropriés, à l'origine de séquelles graves chez l'enfant, voire mortels pour la mère et l'enfant.

Ainsi, les chirurgiens vont servir aux autorités pour porter le discrédit sur les matrones et permettre la mise en place des prémices de la formation de sages-femmes. Cependant, il

faut garder à l'esprit que cette formation restera limitée aux « Hôtel-Dieu » et ne concernera donc qu'un nombre très limité de sages-femmes.

a) ***La mise en place d'une formation***

Elle débute à la seconde moitié du XVI^e siècle. L'organisation tend à mettre la sage-femme sous contrôle de l'État, des médecins et des chirurgiens et donc par extension des hommes.

Une succession de lois organise la formation des sages-femmes : la durée d'apprentissage, le contenu des examens, l'obligation de moralité, l'obtention d'un diplôme en fin de formation. Cette formation évolue tout au long du XVI^e et du XVII^e siècle et met les sages-femmes sous le contrôle du médecin et du chirurgien. Cette évolution aboutit à une perte de pouvoir de la sage-femme par rapport à la matrone.

· *Conditions de formation et mise sous tutelle de la sage-femme*

En effet, en 1556, un édit royal stipule que les sages-femmes doivent être inscrites dans un registre, et avoir un certificat d'apprentissage. Dès lors, la formation se structure grâce à la définition des conditions de formation. En 1560, l'enseignement de l'art de l'accouchement est rattaché au Collège de Chirurgie de Montpellier, qui décerne un diplôme. C'est ainsi que les sages-femmes seront mises sous la tutelle des chirurgiens. [7]

La même année, le Roi signe des « *Reglemens ordonnez pour toutes les matrones* », qui exposent les conditions d'accès à la pratique de la profession de sage-femme. Ces règlements font état de la nature des épreuves, de la durée de l'apprentissage (3 mois puis 3 ans à partir de 1675), et précisent l'obligation de moralité. Ils sont rédigés sur le modèle de ceux qui régissent les corporations des chirurgiens-barbier. Ils placent les maîtresses sages-femmes, en charge de la formation des sages-femmes, sous l'autorité du premier barbier du roi. [7] L'apprentissage comprend un enseignement théorique suivi d'un stage pratique. Les cours d'anatomie sont donnés par des chirurgiens-jurés. La Maîtresse sage-femme choisit les « apprentisses » et les soumet au Bureau de l'Hôtel-Dieu, composé de médecins. Les élèves pratiquent entre 300 et 400 accouchements durant leur formation de 3 mois. [8] Lors des accouchements, les élèves sages-femmes ont l'obligation d'être présentes, et apprennent par l'observation. [9]

L'épreuve orale se fait devant un jury composé d'un médecin, de deux chirurgiens-jurés et de deux matrones-jurées. Le Doyen de la faculté de médecine est responsable de la mise en place des examens. [7]

Lorsque se termine l'apprentissage, la jeune sage-femme reçoit un certificat de moralité et un certificat de capacité qu'elle doit faire approuver soit par le premier barbier du roi, soit par son lieutenant en province, soit par le curé de la paroisse. [7] Ainsi la tutelle est représentée par un homme du pouvoir religieux ou royal.

La profession de sage-femme est dorénavant soumise au double contrôle de l'Église et de l'État. Le contrôle de l'Église reste un vestige du statut de la matrone, à qui était délivré un certificat de moralité. Le certificat de capacité objective la rupture entre l'ignorance, l'incapacité des matrones et les sages-femmes qui représentent le savoir. Ainsi, les secondes gagnent en légitimité grâce à ce certificat de capacité, gage de leurs connaissances. Mais les conséquences sont paradoxales, car cette relative reconnaissance de l'État se traduit par une forme de défiance de la population, qui, finalement, lui préférera peu à peu le médecin.



Illustration 3 : Hôtel-Dieu de Paris vers le début du XVI^e siècle

3

La profession de sage-femme est réservée à une classe sociale particulière, la bourgeoisie parisienne. Elle ne sera ouverte qu'à nombre restreint de femmes. A Paris comme dans les campagnes, les matrones restent très largement majoritaires.

· Une forme de contrôle

En 1664, Louis XIV attache les sages-femmes à la confrérie de Saint- Côme, le Collège des Chirurgiens. Cette affiliation accentue l'emprise des chirurgiens sur les Sages-Femmes, qui leur doivent « *obéissance* ». Le Collège des Chirurgiens fut créé par les chirurgiens pour se différencier des barbiers qu'ils méprisent du fait de leur ignorance. La création de ce Collège montre les tensions qui existent entre les barbiers et les chirurgiens, tout comme il existe des rapports de force entre les matrones et les sages-femmes.

Le Roi ordonne à tous les corps de métiers de s'organiser en corporations. Or, à cette époque, « *seuls les hommes étaient autorisés à exercer un « art »* ». [11] Les sages-femmes et médecins exercent l'art de la médecine, mais l'exercice des premières n'est pas considéré comme un art du fait de leur condition féminine. En tant que femmes, les sages-femmes n'ont pas le droit d'avoir une corporation indépendante.

Pour les matrones, la transmission d'un savoir se fait de mère en fille, de matrone à apprentie. Ce modèle est calqué sur d'autres métiers pour lesquels les connaissances se transmettent grâce à l'apprentissage, comme les boulangers, forgerons ... organisés en confrérie. Les médecins et chirurgiens aussi se forment de la même manière grâce à des universités.

· La sage-femme

Le contrôle des sages-femmes a aussi pour conséquence une perte importante de leur rôle et influence dans la société alors que la matrone était un personnage fort. En effet, la matrone est qualifiée pour attester de la virginité d'une femme, l'impuissance d'un homme, pour des contestations d'héritage, pour mener des expertises en cas de viol, d'avortement ... Elle détenait une autorité morale. [7] Mais en 1550, le Parlement de Paris demande à ce que les examens pratiqués pour attester d'un viol dans le cadre d'une action en justice soient faits par une sage-femme, mais assistée d'un médecin ou de deux chirurgiens-jurés. Le parlement justifie cette tutelle systématique par le fait que les sages-femmes sont souvent illettrées.

Le statut de la sage-femme est indissociable de celui de la femme de cette époque. La femme demeure alors sous la tutelle d'un homme : celle de son père puis celle de son mari. L'indépendance des femmes est une idée enfrenant tous les codes de la société de l'époque. Il est doublement exceptionnel qu'une femme soit instruite et travaille.

L'aspect positif de ces changements pour la profession de sage-femme, hormis le fait que les sages-femmes ont accès à de nouvelles connaissances, est qu'ils permettent de faire émerger quelques rares personnalités capables d'écrire des traités. Ceci participe à donner une plus grande légitimité aux sages-femmes au sein de la prise en charge de la grossesse et de la naissance. L'illustre exemple d'une sage-femme instruite et auteure de nombreux traités est Louise Bourgeois, qui fut longtemps une référence pour de nombreux médecins et sages-femmes.

Cependant, Louise Bourgeois reste un cas particulier. Issue d'une famille privilégiée, mariée à un chirurgien ayant étudié auprès d'Ambroise Paré, elle a eu la chance d'avoir accès aux plus récentes connaissances de l'époque.

La critique des matrones par les chirurgiens et les médecins, leur influence dans les sphères du pouvoir et le remaniement de la prise en charge de la grossesse et de la naissance permettent aux chirurgiens de se faire une place au sein de cette prise en charge. Un autre changement majeur dans la prise en charge de la naissance est l'apparition d'un nouvel acteur : le chirurgien-accoucheur.

Tout comme la matrone, ignorante, laisse place à la sage-femme instruite, le barbier laisse place au chirurgien admis à l'université. Ainsi, il existe une médicalisation des acteurs de la prise en charge obstétricale, qui deviennent instruits. Certains chirurgiens se spécialisent ensuite dans la pratique de l'accouchement, en apprenant avec les matrones et les sages-femmes, ils deviennent des chirurgiens-accoucheurs. Le médecin est mis à l'écart. Les chirurgiens bénéficient de l'appui du pouvoir Royal.

b) ***Du barbier au chirurgien***

Initialement, le chirurgien était un barbier-chirurgie, habilité à se servir d'instruments pour des actes de petite chirurgie. La chirurgie, considérée comme un travail manuel, était alors perçue par les médecins comme une activité indigne de leur rang. Avec le temps, les barbiers-chirurgiens vont acquérir de nouvelles connaissances en chirurgie, il apparaît deux classes rivales de barbiers :

- les chirurgiens-barbiers instruit, qui vont à l'université et seront ensuite appelés maîtres chirurgiens, ou chirurgiens. Ils portent une longue soutane noire, et sont dits « à robe longue ». Ils sont réunis en confrérie et pratiquent la trépanation, la trachéotomie, curent les hernies, les fistules, et amputent ...

- les chirurgiens-barbiers sans instruction sont appelés chirurgiens-barbiers ou barbiers, ils sont à robe courte. Ils pratiquent la saignée, ouvrent les abcès, posent des ventouses, rasent et coupent les cheveux.

Les premiers se regroupent en 1268 en une confrérie, la confrérie de Saint-Côme, pour se différencier des seconds. Dès lors, les chirurgiens vont lutter pour ne pas être confondus avec les chirurgiens-barbiers et pour se faire respecter des médecins qui les méprisent.



Illustration 4 : Gravure extraite de : « Droits et privilèges des chirurgiens » - XVIIe siècle

4

En 1656, de façon très surprenante, les barbiers et les chirurgiens s'unissent en un même corps, pour lutter contre les charlatans qui profitent de leur conflit pour s'immiscer dans la profession. Cette union ne dure pas longtemps, puisqu'ils se séparent à nouveau et définitivement en 1691. Cette séparation est à nuancer, car dans les campagnes, les chirurgiens sont aussi barbiers. [25]

On peut constater que le clivage qui existe entre les barbiers et les chirurgiens se rapproche en de nombreux points de celui qui existe entre les matrones et les sages-femmes. Les premiers sont moins instruits que les seconds, moins compétents, ils persistent longtemps dans les campagnes, et finiront peut-être par être écartés par les autorités et la population. Ces éléments jouent en faveur de la médicalisation des soins.

c) ***Le chirurgien-accoucheur***

Certains chirurgiens, initialement barbiers, sont appelés pour les accouchements difficiles : extraction de fœtus décédés à l'aide de leurs instruments ou actes de chirurgie chez une parturiente. Les chirurgiens s'initient à la pratique des accouchements, et peu à peu s'imposent dans le domaine de l'obstétrique. [21] Nous pouvons citer Ambroise PARE (1510-1590). Il se distingue par l'écriture de traités en anatomie et en obstétrique.

Au XVII^e siècle, les compétences des chirurgiens dans l'utilisation des instruments obstétricaux les rendront indispensables lors des complications de l'accouchement. Ainsi, les chirurgiens se spécialisent en obstétrique, et deviennent chirurgiens-accoucheurs.

d) ***La place du médecin***

Au XVII^e siècle, Louis XIV fait une véritable promotion du chirurgien face au médecin, jusqu'alors son subalterne. [12] Les médecins perdent peu à peu leur prestige, surtout dans le domaine de l'obstétrique. François Mauriceau, chirurgien, fait notamment transparaître dans ses écrits son mépris des médecins. En effet, les médecins appelés au chevet des patientes, mais sont perçus par Mauriceau comme un poids plutôt qu'une aide, contrairement aux sages-femmes et aux apothicaires qui peuvent se rendre utiles. Ils ont pour réputation de donner des remèdes de manière systématique et injustifiée, sans efficacité. [1]

La rivalité entre les chirurgiens et les médecins est forte. Les chirurgiens-accoucheurs se déclarent spécialistes de la prise en charge de la grossesse et de la naissance, alors que les médecins soulignent que le chirurgien-accoucheur n'est qu'un travailleur manuel, qu'il n'a pour fonction que d'accoucher la patiente, et ne sait pas soigner les maux comme la fièvre.

Nous pouvons faire deux constats majeurs. D'une part, qu'il existe une évolution de la place des acteurs de la prise en charge de la grossesse et de la naissance. De nouveaux acteurs apparaissent, plus instruits et plus spécialisés, sans pour autant remplacer leurs prédécesseurs sans instruction :

- Les matrones sont remplacées dans les villes par les sages-femmes, plus instruites.
- Les barbiers devenus chirurgiens s'intéressent à l'obstétrique et certains se spécialisent. Ces derniers concurrencent la sage-femme qui voit sa formation et certaines de ses tâches sous sa tutelle.
- Les médecins sont exclus de cette prise en charge, et perdent en influence et en prestige par rapport au chirurgien.

D'autre part, de la répartition des rôles au sein des professions naissent des rivalités entre ceux considérés comme instruits et ceux qui ne le sont pas. Les premiers gagnent ainsi un certain poids social et une certaine légitimité à exercer par rapport aux seconds.

Mais ce constat est à nuancer car dans les campagnes, la matrone et le barbier sont toujours très présents. Ces changements ne s'opèrent qu'à Paris et dans quelques grandes villes, où les sages-femmes comme les chirurgiens ont accès à des connaissances et dont la patientèle aisée.

De nouvelles exigences se font entendre de la part des femmes qui veulent prendre soin de leur corps. Il devient de moins en moins normal de mourir en couches. Cette nouvelle approche du corps et de la grossesse pousse les femmes et leurs maris à préférer la sage-femme à la matrone. Les hommes sont encore mis à l'écart, du fait de la pudeur des femmes. De plus le chirurgien est encore victime de l'image de boucher associée au barbier. Mais peu à peu l'homme gagne sa place, grâce à la force et la sécurité qu'il inspire, et grâce à l'effet de mode créé par le pouvoir et la noblesse qui les soutiennent. Les critiques émises par les chirurgiens, qui écrivent des traités, à l'égard des sages-femmes finissent par reléguer la sage-femme au second plan dans la prise en charge obstétricale. Aussi, un autre changement majeur semble s'opérer durant le XVI^e et le XVII^e siècle : l'évolution des mœurs en ville.

3.3 L'ÉVOLUTION DES MŒURS

Si l'évolution des acteurs de la prise en charge de la grossesse et de la naissance est initiée par les autorités civiles et religieuses, elle est aussi permise par une évolution des mœurs. En effet, les femmes et leurs maris acceptent peu à peu que celles-ci soient prises en charge par des hommes.

3.3.1. De nouvelles exigences

Jusqu'au XVI^e siècle, l'accouchement est un domaine uniquement réservé au cercle féminin. En 1573, Ambroise Paré publie un ouvrage qui est jugé immoral par la faculté de médecine, intitulé : « *De la génération de l'homme et manière d'extraire les enfants du ventre de leur mère* ». En effet, les hommes n'ont traditionnellement pas le droit d'assister à l'accouchement par « décence ». Les chirurgiens ont l'obligation de couvrir les parties génitales des patientes, et doivent opérer sans les voir. [13]

Mais l'évolution des mœurs se ressent notamment dans les ouvrages de Louise Bourgeois (1563-1636), qui décrit habilement le quotidien du Paris de son époque. Elle raconte notamment les difficultés que peuvent rencontrer les patientes durant la grossesse ou l'accouchement, mais aussi les changements comportementaux de cette époque, comme la tendance à vouloir accoucher vite, ou le changement des mœurs : les femmes de l'époque auraient acquis de nouvelles libertés. Parallèlement, il devient de moins en moins « normal » de mourir en couches. [7]

Autre changement, les femmes du monde veulent plaire à leur époux, elles veulent effacer les stigmates de la grossesse. Ainsi, ces femmes soucieuses de leur corps veulent échapper à des grossesses fréquentes et à la mort en couches, et ce qui était accepté et considéré comme normal est remis en question. Dans le même temps apparaissent les prémices d'un contrôle des naissances dans la haute société de l'époque.

Cette évolution de la société contribue à rendre les matrones impopulaires. Les sages-femmes, plus compétentes, deviennent indispensables à la Cour et dans la bourgeoisie. [13]

Les premiers hommes à vouloir s'immiscer dans l'intimité de la femme essuieront des refus. En effet, beaucoup de femmes restent effrayées par les chirurgiens, qui sont encore perçus comme des bouchers et non des soignants. Par ailleurs, leurs maris craignent qu'elles ne

soient séduites par les attraits physiques de quelque chirurgien. D'ailleurs, ils ont l'obligation de couvrir les parties génitales des patientes, et doivent opérer sans les voir.

Les sages-femmes sont perçues comme des confidentes, elles ont la réputation d'être beaucoup plus à l'écoute que les médecins, qui sont plutôt hommes de technique. [5]

3.3.2. La force de l'homme

Elle réside dans la crainte de la mort : les maris ne veulent plus voir mourir leurs femmes. Les accoucheurs symbolisent la force et la sécurité, et se rendent peu à peu indispensables auprès des maris. Cette force apparaît nécessaire surtout dans le cas où l'enfant se présente mal. Ainsi, les chirurgiens gagnent peu à peu la confiance des familles, d'un quartier après un accouchement dit « contre-nature ». Une forme de fidélisation existe car les familles gardent souvent la même sage-femme ou le même accoucheur, ce qui permet aux chirurgiens de gagner en influence.

Enfin, leur pouvoir émane de leur droit à manier les instruments de chirurgie en cas de dystocie. Cette compétence leur permet de devenir le professionnel de premier recours lors de difficultés à l'accouchement. [21]

3.3.3. Un effet de mode

Le chirurgien-accoucheur est soutenu par le pouvoir royal. En effet, la mort de la duchesse d'Orléans dans les suites de couches en 1627 incite Louis XIV, son beau-frère, à appeler systématiquement un accoucheur lors des accouchements de ses proches. Avant cet événement, la noblesse faisait appel à des sages-femmes, telle que la renommée Louise Bourgeois (1563-1636). L'idée d'être accouchée par un homme fait son chemin au sein de la noblesse. L'aristocratie est une classe privilégiée et puissante, et la bourgeoisie cherche à lui ressembler. La mode se répand ainsi. [7]

De plus, les honoraires des chirurgiens-accoucheurs sont plus élevés que ceux des sages-femmes, et se faire accoucher par un accoucheur devient un signe de réussite sociale. [12] Les femmes riches préfèrent les médecins, issus de classes plus élevées que les sages-femmes.

Parallèlement à l'évolution des mœurs, les connaissances vont se renouveler à travers les écrits des chirurgiens et des sages-femmes à partir du XVI^e siècle. Jusqu'alors, seules les connaissances d'Aristote et d'Hippocrate étaient acceptées par les pouvoirs religieux et civils. Ces connaissances étaient vieilles de plus d'un millénaire et avaient peu changé.

Les traités permettent non seulement le renouvellement des connaissances mais aboutissent aussi au recours à de nouvelles pratiques obstétricales.

3.4. L'ÉVOLUTION DES PRATIQUES

Le contrôle et l'organisation de la prise en charge de la grossesse et de la naissance sont des éléments majeurs destinés à améliorer la mortalité maternelle et infantile. La surveillance de la grossesse, les moyens de prévention et les traitements restent inchangés. L'événement majeur est l'apparition des instruments dans l'histoire de l'obstétrique. De nouvelles techniques sont étudiées, comme la version podalique, la césarienne. Les positions d'accouchement évoluent, on accouche sur le dos, dans un lit qui n'est pas si différent de celui qu'on utilise aujourd'hui.

3.4.1, De nouvelles connaissances obstétricales

a) ***Héritage***

Avant la Renaissance, les écrits de l'Égypte Ancienne, d'Hippocrate, ou encore de Galien (131 ap. JC) sont les ouvrages médicaux de références.

Cependant, quelques personnalités hors normes enrichissent considérablement les connaissances en obstétrique et en gynécologie, comme Trotula, enseignante à l'école de Salerne (1021). Elle dit à l'époque qu'une « conception manquée peut provenir de la femme comme de l'homme ». Dans « Trotula Major », un célèbre traité de gynécologie et d'obstétrique, il est écrit que « la femme ne doit pas obligatoirement enfanter dans la souffrance » et que « les opiacés doivent être utilisés ... ». Elle possède une large connaissance des plantes. Elle pratique la césarienne pour sauver la vie de l'enfant, et suture le périnée après l'accouchement. [30]

Les idées de l'époque, issues notamment de la pensée d'Aristote et d'Hippocrate, sont élevées au rang de doctrine et mises au service de la religion. La pensée de Trotula, qui n'est que marginale, dénote radicalement.

b) ***La Renaissance***

A la Renaissance, les scientifiques s'éloignent progressivement des idées traditionnelles qui pèsent sur l'Orient et l'Occident. L'invention de l'imprimerie permet alors aux connaissances de se propager, tout comme les voyages et les échanges diplomatiques de plus en plus nombreux.

La dissection du corps humain est à l'époque totalement interdite. Les auteurs de ces pratiques encourrent de graves sanctions. Cependant, des amphithéâtres d'anatomie se créent, comme à Padoue en 1490, où des corps de condamnés à mort sont disséqués.

Mais le poids de la religion reste important, et l'acceptation de la dissection se fera lentement, sur plusieurs siècles. De nombreuses personnalités scientifiques sont jugées hérétiques et assassinées, comme Miguel Servet (1509-1553), qui fut brûlé avec ses livres à Genève pour hérésie. Il avait notamment eu l'intuition que le sang était épuré par les poumons avant de revenir au cœur.

c) Les avancées

En 1527, le médecin Paracelse (1493-1541) marque symboliquement une rupture entre les anciennes connaissances et les nouvelles : il brûle publiquement les œuvres de Galien, Hippocrate, Aristote et Avicenne. [34]

Il fallut attendre l'année 1628 pour que William Harvey (1578-1657), médecin anglais, rejette la notion de « souffle vital » et que soit définitivement décrite la circulation du sang. Louis XIV s'intéresse beaucoup aux progrès scientifiques, il lui donnera son soutien et il fera en sorte qu'Harvey travaille au jardin des Plantes, qui à cette époque était un centre de recherche. [37]

De grands noms comme André Vésale, Gabriel Fallope, Carpi... permettent de notables avancées, si bien qu'au début du XVI^e siècle l'anatomie macroscopique normale du corps humain est connue. [35]

L'un des thèmes principaux de la recherche médicale reste la procréation. Les médecins, chirurgiens et sages-femmes de l'époque tentent de comprendre le mystère de la vie.

William Harvey, en 1651 propose la théorie de la formation de l'œuf. Quelques années plus tard, Reinier de Graaf décrit le follicule ovarien, et précise le rôle du placenta. En 1677, Louis de Hamm permet la découverte des spermatozoïdes.

Parmi les auteurs talentueux qui réfléchissent à la pratique de l'accouchement, on peut citer Ambroise Paré (1510-1590), Jacques Guillemeau (1549-1613), Louise Bourgeois (1563-1636), François Mauriceau (1637-1709) ... Leurs ouvrages sont très détaillés en ce qui concerne la pratique de l'accouchement, et dans « *Briefve Collection de l'administration anatomique* », parut en 1549, Ambroise Paré explique comment on extrait un enfant. Jacques Guillemeau (1549-1613), dans son ouvrage posthume offre des informations sur de nombreux aspects de la grossesse et de la naissance.



Illustration 5: « De la grossesse et accouchement des femmes ; du gouvernement de celles-ci et moyen de survenir aux accidents qui leur arrivent, ensemble de la nourriture des enfans, par feu Jacques Guillemeau ... augmenté de ... plusieurs maladies secrettes, avec un traité de l'impuissance, par Charles Guillemeau »

5

Dans cet ouvrage, il traite de la grossesse et de ses maux, du diagnostic de la grossesse, des grossesses gémellaires, des « fausses grossesses », des vomissements, nausées, pertes d'appétit, de la prématurité, des sages-femmes, des accouchements « difficiles », des morts fœtales in utero, des césariennes, et des suites de couche. [31]

Certaines connaissances existaient déjà à l'époque d'Hippocrate, Aristote ... comme par exemple celles qui concernent la mole et les fausses grossesses.

3.4.2. La prise en charge

a) **Le diagnostic**

Le diagnostic de la grossesse est à l'époque très tardif. En effet, une grossesse est avérée lorsque l'enfant se met à bouger, vers le 4^e mois. Pendant des siècles, on a pensé que la vie de l'embryon débutait à l'infusion de l'âme, ou souffle vital, vers le 4^e mois.

Cependant, Jacques Guillemeau, dans son ouvrage intitulé « *De la grossesse et accouchement des femmes* », présente certains symptômes de grossesse qui permettent le diagnostic. Il cite Hippocrate et écrit que les yeux sont le meilleur moyen de diagnostiquer la grossesse. Selon lui, les yeux de la femme enceinte en début de grossesse sont plus enfoncés, « *le blanc est comme livide* », et les paupières sont « *mollasses* ». La dilatation artérielle et veineuse au niveau du « *col* », le changement de couleur des veines sublinguales et des urines, et le gonflement des seins, sont aussi des symptômes de grossesse. Le changement de la couleur des mamelons est annonciateur du sexe de l'enfant.

Le changement d'attitude de la patiente est aussi révélateur d'une grossesse. En effet, elle est annoncée par de nouvelles habitudes alimentaires, et un changement de comportement à l'égard du mari : « *aucunes femmes étans grosses désirent fort la compagnie de leurs maris, les autres la dédaignent.* »

b) **La surveillance**

La surveillance des femmes enceintes est une préoccupation médicale très ancienne. Hippocrate donnait déjà des conseils d'hygiène et de diététique. Nous pouvons imaginer qu'ils se faisaient grâce à des consultations. Il se faisait probablement auprès des sages-femmes, ou plutôt de matrones, sans réelle formation. Elles existaient déjà à l'époque : la mère de Socrate est connue comme étant la première sage-femme. Cependant, cette surveillance n'est pas régulière, elle n'est que ponctuelle, sur point d'appel. Le suivi de grossesse comme on l'entend aujourd'hui n'existait pas à l'époque. [4]

c) **Les traitements**

La saignée

Les trois principaux soins au XVII^e siècle sont la saignée, le lavement (ou clystère) et les émétiques. Ces pratiques sont très anciennes, elles remontent pour la plupart à l'époque d'Hippocrate. S'il n'y a donc pas eu de réelle innovation, chaque personnalité de l'époque apporte un raisonnement qui lui est propre, et discute dans ses écrits de la meilleure façon de pratiquer.

Louise Bourgeois est favorable à la saignée. Elle considère le corps et ses « humeurs ». La saignée permettrait de débarrasser la femme des humeurs produites par l'absence de règles pendant la grossesse. La saignée est pratiquée au bras ou au pied. [7]

Mauriceau écrit que, lors de l'accouchement, la saignée au bras permet de dégager la tête. Selon lui, une dystocie était provoquée par l'échauffement du sang. A l'époque, les chirurgiens-accoucheurs et les sages-femmes raisonnent selon une théorie d'Hippocrate : la théorie des humeurs. Mauriceau préconise donc pour toute femme enceinte des saignées systématiques en raison de l'excès de sang induit par la grossesse. Lorsque la patiente a un antécédent de métrorragies lors d'une précédente grossesse, il fait aussi une saignée pour empêcher une récurrence. [1]

Le lavement

Le lavement est aussi pratiqué. Il est utilisé pour provoquer des contractions, favoriser la dilatation du col, accélérer l'accouchement. La substance utilisée change selon les professionnels : du vin pour les chirurgiens et du miel pour les sages-femmes. [1]

Les vomitifs

Mauriceau préconise des vomitifs, des bains, ou des régimes à base de lait de vache ou d'ânesse. [1]

d) **La prévention**

Certaines pathologies sont identifiées depuis l'Antiquité et sont prises en charge selon les mêmes méthodes.

Les pessaires

Pour empêcher « l'utérus de descendre », Mauriceau et les sages-femmes utilisent des pessaires introduits sur le col de l'utérus. Ces pessaires sont gardés tout au long de la grossesse, et retirés après l'accouchement. François Mauriceau décrit cette pathologie comme fréquente et handicapante en raison de la douleur qu'elle provoque. Il recommande une abstention thérapeutique jusqu'à l'accouchement. Il préconise une contention de l'abdomen à l'aide d'un linge ou par la femme elle-même afin de maintenir le ventre relevé. Il recommande également le port d'habits larges pour ne pas augmenter la pression sur l'utérus. Le traitement proprement dit est différé au post-partum car « vidée et déchargée de son fardeau », les ligaments sont plus faciles à fortifier et les pessaires tiennent mieux en place. [38]

Les fumigations

Louise Bourgeois préconise des fumigations en prévention des accouchements prématurés. Elle considère que cette pratique évitera la prématurité, et fera « dilater le croupion ». Elle écrit que l'étroitesse de la matrice est à l'origine de la prématurité, idée qui sera encore courante au XIXe siècle.

Le toucher vaginal est pratiqué, *« pour reconnaître si la matrice est étroitement fermée comme un cul de poule auquel l'on ne pourrait mettre un grain de blé... »*.

Elle préconise de surveiller étroitement une femme qui saigne pendant la grossesse, et de la faire accoucher rapidement, il faut *« rompre les membranes qui environnent l'enfant, ainsi Jque l'ont ferait d'une porte pour sauver une maison du feu... »*[7]

La pharmacopée

C'est au cours du XVIIe siècle que de nouvelles plantes sont découvertes. La médecine chimique débute mais ses limites résident dans une connaissance insuffisante de ses effets, notamment lorsque les plantes sont associées à des produits chimiques ou d'origine animale. Chaque sage-femme et chaque accoucheur crée ses propres remèdes, en

collaboration avec les apothicaires, qui jouissent d'une grande reconnaissance de la part de Louis XIV.

Lorsque la parturiente n'a pas assez de contractions, Mauriceau utilise une infusion de séné issu des feuilles et fruits d'un arbre d'Ethiopie, associé à de la liqueur et de l'orange.

Mauriceau traite la fièvre avec de la quinquina, ingérée en poudre dans du pain. Lors de vomissements violents ou de convulsions, le laudanum est utilisé.

La poire, le gingembre, la noix sont conseillés pendant la grossesse. Les matrones conseillent de boire du vin rouge pour « fortifier le ventre ». Cependant, le sel est déconseillé car l'enfant risque d'être chauve et sans ongle. [23]

Mauriceau critique l'utilisation de remèdes aux propriétés apéritives préconisé par les sages-femmes pour ouvrir l'appétit. Parmi ces remèdes, on trouve la sabine ou l'armoise.

Pendant la grossesse, des tisanes d'orge, de jujube, l'eau de cerfeuil, des émollients comme le mélilot sont conseillés, la camomille pour la cicatrisation, la mauve pour adoucir, la guimauve comme anti-inflammatoire ...

Au XVII^e siècle, sont élaborés de nouveaux remèdes, chaque sage-femme et chaque accoucheur en élabore à partir de ses observations et de ses expériences.

Mais cependant, la plupart des traitements reposent encore à cette époque sur des théories datant de l'Antiquité, comme celle de l'utérus migrateur, ou bien la technique consistant à soigner un mal par son contraire. [18] Louise Bourgeois comme François Mauriceau et bien d'autres s'appuient sur les écrits de l'Antiquité.

Louise Bourgeois, par exemple, soigne la colique en début de travail par l'utilisation d'un « boyau de loup » pour « en faire une ceinture que l'on mettra tout à un sur la peau ». Enfin, pour faciliter l'accouchement elle utilise des aimants, qui attirent l'enfant. [18]

3.4.3. L'apparition d'instruments

a) ***Le Spéculum***

Le spéculum était déjà présent dans l'Égypte ancienne. Au XVI^e siècle, Ambroise Paré, André de la Croix et Franco, utilisent le *speculum matricis*, instrument proche de celui retrouvé lors des fouilles de Pompéi. [13]

Il sert alors à écarter les parties molles de la filière vaginale, et voir à l'intérieur. Il sert également de miroir.

b) Le Forceps

De la Motte (1655-1737), chirurgien français, rapporte qu'au XVII^e siècle les accoucheurs utilisent le crochet, ancêtre du forceps, afin d'extraire les enfants lors d'accouchements difficiles. Ces outils très invasifs sont utilisés de façon abusive, et sont responsables de la mort de nombreux enfants. [14]

Tire-tête de Mauriceau (Illustration 8, figure 3)



Illustration 6 : Crochets pour tirer les enfants hors du ventre de la mère / Fig. 250.

Couteau courbé propre pour couper le ventre de l'enfant mort, estant dans le corps de la mère - Les Oeuvres d'Ambroise Paré, conseiller et premier chirurgien du roy, divisées en vingt-sept livres : avec les figures et portraicts tant de l'Anatomie que des instruments de chirurgie et de plusieurs

6

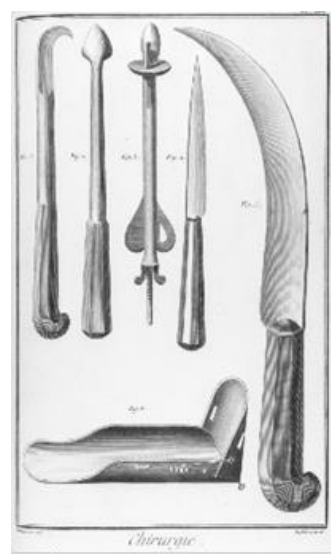


Illustration 7 : Fig. 1. Couteau à crochet pour les accouchements / 2. Lance pour percer la tête du fœtus dans la matrice / Fig. 3. Tire-tête de Mauriceau / Fig. 4. Couteau droit pour couper le périoste dans les amputations / Fig. 5. Grand couteau courbe pour l'incision circulaire de la peau et des muscles / Fig. 6. Machine de fer blanc pour la réunion des tendons extenseurs des doigts

L'invention du forceps permet d'extraire l'enfant vivant. Son invention est attribuée à Chamberlen (1560-1631), français expatrié en Angleterre. Son forceps a la forme d'une pince courbée selon la courbure de la tête fœtale. Il est formé de deux pinces séparées mais qui peuvent s'articuler une fois insérées dans les voies génitales. Ce mode d'extraction a des

6 Source : <http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/page?08773&p=904> Réf. image MEDIC@ : med08773x0904 Fig. 248-249.

7 Source : <http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/image?01572>
Réf. image : 01572

difficultés à s'imposer au XVII^e siècle. Ce n'est qu'au siècle suivant, et grâce aux modifications apportées par Levret, qu'il sera de plus en plus utilisé. [15]

3.4.4. De nouvelles techniques

a) ***La version podalique***

Ambroise Paré (1510-1590) s'éloigne du dogme hippocratique de l'époque et n'est pas effrayé par l'accouchement en présentation du siège, qu'il considère comme physiologique. [26]

Il entend par version podalique la manœuvre qui consiste à retourner l'enfant de façon à l'extraire par les pieds lorsque celui-ci est mal positionné. Il préconise cette manœuvre lors de situations d'urgence, en cas d'hémorragie maternelle par exemple. En effet, on sait depuis l'Antiquité que seul l'accouchement peut sauver une patiente en cas de convulsions voire de coma (éclampsie) ou d'hémorragie cataclysmique. [26]

Cette technique, attribuée à Ambroise Paré, est également appelée « accouchement forcé ». Elle permet un accouchement rapide, beaucoup plus rapide que l'embryotomie ... et se termine parfois par le sauvetage de l'enfant. [26]

b) ***La césarienne***

C'est à la Renaissance qu'apparaît l'idée novatrice de pratiquer la césarienne sur une femme vivante afin de sauver l'enfant.

Avant le XVI^e siècle, la césarienne, comme tout acte de chirurgie, est perçue comme contraire aux principes religieux. Néanmoins, elle est encouragée lorsqu'il s'agit de baptiser l'embryon ou le fœtus, s'il vit encore, une fois la mère décédée.

Au XVI^e siècle, François Rousset (1531-1587), médecin du Duc de Nemours, écrit un traité dans lequel il disserte sur « *l'Hysterotomotokie ou enfantement caesarien* », c'est-à-dire sur la césarienne. Dans ce traité, il conseille de pratiquer la césarienne sans recoudre l'utérus au moment de refermer la plaie. Naturellement, cette technique, suivie par les chirurgiens-accoucheurs jusqu'au XVIII^e siècle, entraîne la mort des femmes par hémorragie dans les suites de couches. [16] En effet, Rousset n'avait jamais pratiqué la chirurgie, il assurait pourtant que la césarienne était totalement inoffensive chez une femme « lucide et consciente ». [26]

Ambroise Paré et Jacques Guillemeau, respectivement en 1549 et 1609, émettent tous deux la même réserve au sujet du traité de François Rousset. Ils pensent qu'une

césarienne ne doit être faite que sur une patiente déjà décédée pour sauver l'enfant. Si la patiente est encore en vie, sa mort est certaine.

Quant à Guillemeau, il écrit : « *Je ne puis conseiller de le faire pour l'avoir expérimenté par deux fois en la présence de Monsieur Paré, et vu pratiquer [...] - et sans avoir rien obmis à la faire dextrement et méthodiquement. Toutefois de cinq femmes... il n'en est reschappé aucune* » [26].

Il est difficile de déterminer quelle fut la première césarienne réussie, c'est-à-dire celle qui permit de sauver l'enfant et la mère. Certains l'attribuent à un éleveur de porc suisse qui l'aurait pratiquée sur sa femme en l'année 1500. Mais d'après le récit rapporté, il semblerait qu'il évoque un cas de grossesse abdominale arrivée à terme, et non pas une grossesse intra-utérine.[27]

La technique de la césarienne sera finalement grandement améliorée à partir du XVIIIe siècle, grâce aux innovations de l'anesthésie et de l'asepsie, mais surtout à partir du moment où les praticiens réalisèrent la suture de l'utérus malgré les indications de Rousset. On peut estimer que les premières césariennes réussies en grand nombre datent de cette époque.



Illustration 8 : Représentation de la mise au monde d'Esculape par extraction post mortem. Gravure issue du livre d'Alessandro Benedetti « De re medica », Venise, 1533

L

8 Source : <http://regardconscient.net/archi0610cesarienne.html>

c) Les positions d'accouchement

Au XVI^e siècle, l'accouchement se fait à domicile, dans l'étable, dans différentes positions. En général, l'accouchement se fait à genoux, debout ou assise.

Ambroise Paré recommande la chaise d'accouchement, car il considère qu'accoucher debout est chose difficile pour une femme en travail.

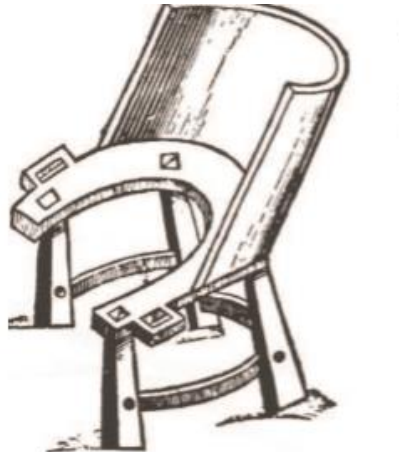


Illustration 9 : Chaise d'accouchement en usage au XVI^e siècle (Histoire de naître de F. Leroy)

9

Cependant, Ambroise Paré décrit un accouchement en position allongée dans ses *Œuvres* (1564) : il conseille de positionner la femme en « *figure moyenne* », c'est-à-dire « *le dos eslevé, afin qu'elle puisse mieux respirer et avoir force à mettre l'enfant hors.* » Il poursuit en écrivant : « *Davantage, faut qu'elle ait les jambes courbées, et les talons vers les fesses, et les cuisses escartées l'un de l'autre, et qu'elle s'appuye contre une bûche de bois posée au travers de son lict, ayant un peu les fesses eslevées.* » [32]

Il ne semble pas que la position ainsi décrite soit très différente de celle adoptée au XX^e siècle.

La chaise d'accouchement existe aussi, elle doit être haute de deux pieds pas plus. Pour que la femme puisse respirer en toute liberté, le dossier est renversé. Le sacrum ne doit pas être comprimé. Ambroise Paré pense avec raison que les os du bassin sont mobiles lors de l'accouchement pour faciliter le passage de l'enfant. Ainsi, les os du bassin ne doivent pas

être comprimés pour faciliter ces mouvements. Les chaises sont également utilisées par Louise Bourgeois, pour l'accouchement des dames de la Cour.

Au moment de l'expulsion, il conseille de « laisser faire nature » tout en guidant la femme sous les contractions, afin qu'elle pousse, « *luy cloüant le nez et la bouche* ». Il semble donc que la poussée se fasse en bloquant l'air. La sage-femme exerce une pression sur le ventre pour faire descendre l'enfant. [32]

Une pratique fortement controversée est utilisée à cette époque : la ligature. Ambroise Paré la décrit dans son livre « *De la manière de bien situer la femme pour luy extraire l'enfant* ». La patiente est positionnée au bord du lit, le dos toujours « en figure moyenne », les jambes pliées, écartées, et solidement attachées, et les talons près des fesses. La femme est soutenue par des assistants sous les aisselles et les cuisses. Cette position permet d'avoir une position stable, sans que le corps ne bouge lorsqu'on « tire » l'enfant.

Au XVII^e siècle, l'accouchement se fait généralement sur le dos. Mauriceau estime que cette position est plus confortable pour la femme et pour l'accoucheur. La respiration est améliorée, elle donne plus de force à la poussée et un meilleur accès au périnée.

A cette époque, la manière la plus courante d'accoucher est sur un lit de travail, ou lit de camp, ou lit de misère. Cela suppose de déplacer les femmes d'un lit à un autre après l'accouchement. C'est pourquoi Mauriceau préfère accoucher les femmes dans leur propre lit.

Le lit de travail est formé de deux matelas entre lesquels on met une planche pour éviter que les fesses de la parturiente ne soient dans un trou. Deux traversins sont placés sous sa tête pour qu'elle soit surélevée. Deux chevilles, une à droite, l'autre à gauche, sont positionnées de manière à ce que la femme puisse les agripper lors de ses contractions. Une barre se trouve au pied du lit et sert d'appui aux pieds de la femme. Les femmes de la Cour et les femmes de la haute bourgeoisie accouchent dans ce type de lit. Il semble que le lit de travail ne soit pas si différent de celui que nous utilisons aujourd'hui. [32]



Illustration 10 : Lit de misère
moderne (Histoire des
accouchements chez tous les
peuples de G.-J. Witkowski

10

En deux siècles, les positions ont donc évolué rapidement, passant d'une position debout ou assise à une position allongée assez proche de la table d'accouchement d'aujourd'hui. Pourtant, ce lit de travail sera abandonné sous l'influence de Mauriceau.

3.4.5. L'hôpital

L'hôpital sera longtemps associé au devoir de charité chrétienne. Il accueille les pauvres, les infirmes, les malades, les personnes âgées et isolées.

Les premiers hospices apparaissent en France au VI^e siècle, à Lyon, Reims et Arles, et sont destinés à accueillir les pèlerins.

La population française triple en 300 ans, entre 1000 et 1300, sans que la production agricole n'augmente. Les famines, les épidémies et les conditions d'hygiène entraînent une misère considérable.

L'hôpital va donc être perçu, par les laïcs comme par les religieux, comme un moyen de contenir des populations à risque, pauvres et malades, si possible à l'extérieur des villes.

Ainsi, en 1662, Louis XIV demande à toutes les cités importantes d'avoir un « *Hôtel-Dieu* » ou « *un hospice pour accueillir les pauvres, les vieillards, les vagabonds et les orphelins.* » [33] A cette époque, est créée la charge d'inspecteur général des hôpitaux civils et maison de forces, et celle de Commissaire du Roi.

L'Hôpital reste un lieu d'accueil pour les malades pauvres, un lieu d'assistance plus que de soin. Seules les femmes pauvres ou les femmes non mariées, abandonnées par leur famille, accouchent à l'hôpital. [39]

L'Hôtel-Dieu de Paris

L'Hôtel-Dieu signifie au départ « l'hôtel de Dieu », il accueille au nom de Dieu et sous sa protection. Il fut fondé par Saint Landry, évêque de Paris, vers 660 après J.-C. On y accueille et on y soigne les mendiants, les malades, les pèlerins. Plusieurs malades partagent alors le même lit. L'Hôtel-Dieu est très vétuste, et l'hygiène précaire. Un nouvel Hôtel-Dieu est alors construit, sur la rive opposée de la Seine. Il est plus spacieux et plus salubre, avec moins de lits et des salles plus spacieuses. Sous le règne d'Henri IV (1589-1610), l'Hôtel-Dieu reçoit environ 1300 malades, et plus ou moins 1900 malades sous le règne de Louis XIV (1643-1715).

Même si Jérôme Fracastor fonde en 1546 l'épidémiologie en parlant de « micro-organismes infectants capables de se reproduire et de se multiplier », l'hygiène reste très sommaire au cours du XVIe et du XVIIe siècle. Malgré les brillants articles qu'il écrit, c'est la notion de « pénétration des miasmes par les pores dilatés de la peau » qui est largement diffusée, et la toilette à l'eau chaude sera alors considérée pendant un long moment comme un facteur favorisant de la contamination infectieuse.

Malgré ces avancées concernant les connaissances et les pratiques, les croyances perdurent. Elles permettent aux soignants d'expliquer certains faits méconnus et de gagner en crédit face à leurs patients. De plus, les connaissances ne sont pas accessibles à tous.

3.5 LES CROYANCES, LES COUTUMES ET LES RITUELS

Certaines croyances et coutumes, et certains rituels, sont très anciens. Les populations y sont très attachées. Il faut un long moment avant que de telles traditions, qui s'inscrivent dans une culture et contribuent au sentiment d'appartenance à une lignée, soient abandonnées.

Les premiers acteurs à véhiculer les croyances restent les matrones, encore très présentes dans les campagnes. A la fin du XVII^e siècle, elles sont toujours très influentes au sein de leur communauté (village, canton ...). Aux yeux des populations, elles détiennent un savoir immense. Elles sont même considérées comme des « sorcières », leur savoir s'apparentent parfois à de la magie.

Leurs pratiques sont basées sur l'expérience mais aussi sur des croyances, des rituels, des coutumes.

En parallèle, d'éminents auteurs comme François Mauriceau ou Louise Bourgeois véhiculent eux aussi des croyances jusque dans leurs ouvrages, qui seront une référence pour de nombreux médecins et sages-femmes pendant des siècles.

Pendant la grossesse :

Les matrones conseillent l'arrêt de toute sexualité pendant la grossesse. Elles conseillent le port d'une ceinture pendant un an, comme la ceinture de la Vierge. (Annexe 2)

Mauriceau explique le bec-de-lièvre à la naissance par le fait que sa mère ait rencontré quelqu'un présentant la même particularité pendant sa grossesse. Il ajoute même que ce genre de lésion se forme dès les premières semaines après la conception. [1]

Louise Bourgeois écrit que l'enfant se retourne systématiquement deux mois avant le terme, et qu'il cherche à « sortir » à sept mois de grossesse. [18]

Pour éviter les fausses-couches, cette auteure conseille de mettre de la pierre d'aigle ou de grelottante sous l'aisselle pendant la grossesse. Puis, au moment de l'accouchement, il faut la poser sur la cuisse pour attirer l'enfant.[18]

Des amulettes protègent contre les malformations. Il ne faut pas non plus éternuer, ni croiser les mains, et se protéger du soleil. [17]

Pendant le travail :

Il existe à l'époque une croyance selon laquelle des contractions lentes pendant le travail annoncent une fille. Les contractions rapides annoncent donc un garçon. Mauriceau pense au contraire que puisque les garçons sont généralement plus gros, les contractions doivent être plus lentes que pour les filles. Pour prouver sa théorie, il se contente de l'exemple d'une femme ayant eu quatre filles puis quatre garçons. Il est étonnant qu'un fameux médecin, rigoureux et intelligent, se contente d'un exemple pour en faire une vérité médicale. [1]

Pour faire la version d'un enfant qui se présente par le nombril, Louise Bourgeois préconise de faut se « frotter les mains de beurre frais ».

Toutes les femmes présentes dans la pièce doivent défaire les nœuds qui se trouvent dans la maison pour « dénouer plus facilement la mère et l'enfant ». Certains ouvrages rapportent même que la matrone trace des signes au-dessus des ouvertures de la maison afin de barrer la route aux esprits néfastes, voire même trace un cercle autour du lit de la parturiente pour les faire fuir. [23]

Pour éviter les douleurs de l'accouchement, certaines coutumes locales sont de poser la ceinture de noce de la parturiente en croix sur son lit. [17] Les « commères », elles, possèdent des « gris-gris » qu'elles utilisent pour rassurer la femme en travail, comme le sachet d'accouchement, la pierre d'aigle, le bézoard ou la rose de Jéricho. Elles prient la Vierge Marie ou Sainte Marguerite. Les prières sont très importantes pour encourager la future mère et favoriser le sort. [3]

Les suites de couches :

Louise Bourgeois conseille la graine d'écarlate pour faire cesser le flux sanguin. [18]

La matrone coupe le cordon ombilical (la mère peut le garder comme porte-bonheur, ou comme protection contre la variole), puis le nouveau-né est frictionné avec du vin tiédi ou de l'eau alcoolisée chauffée devant un feu jusqu'à ce que sa peau soit « *décapée, fortifiée et rendue insensible au froid* » [17] puis il est emmaillotté dans un linge.

Pour éviter les coliques, le linge doit avoir séché toute la journée à l'extérieur. Pour fortifier l'estomac, dans les régions viticoles, on lui donne une goutte d'eau-de-vie de vin. Les commères préparent une « soupe reconstituante » pour l'accouchée.

Mauriceau écrit que les femmes ayant leur premier garçon à un âge mûr souffrent plus souvent de convulsions. [1]

4. CONCLUSION

A partir du XVI^e siècle, trois grands bouleversements affectent le monde de la naissance et conduisent à sa médicalisation.

Le premier est la volonté des autorités de rompre avec les anciennes croyances.

Les contextes scientifique, économique, idéologique de l'époque poussent les autorités à prendre conscience du taux élevé de la mortalité maternelle et infantile grâce aux recensements. Les pouvoirs religieux et royal privilégient la science et tentent de faire disparaître les croyances populaires. Pour cela, ils essaient d'exclure les matrones de la prise en charge obstétricale en les remplaçant par la sage-femme, dont la formation est étroitement contrôlée. Elle répond comme la matrone à des obligations morales. De même, ils accordent leur soutien aux chirurgiens, qui bénéficient d'une image de savants, scientifiques, rationnels, en opposition totale avec l'ignorance des matrones et les croyances populaires.

En parallèle, un changement des mœurs et de la conception du corps rend la population demandeuse de meilleurs soins.

Le deuxième grand bouleversement est l'arrivée des hommes dans la prise en charge obstétricale. Les chirurgiens s'imposent ensuite dans la prise en charge de la grossesse et de la naissance, jusqu'alors réservée aux femmes. En effet, depuis l'Antiquité, des chirurgiens pouvaient être appelés en cas d'extrêmes nécessité, quand il fallait sauver une parturiente en pratiquant une embryotomie sur un fœtus mort et enclavé. A la Renaissance, les chirurgiens, formés à l'anatomie, plus nombreux à rédiger des traités d'obstétrique, réussissent à pratiquer davantage d'accouchements. Au XVII^e siècle, dans les grandes villes, ils sont appelés pour un accouchement normal. [5] Pourtant, aux yeux des femmes et de leurs maris, le chirurgien est encore victime de l'image de boucher associée au barbier. Mais peu à peu l'homme gagne sa place, grâce à la force et la sécurité qu'il inspire. Il bénéficie de l'effet de mode créé par le pouvoir et la noblesse qui requièrent sa présence. Les critiques émises par les chirurgiens à l'égard des sages-femmes finissent par reléguer la sage-femme au second plan dans la prise en charge obstétricale, et placent les chirurgiens comme seuls recours.

Les chirurgiens-accoucheurs, comme François Mauriceau critiquent les sages-femmes, notamment Louise Bourgeois. Les sphères intellectuelles et aristocratiques sont sensibles à ces critiques. Peu à peu, la sage-femme perd son influence.

Les accoucheurs réussissent donc, au XVII^e siècle, à s'imposer comme premier recours au sein de la noblesse et de la bourgeoisie. Cependant, ce constant est à modérer. Au sein des

campagnes, les anciens modèles perdurent. La matrone reste l'acteur principal de la prise en charge de la naissance, et l'accoucheur a du mal à s'imposer.

Enfin, l'actualisation des connaissances permet de mettre en place de nouvelles techniques d'accouchement, grâce à une meilleure connaissance de l'anatomie féminine. De nouvelles positions d'accouchement, pas si éloignées des nôtres, sont conseillées par les chirurgiens et les sages-femmes. L'utilisation des instruments est une avancée notable qui assoit la domination du chirurgien par rapport à la sage-femme. Si la césarienne et les traitements ne connaissent pas de changements particuliers au cours du XVI^e et du XVII^e siècle, chaque chirurgien et chaque médecin apporte son point de vue dans ces deux domaines.

De nouvelles connaissances obstétricales et anatomiques sont apportées, notamment grâce à la dissection et à l'expérience d'obstétriciens et de sages-femmes de talent. Mais les connaissances obstétricales de l'époque comportent encore énormément de lacunes. La physiopathologie de la grossesse et de la naissance reste inexpliquée.

Ces zones d'ombre restent le terreau de nombreuses croyances. En effet, quand il ne peut le faire rationnellement, l'Homme préfère utiliser son imagination pour expliquer les choses plutôt que de rester dans le doute.

Nous pouvons ainsi faire remarquer que les changements qui se sont opérés au cours des XVI^e et XVII^e siècles posent les bases de la prise en charge obstétricale que nous connaissons aujourd'hui. En effet, ces deux siècles apportent des connaissances obstétricales fiables, encore probantes aujourd'hui. Par exemple, la redéfinition du rôle des acteurs durant ces deux siècles aboutit à l'organisation que nous connaissons. La sage-femme bénéficie aujourd'hui encore de compétences reconnues et validées par un diplôme, le gynécologue-obstétricien est responsable de la pathologie, utilise les instruments et pratique la chirurgie. Enfin, la volonté de médicaliser la prise en charge obstétricale, nouvelle au XVI^e siècle, est encore présente aujourd'hui.

On peut imaginer que ces deux siècles marquent l'entrée de la France dans l'ère de la médicalisation, par opposition aux croyances et à la religion, qui dominaient jusqu'au XVI^e siècle.

5. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] **LAVILLE Marine** sous la direction de M. le Professeur Maurice DAUMAS, « *Accoucher au XVIIe siècle Les Observations sur la grossesse et l'accouchement des femmes et sur leurs maladies, et celles des enfants nouveau-nés du chirurgien-accoucheur François Mauriceau* » Travail d'Etude et de Recherche, Juin 2014, p 10.

[2] **FOUCAULT Michel**, « *Histoire de la Médicalisation, deuxième conférence dans le cadre du cours de médecine sociale à l'université d'État de Rio de Janeiro* », octobre 1974, p 17.

[3] **MOREL Marie-France** « *Histoire de la naissance en France (XVIIe-XXe siècle)* ».

[4] **PARE Ambroise**, *Œuvres. Le vingt-quatrième Livre, traictant de la Génération de l'homme*, Paris, Gabriel Buon, Paris, 1585, p. 941 [en ligne] [citation] <http://cour-de-france.fr/article2762.html#nb9>, consulté le 1^{er} Octobre 2015

[5] **Jacques GELIS**, « *La naissance en Europe occidentale : images, rites et médicalisation (XVI^e - XIXe siècles)* ».

[6] **GELIS Jacques**, « *obstétrique et classes sociales : en milieu urbain aux XVIIe et XVIIIe siècles : évolution d'une pratique* » <http://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/hsm/HSMx1980x014x004/HSMx1980x014x004x0425>, pdf, consulté le 31 Mars 2016

[7] **VONS Jacqueline**, « *La parole d'une sage-femme : Louise Bourgeois (1563-1636)* » dans V. Boudon-Millot, V. Dasen et B. Maire (éd.), *Femmes en médecine, Actes de la journée internationale d'études organisée à l'université René-Descartes-Paris V, le 17 Mars 2006, en l'honneur de Danielle Gourevitch*, Paris, BIUM-De Boccard, Collection Medic@, 2008, p 223-238. Article réédité sur Cour de France.fr le 1^{er} Mai 2013 dans le cadre du projet « *La médecine à la cour de France* » (<http://cour-de-france.fr/article2762.html>), consulté le 05 Mars 2016

[8] **BEAUVALET- BOUTOUYRIE Scarlett**, « *Naître à l'hôpital au XIX siècle* » ED BELIN 1999.

[9] **MONTAZEAU Odile, BETHUYS Jeanne**, « *Histoire de la formation des Sages-Femmes en France* », http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-sante-societe-humanite/profession_SF/site/html/cours.pdf, consulté le 30 Juin 2016

[10] **CARRIER Henriette** Sage-Femme chef à l'Hôpital Lariboisière "*Les origines de la Maternité de Paris, les Maîtresses Sages-Femmes et l'Office des Accouchées de l'ancien Hôtel Dieu*", édition Georges Steinheil -Paris 1888 (Bibliographie : *Les origines de la Maternité de Paris, les Maîtresses Sages-Femmes et l'Office des Accouchées de l'ancien Hôtel Dieu*, édition Georges Steinheil -Paris, 1888.

[11] **DRAN Claire**, « *La responsabilité pour faute des professionnels de santé : Spécificités de la sage-femme* », Mémoire Master 2 Responsabilité Médicale, Présenté et soutenu le : 24 Juin 2013 par p11-12, consulté le 10 Janvier 2016

[12] **REHNAC François**, « *Histoire de Naître* » - https://books.google.fr/books?id=5agqvIsStVsC&pg=PA390&lpg=PA390&dq=histoire+de+naître+plantes+obst%C3%A9trique&source=bl&ots=anP4kaDQ4T&sig=Uo6J5hdXJdzjXg_9Wkp xXiZFJfU&hl=fr&sa=X&ved=0ahUKEwiNiP7JqYzMAhWHfhoKHUvTBhMQ6AEIzAB#v=onepage&q=histoire%20de%20naître%20plantes%20obst%C3%A9trique&f=false, consulté le 10 Avril 2016

[13] **GÉLIS Jacques**, « *Louise Bourgeois (1563-1636) Une sage-femme entre deux mondes* », www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/hsm/HSMx2006x040x004/HSMx2006x040x004x0345.pdf, consulté le 28 Mars 2016

[14] **DELPEAU Alf.**, « *Traité complet de l'art des accouchements ou tocologie théorique et pratique* », https://books.google.fr/books?id=Ye1hAAAAcAAJ&pg=PA470&lpg=PA470&dq=le+tire+t%C3%Aate+crochets+obst%C3%A9trique&source=bl&ots=6FOrmk15u5&sig=dhUHQ_Ay0KDbLOl-wl7mYxCcQco&hl=fr&sa=X&ved=0ahUKEwjvylXQ5qzMAhWTDBoKHW-

6CxUQ6AEIJzAC#v=snippet&q=tire-t%C3%Aate%20forceps&f=false, consulté le 19 Avril 2016

[15] **Pr. TARNIER S. et Pr. BUDIN P.** « *Traité de l'art des accouchements* », http://www.al-yabara.com/museum/medecine/pages_01/Tarnier/Forceps/forceps_historique.html, consulté le 10 Septembre 2016

[16] « Histoire de la césarienne ». Source : <http://www.cesarine.org/avant/histoire/>, le 19 Avril 2016

[17] **Marine GASC**, « *La grossesse au Moyen-Age, entre rituels et croyances* », publié le 2 Septembre 2014. Source : <http://www.racontemoilhistoire.com/2014/09/02/devenir-mere-au-moyen-age-croyances-rituels/>, le 8 Avril 2016

[18] **GELIS Jacques**, « *Louise Bourgeois (1563-1636) Une sage-femme entre deux mondes* », p27-36 [en ligne] <http://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/hsm/HSMx2009x043x001/HSMx2009x043x001x0027.pdf>, consulté le 16 Septembre 2015.

[19] **MONTAZEAU Odile** campus.cerimes.fr/maieutique/UE-sante-société-humanite/profession_SF/site/html/cours.pdf « Histoire de la formation des sages-femmes en France » p10-11, consulté le 15 Décembre 2015

[20] **TRESCH Odile**, « *Notre Dame de Délivrance ou Artemis Lusizonos ressuscitée* », <http://bsa.biblio.univ-lille3.fr/blog/2010/11/notre-dame-de-delivrance-ou-artemis-lusizonos-ressuscitee/>, consulté le 16 Septembre 2015

[21] **HYERNAUX Léon Joseph Ghislain (Dr)**, « *Traité pratique de l'art des accouchements...* », L. Hyernaux, 2e édition considérablement augmentée et enrichie de la description de quelques nouveaux instruments employés en obstétrique, Ed. G. Mayolez (Bruxelles), 1866, Source : Bibliothèque nationale de France, département Sciences et techniques, p.80-90 [en ligne] <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k58038812/f101.image>, consulté le 13 Octobre 2015.

[22] **GELIS Jacques**. « *Sages-femmes et accoucheurs : l'obstétrique populaire aux XVIIe et XVIIIe siècles* ». In: *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*. 32^e année, N. 5, 1977. pp. 927-957.

[23] **CUZACQ Pierre**, « *La naissance, le mariage et le décès : mœurs et coutumes, usages anciens, croyances et superstitions dans le Sud-Ouest de la France* ».

[24] **LADE Jean-Claude**, « *Superstitions et croyances populaires : Mythes, croyances et légendes...* ».

[25] « *Histoire des chirurgiens, des barbiers, et des barbiers-chirurgiens* » http://medarus.org/Medecins/MedecinsTextes/divers_institutions/chirurgiens_barbiers.html, consulté le 10 Juin 2016

[26] **STOFFT Henri**, « *Ambroise Paré, accoucheur* » <http://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/hsm/HSMx1998x032x004/HSMx1998x032x004x0399.pdf>, consulté le 15 Aout 2016

[27] **DELOTTE J., MIALON O., d'ANGELLO L., TOULLALON O., BONGAIN A.**, « *Une brève histoire de la césarienne* » <http://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/13084.pdf>, consulté le 10 Juin 2016

[28] **Mélissa NADER**, thèse de fin d'étude, « *La médicalisation : concept, phénomène et processus, émergence, diffusion et reconfiguration des usages du terme médicalisation dans la littérature sociologique* », octobre 2012. Source : <http://www.archipel.ugam.ca/5243/1/D2392.pdf>, consulté le 30 Aout 2016

[29] **INSEE** : <http://www.insee.fr/fr/ppp/sommaire/imeths01c.pdf>

[30] « *Trotula de Salerne* » <http://medarus.org/Medecins/MedecinsTextes/trotula.html>, consulté le 12 Septembre 2016

[31] **GUILLEMEAU Jacques**, « *De la grossesse et accouchement des femmes ; du gouvernement de celles-ci et moyen de survenir aux accidents qui leur arrivent, ensemble de la nourriture des enfans* » <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5701564n/f59.image>, consulté le 19 Mai 2016

[32] **ROBERT Hortense**, mémoire de fin d'études, « *L'évolution des positions d'accouchement en France et dans nos cultures occidentales* » <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01076699/document>, consulté le 22 Septembre 2016

[33] **MOLINIE Eric**, « *L'hôpital public en France : bilan et perspectives* » http://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2005/2005_10_eric_molinie.pdf, le 29 Aout 2017

[34] **DAVID Sarah**, mémoire de fin d'études, « *La parturiente en hôpital français* », <http://portail.naissance.asso.fr/memoires/SarahDavidMemoire.pdf>, consulté le 10 Janvier 2017

[35] **VONS Jacqueline**, « *Histoire de la Médecine à la Renaissance* », BIU Santé, de Bocard, pp. XVI-342, 2009, consulté le 20 Décembre 2016

[36] **LIVENAIS ORSTOR Patrick** « *Les théories de la population : une continuité certaine dans le changement* », publication de 1986, p 68, <http://www.documentation.ird.fr/hor/fdi:23353>, consulté le 20 Janvier 2017

[37] **LUBIN Béatrice**, Historienne de l'Art et Chevalier de l'Ordre National du Mérite, « *Le Roi est mort, la santé de Louis XIV et la médecine au XVIIe siècle* », article publié le 27 Septembre 2016 sur le site « CDI Garches », consulté le 30 Janvier 2017

[38] **ZIEMENDORF Zelma**, mémoire de fin d'études, « *Historique de la prise en charge des prolapsus génitaux de l'Antiquité à nos jours* », 2014, p 15-18.

[39] **MOREL Marie-France**, « *Histoire de la naissance en Occident (XVIIe- XXe siècles)* »
<http://www.societe-histoire-naissance.fr/spip.php>? Article 2, consulté le 25 Mars 2017

6. ANNEXES

Annexe 1.

« l'ay esté appelé quelquesfois à extraire hors le corps de la mere l'enfant mort, que les matrones (soy disans sages-femmes) s'estans efforcees le tirer par un de ses bras, auoyent esté cause d'auoir faict gangrener & mortifier ledit bras, & par consequent de faire mourir l'enfant, en sorte qu'on ne pouuoit remettre dans la matrice pur la grande tumeur, tant des parties genitales de la femme, que du bras de l'enfant, tellement que de neçessité le falloit amputer » [5]17

Annexe 2.

La ceinture de la Vierge :

« C'est que cette Ceinture est très spéciale : portée par les femmes enceintes, elle les protège des dangers de la grossesse et favorise un heureux accouchement. Afin de préserver la relique tout en permettant aux fidèles de bénéficier de ses pouvoirs, on mit à son contact de grands rubans, par le fait bénits et chargés de la puissance de l'original. Paul Claudel lui-même connaissait bien les vertus de ces rubans utilisés par les femmes de sa famille. Aussi les conseilla-t-il à son ami Jacques Rivière, qui venait de lui annoncer la grossesse de sa femme : « Je suis ému de la nouvelle que vous me donnez. Que Dieu et Notre-Dame protègent votre chère jeune femme ! Dans ma famille, toutes les femmes dans cette position demandent un ruban béni dans un vieux couvent de Bretagne dont je puis vous donner l'adresse et jamais elles n'ont eu d'accidents... » [20]

Texte issu du blog de la Bibliothèque des Sciences de l'Antiquité de l'Université Lille 3 ..42

Université de Limoges

École de sages-femmes

Année 2017

Mémoire pour le diplôme d'Etat de sages-femmes

par

Anne BERNAJUZZAN

Née le 20 octobre 1992

A Limoges

TITRE

Médicalisation de la grossesse et de la naissance aux XVIe et XVIIe siècles

53 pages

Présenté et soutenu publiquement le

Directrice du mémoire : Valérie Blaize- Gagneraud
Granger

Guidante : Karine Bompard-

Résumé :

La médicalisation de l'obstétrique s'enracine durant la période qui s'étend du début du XVIe siècle jusqu'à la fin du XVIIe siècle grâce à plusieurs phénomènes imbriqués.

Les autorités civiles et religieuses interviennent sur les modalités d'exercice et de formation des acteurs de la prise en charge obstétricale afin de diminuer la mortalité maternelle et infantile. Les matrones, considérées comme dangereuses, sont alors écartées de la prise en charge de la naissance. Les autorités créent des écoles et des diplômes pour former des femmes « sages », les sages-femmes, mieux contrôlées.

En parallèle, un changement des mœurs s'opère, les hommes, par l'intermédiaire des chirurgiens-accoucheurs, s'introduisent progressivement dans l'intimité de la femme.

Enfin, de nouvelles connaissances sont diffusées grâce aux traités écrits par des chirurgiens. Ainsi, les pratiques médicales en seront améliorées.

Malgré ces avancées, les croyances, les rites et les rituels restent très ancrés dans les mentalités.

Mots-clés : médicalisation, grossesse, naissance, accouchement, obstétrique, matrones, barbiers, sages-femmes, chirurgiens-accoucheurs, médecins, XVIe siècle, XVIIe siècle, croyances, coutumes.