



## Histoire de la naissance en France (XVII<sup>e</sup>-XX<sup>e</sup> siècle)

**Marie-France Morel**  
Historienne,  
présidente de la  
Société d'histoire de  
la naissance

L'histoire de la naissance a longtemps été une histoire immobile : pendant des millénaires, chaque femme accouchait à la maison, dans un espace familial, entourée de compagnes plus ou moins expertes. Deux mutations essentielles, l'une concernant les accompagnants, l'autre le lieu de l'accouchement, vont changer radicalement les conditions de la naissance. C'est aux XVII<sup>e</sup> et XVIII<sup>e</sup> siècles, l'apparition d'abord timide, puis décidée, des hommes accoucheurs. Au XIX<sup>e</sup> siècle, les développements de l'obstétrique, de l'anesthésie et de l'hygiène changent les conditions d'accueil dans les hôpitaux et conduisent au XX<sup>e</sup> siècle au basculement définitif de la majorité des accouchements du domicile vers le milieu hospitalier, qui aboutit à une médicalisation totale de la naissance.

### La naissance traditionnelle jusqu'au XVIII<sup>e</sup> siècle

Pendant des siècles, les naissances ont lieu à la maison dans un espace quotidien : événement hors du commun malgré sa fréquence, l'accouchement, tout comme la mort, se passe là où vit au jour le jour et depuis des années une lignée familiale, dont le destin s'identifie à une maison, à un village, dont on fait partie et d'où l'on ne bouge guère. En donnant le jour à son enfant, chaque mère est reliée à toutes les mères qui, avant elle, ont fait naître leurs enfants au même endroit ; maillon d'un vaste cycle vital qui dépasse son individualité propre, elle est intégrée, avec son enfant, pour

le meilleur et pour le pire, dans une large communauté de vivants et de morts.

La naissance a lieu dans la pièce la plus utilisée, la salle commune, qui est souvent la seule à posséder une cheminée : à l'aide d'un grand feu de bois, on maintient la chaleur, essentielle à la mère et à l'enfant. La pièce tout entière est calfeutrée, comme un véritable huis clos, à la fois pour se prémunir du froid et pour empêcher les mauvais esprits d'entrer. Chez les plus pauvres, on accouche fréquemment à l'étable : les bêtes familières y donnent une chaleur régulière et la paille est facile à nettoyer ; pour les gens des XVI<sup>e</sup> et XVII<sup>e</sup> siècles, la naissance de l'Enfant Jésus est moins extraordinaire qu'il n'y paraît.

La parturiente est assistée par un entourage exclusivement féminin : au centre, la matrone (appelée « la femme qui aide », ou la « mère-mitaine », ou la « bonne mère ») est bien connue de tout le village ; elle est en général âgée, et donc disponible ; elle a appris son métier sur le tas, sans étudier. Souvent fille ou nièce de matrone, il lui a suffi de réussir quelques accouchements pour avoir la confiance des villageoises ; elle ne sait en général ni lire ni écrire, et le curé qui surveille ses compétences ne lui demande que de savoir réciter les formules du baptême, au cas où elle devrait ondoyer un nouveau-né mal en point. Elle est souvent aussi celle qui s'occupe de la toilette des morts ; ce double rôle indique bien comment, dans l'ancienne société,

### Modèle de serment, proposé par l'Église en 1786 pour les sages-femmes formées à l'Hôtel-Dieu de Paris

« Je [...] promets et jure à Dieu, le créateur tout puissant, et à vous, Monsieur qui êtes son ministre, de vivre et de mourir dans la foi de l'Église catholique, apostolique et romaine, et de m'acquitter, avec le plus d'exactitude et de fidélité qu'il me sera possible, de la fonction qui m'est confiée. J'assisterai de nuit comme de jour dans leurs couches les femmes pauvres comme les riches ; j'apporterai tous mes soins pour qu'il n'arrive aucun accident ni à la mère et ni à l'enfant. Et si je vois un danger qui m'inspire une juste défiance de mes forces et de mes lumières, j'appellerai les médecins ou les chirurgiens ou des

femmes expérimentées dans cet art pour ne rien faire que de leur avis et avec leur secours. Je promets de ne point révéler les secrets de familles que j'assisterai ; de ne point souffrir qu'on use des superstitions ou des moyens illicites, soit par paroles, soit par signes, ou de quelque autre manière qui puisse être, pour procurer la délivrance des femmes dont les couches seront difficiles et paraîtront devoir être dangereuses ; mais de les avertir de mettre leur confiance en Dieu, et d'avoir recours aux sacrements et aux prières de l'Église. Je promets aussi de ne rien faire par vengeance, ni par aucun motif criminel ; de ne jamais

consentir sous quelque prétexte que ce soit à ce qui pourrait faire périr le fruit ou avancer l'accouchement par des voies extraordinaires et contre nature ; mais de procurer de tout mon pouvoir, comme femme de bien et craignant Dieu, le salut corporel et spirituel tant de la mère que de l'enfant. Enfin, je promets d'avertir sans délai mon pasteur de la naissance des enfants ; de n'en baptiser ou de ne souffrir qu'on en baptise aucun à la maison, hors le cas d'une vraie nécessité, et de n'en porter aucun à baptiser aux ministres hérétiques. »

Les références  
entre crochets renvoient  
à la bibliographie p. 96.

on reconnaît la proximité fondamentale entre les deux extrémités de la vie. Elle doit être à la fois agréée par le curé (elle doit savoir baptiser correctement), et par les familles, dont elle connaît souvent les secrets.

Autour de la matrone, pour l'aider et soutenir la future mère, les parentes, amies, voisines sont là, accourues dès l'annonce des premières douleurs, sans qu'il soit besoin d'une invitation formelle : chaque naissance est l'affaire de toutes les femmes du village et n'est pas comme aujourd'hui un événement intime, privé, solitaire ou exclusivement familial. Le rôle de ces « commères » n'est pas aussi insignifiant qu'il y paraît : avant la naissance, elles aident à préparer le lit, les linges, le feu, l'eau chaude, le fil. Pendant le travail, elles évoquent leurs propres couches, donnent leurs petites recettes et disposent les amulettes (ceinture de la Vierge, sachet d'accouchement, pierre d'aigle, bézoard, rose de Jéricho) qui aident au travail et dissipent l'angoisse de la parturiente ; pendant les moments difficiles, elles calment la parturiente, la maintiennent, l'essuient et prient à haute voix la Vierge ou sainte Marguerite ; elles rassurent et accompagnent. Après la naissance, elles lavent et emmaillotent le bébé, préparent pour l'accouchée une soupe reconstituante et nettoient sommairement la pièce. Les jours suivants, elles reviennent pour commenter l'événement et aider aux divers travaux domestiques que ne peut accomplir la nouvelle mère restée alitée. Cette solidarité féminine constitue un élément sécurisant dans le rite de passage angoissant qu'est une première naissance.

En revanche, les jeunes filles qui n'ont pas encore l'âge de cette étape rituelle et qui n'ont pas encore enfanté sont tenues à l'écart, ainsi que les enfants. En principe, les hommes ne sont pas admis, sauf le père, dont la force et l'expérience du vèlage peuvent être utiles en cas d'accouchement difficile. Comme il le fait parfois avec les vaches, il peut avoir à retourner le fœtus dans la matrice s'il se présente mal ; il lui faut parfois tenir sa femme dans une position difficile pour faciliter la naissance. Dans certaines régions, son rôle est mieux précisé : c'est lui qui, au sortir de la matrice, reçoit l'enfant dans sa propre chemise, toute chaude encore de la chaleur de son corps. Ce geste a une signification très riche : il permet très concrètement de réchauffer le bébé ; il veut aussi dire que, dès la sortie du ventre maternel, c'est le père qui prend en charge sa socialisation.

Dans la France traditionnelle, la femme accouche toujours « à couvert », sous les draps et les vêtements, car il ne convient pas qu'elle se montre nue, même partiellement, à son entourage. En revanche, elle peut prendre diverses postures, si elle souhaite accoucher plus commodément. Certaines positions sont plus pratiquées que d'autres, suivant les provinces : la plus fréquente est celle où la femme est sur le dos, à demi couchée et à demi assise, les reins surélevés par des coussins ; elle peut être soit sur son propre lit, soit sur un petit lit pliant, placé au plus près du feu, appelé « lit de misère » ; deux femmes lui maintiennent alors les

genoux écartés. En Angleterre, la future mère, couchée de côté sur le bord du lit, les genoux pliés, est accouchée par derrière. Ailleurs, elle peut être assise sur une autre femme, sur le bord du lit ou sur une sorte de chaise percée, destinée spécialement aux accouchements (très fréquente en Alsace, Lorraine, Flandre et dans les pays germaniques). Dans d'autres régions, la femme accouche debout, les bras levés et appuyés sur une barre de bois ; ailleurs, elle peut être à genoux, sur de la paille, appuyée sur une chaise. Cette relative liberté ne signifie pas que les femmes sont à l'aise en accouchant : la douleur est toujours là, considérée comme inévitable, en application du précepte biblique de la Genèse : « *Tu enfanteras dans la douleur* ».

Malgré son climat chaleureux, il ne faut pas trop regretter l'accouchement d'autrefois : à cause de l'impuissance de la médecine de l'époque ou de l'impéritie des matrones, trop de femmes en meurent et bien d'autres sont mutilées à vie, ainsi que leurs enfants. On estime à 1 ou 2 % la mortalité des femmes en couches dans la France du XVIII<sup>e</sup> siècle, qu'il s'agisse des conséquences d'accouchements impossibles par suite d'une mauvaise présentation ou de l'étroitesse du bassin (la césarienne est quasiment impraticable en l'absence d'anesthésie et de techniques de suture de l'utérus), d'hémorragies du *post-partum* ou de fièvres puerpérales. Ce risque se renouvelant à chaque grossesse, comme les femmes ont en moyenne cinq enfants, cela signifie que 10 % des femmes en âge de procréer meurent à la suite d'un accouchement.

Seules les pauvresses ou les filles mères, qui n'ont nulle part où aller, accouchent à l'hôpital, qui n'est pas un établissement de soins, mais un lieu d'assistance, où l'on recueille les malades pauvres ; on y meurt beaucoup plus qu'ailleurs, à cause de l'entassement et de la contagion des « fièvres » qu'on ne sait pas maîtriser. En temps ordinaire, 10 % des accouchées meurent, mais, à certains moments, la mort en emporte plus de la moitié.

### Les transformations de la naissance à domicile au XVIII<sup>e</sup> siècle

Aux XVII<sup>e</sup> et XVIII<sup>e</sup> siècles, les couches cessent d'être accompagnées uniquement par des femmes ; des accoucheurs commencent à apparaître dans les chambres de gésine. Traditionnellement, les hommes de l'art n'ont pas le droit d'assister aux couches par « décence ». Mais des chirurgiens peuvent être parfois appelés pour délivrer des femmes dont le fœtus est mort (ils se servent alors de leurs instruments pour dépecer le corps). Peu à peu ces hommes commencent à rédiger des traités d'obstétrique et à vouloir faire des accouchements ordinaires, pour accroître leur exercice et gagner davantage. À partir des années 1650, la « mode » de l'accoucheur se répand dans la noblesse et dans la bourgeoisie. Non sans réticences cependant ; certaines parturientes sont effrayées par les chirurgiens, qu'elles considèrent plus comme des bouchers que comme des



## Naitre en France

soignants ; les maris craignent une possible séduction de leur femme par un homme jeune et beau, qui est pourtant tenu d'opérer à couvert, sans voir les parties génitales de la patiente. Mais les accoucheurs savent vite se rendre indispensables auprès des maris, qui ne veulent plus voir mourir leurs femmes et pour qui ils représentent la force et la sécurité, surtout dans le cas où l'enfant se présente mal. C'est souvent à la faveur d'un accouchement « contre nature » réussi qu'un chirurgien parvient à gagner la confiance d'une famille ou d'un quartier. Les femmes, aussi, leur sont de plus en plus favorables : au début, elles les acceptent de manière exceptionnelle pour les accouchements difficiles ; puis, l'habitude étant prise, elles les convoquent d'emblée, pour les accouchements suivants. Plus profondément, au sein de chaque individu, la conscience de la vie et de la mort est en train de changer ; désormais, les femmes n'acceptent plus de mourir en couches ; elles veulent la vie sauve pour elles et pour leurs bébés.

*« Les princesses et toutes les dames de qualité choisissent des accoucheurs : les bonnes bourgeoises suivent leur exemple et l'on a entendu dire aux femmes des artisans et du menu peuple que, si elles avaient les moyens de les payer, elles les préféreraient aux sages-femmes. »*  
Pierre Dionis, chirurgien parisien en 1718.

L'arrivée de l'accoucheur dans un monde traditionnellement réservé aux femmes transforme les pratiques de la naissance. Tout d'abord, il fait sortir la plupart des « commères », sous prétexte qu'il faut faire silence et aérer la pièce ; il fait aussi ouvrir les fenêtres et réduire le feu, afin que l'air circule ; toutes attitudes qui vont totalement à l'encontre des traditions anciennes qui valorisent la solidarité féminine, la chaleur et le renfermement. Certes, l'accoucheur agit ainsi pour la sécurité de la femme, mais celle-ci se trouve de plus en plus seule, face à lui. Il lui impose aussi la position la plus commode pour lui et la plus dépendante pour elle, en la faisant coucher sur le dos, ce qui est une gêne par rapport à la liberté des anciennes postures. Dans l'obstétrique savante du XVIII<sup>e</sup> siècle, seule la position allongée sur le dos est convenable ; les autres positions sont condamnées au nom de la décence, car elles « répugnent à l'humanité » ; la femme qui les pratique peut être comparée à une bête !

L'accoucheur réussit également à s'imposer parce qu'il travaille avec de nouveaux instruments relativement efficaces, les leviers et forceps, mis au point conjointement en France et en Angleterre à la fin du XVII<sup>e</sup> siècle. Ils deviennent le privilège exclusif des hommes, médecins ou chirurgiens, puisque matrones et sages-femmes, même instruites, n'ont pas le droit de s'en servir. Certains abusent du pouvoir conféré par les instruments, employés à n'importe quel moment et estropient ou font mourir mères et enfants. Certaines femmes d'ailleurs les voient arriver avec terreur, car leur seule vue signifie un danger de mort. Mais, le plus souvent, les instruments

(surtout le forceps courbe de Levret et de Smellie) représentent un progrès : ils permettent la naissance de bébés qui autrefois seraient restés enclavés dans le bassin, provoquant la mort de leur mère. Grâce à la pratique instrumentale, l'accouchement cesse d'apparaître comme un acte naturel : il nécessite le recours à un homme de l'art, à la fois savant et fort. C'est un premier pas vers la médicalisation de la naissance.

Même si les hommes sont de plus en plus nombreux à pratiquer l'obstétrique, les matrones font encore l'essentiel des accouchements, surtout à la campagne. À partir des années 1750, en France, ces matrones sont l'objet de critiques virulentes de la part des médecins. Comme l'écrit Joseph Raulin en 1770, « tous les jours, elles font périr en même temps la mère et l'enfant, faute des connaissances nécessaires et requises pour les conserver ». En particulier, elles sont accusées de tirer inconsidérément sur tout ce qui se présente hors de la matrice, qu'il s'agisse d'un bras, d'un pied ou d'une épaule, au risque de démembrer l'enfant. Si le fœtus reste enclavé dans le bassin de la parturiente, elles n'ont d'autre ressource que de le sortir par petits morceaux, à l'aide d'un crochet, car il importe de sauver plutôt la mère (déjà adulte et qui pourra avoir d'autres enfants) que le nouveau-né (qui est, de toute façon, une petite existence fragile).

À partir de 1760, pour empêcher les mères et les enfants de mourir en trop grand nombre, le pouvoir royal s'efforce de transformer les matrones de campagne en véritables sages-femmes en leur donnant une rapide formation médicale. À l'initiative d'une maîtresse sage-femme, M<sup>me</sup> du Coudray, formée à l'Hôtel-Dieu de Paris, des cours itinérants sont organisés dans toute la France de 1759 à 1783, avec une pédagogie originale à base de récitation de leçons et de travaux pratiques sur un mannequin d'osier, recouvert de tissu. Après le passage de M<sup>me</sup> du Coudray dans une province, les chirurgiens-accoucheurs de l'endroit continuent à assurer les cours : en quarante ans, deux cents accoucheurs-démonstrateurs formeront dix à douze mille sages-femmes (il y a à l'époque environ un million de naissances par an). À la différence des anciennes matrones qui avaient été choisies par les femmes du village, les nouvelles sages-femmes formées à la ville ne sont plus aussi proches des femmes qu'elles assistent. Comme elles l'ont appris de leurs maîtres, elles veulent aérer et faire sortir les compagnes inutiles ; elles ont aussi une attitude plus distante vis-à-vis du travail et de la souffrance ; elles ne veulent plus être celles qui accompagnent, qui encouragent les cris et aident à enfanter. Elles sont plus insensibles et autoritaires. Si, entre leurs mains, la naissance a plus de chances de bien se passer, la femme en mal d'enfant se retrouve aussi plus isolée.

### La médicalisation de la naissance au XIX<sup>e</sup> siècle

À partir de 1803, la formation des sages-femmes s'améliore, puisqu'elles doivent suivre pendant un an des cours théoriques dans les facultés de médecine ou

dans les hôpitaux, et apprendre la pratique, non plus sur des mannequins, mais auprès des accouchées des hôpitaux. En 1894, leur formation est renforcée et dure deux ans. En théorie, elles n'ont le droit de faire que les accouchements naturels et doivent appeler le médecin pour les accouchements « laborieux » ou contre nature, qui nécessitent le recours au forceps ou à la césarienne. Ce partage des tâches souffre néanmoins des exceptions : ainsi, à la maternité de Port-Royal à Paris, grand établissement d'accueil des femmes en couches des milieux défavorisés de la capitale et siège d'une école de sages-femmes renommée, Marie-Louise Lachapelle, sage-femme en chef de 1798 à 1821, effectue couramment les accouchements au forceps, sans que le chirurgien en chef attaché à la maternité puisse l'évincer. Les femmes qui lui succèdent dans cette fonction conserveront cette prérogative. C'est seulement à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, avec la création du corps des accoucheurs des hôpitaux en 1881, que les sages-femmes en chef de Port-Royal cessent d'avoir le droit d'utiliser les instruments. Quant aux sages-femmes de campagne, qui doivent faire face seules aux situations d'urgence, il n'est pas rare qu'elles aient un forceps dans leur trousse.

Pendant les deux premiers tiers du XIX<sup>e</sup> siècle, malgré une meilleure formation des soignants, les hôpitaux restent encore des lieux effrayants qui n'accueillent que les filles mères ou les pauvresses. Les naissances y sont bien plus dangereuses qu'à domicile. Dès 1856, des statistiques précises ont établi que la mortalité en couches à la maternité de Port-Royal à Paris est dix-neuf fois plus forte qu'en ville (5,9 % contre 0,3 %). Ce sont surtout les épidémies de fièvre puerpérale, récurrentes jusqu'en 1880, qui déciment les nouvelles accouchées : ainsi, en mai 1856, à la maternité de Port-Royal, 31 des 32 accouchées meurent !

On ne connaît ni les causes ni les vecteurs de la propagation de la fièvre puerpérale, même si on la sait très contagieuse. Comme on pense que le mal se propage par les « miasmes » de l'air, on se contente d'aérer les locaux par des courants d'air, après avoir isolé les

malades ; le personnel n'est pas encore en blouse blanche et se lave rarement les mains, transmettant ainsi, sans le savoir, avec les doigts, les pansements et les instruments, les germes d'une femme à l'autre. Il faudra un changement de mentalité radical pour que les médecins, à la suite des travaux de Semmelweis à Vienne, de Lister à Edimbourg, et de Pasteur à Paris, acceptent de reconnaître qu'ils sont les principaux agents de transmission de l'épidémie. À Paris, après 1870, Tarnier met en œuvre la première politique de prévention de la fièvre puerpérale par une hygiène rigoureuse : construction d'un pavillon modèle avec chambres individuelles, lavage des pièces à grande eau après chaque occupation. À partir de 1878, un pas décisif est franchi lorsque Pasteur montre aux médecins l'importance vitale des pratiques rigoureuses d'asepsie, d'antisepsie et de stérilisation. Mises en application, elles permettent une baisse radicale de la mortalité maternelle : dès 1892, à la Maternité de Paris, elle descend en dessous de 0,5 % et, après 1900, elle n'est plus que de 0,13 %. Peu à peu l'hôpital cesse de faire peur et apparaît comme un lieu aseptisé, où l'on pratique une médecine qui sauve et qui guérit.

D'autre part, à partir des années 1840, la médecine découvre le pouvoir des « drogues » anesthésiantes et analgésiques (opium, morphine, chloroforme, éther). Si ces découvertes changent surtout les conditions d'exercice de la chirurgie en rendant possibles les anesthésies, elles peuvent aussi s'appliquer aux accouchements. En 1853, la reine Victoria donne naissance à son huitième enfant sous chloroforme. La méthode, connue dès lors sous le nom d'accouchement « à la reine », est simple : on fait aspirer par le nez quelques gouttes de chloroforme à la parturiente au début des contractions, ce qui a pour effet de faire cesser les douleurs, avec un sommeil léger. La méthode devient vite populaire en Angleterre et aux États-Unis. En France, les médecins sont plus réservés : soulignant les effets secondaires de la méthode (inertie utérine et hémorragies à la délivrance), ils pratiqueront peu l'anesthésie obstétricale. En revanche, dans les pays

## Une épidémie de fièvre puerpérale à la Maternité de Paris dans les années 1860

« Elle était là depuis plusieurs heures, abîmée dans ce doux affaissement de la délivrance qui suit les épouvantables déchirements de l'enfantement [...] Tout à coup un cri [...] Presque au même instant, d'un lit à côté, il s'éleva un autre cri horrible, perçant, terrifié, le cri de quelqu'un qui voit la mort [...] Il y avait alors à la Maternité une de ces terribles épidémies puerpérales qui soufflent la mort sur la fécondité humaine, un

de ces empoisonnements de l'air qui vident, en courant, par rangées, les lits des accouchées et qui autrefois faisaient fermer la clinique : on croirait voir passer la peste, une peste qui noircit les visages en quelques heures, enlève tout, emporte les plus forts, les plus jeunes, une peste qui sort des berceaux, la Peste noire des mères ! C'était tout autour de Germinie, à toute heure, la nuit surtout, des morts telles qu'en fait la fièvre de lait, des

morts tourmentées, furieuses de cris, troublées d'hallucination et de délire, des agonies auxquelles il fallait mettre la camisole de force de la folie, des agonies qui s'élançaient tout à coup, hors d'un lit, en emportant les draps et faisaient frissonner toute la salle de l'idée de voir revenir les mortes de l'amphithéâtre. »

Les Frères Goncourt, *Germinie Lacer-teux*, Paris, 1865, chapitre xx.



anglo-saxons, les femmes, informées et regroupées très tôt en associations actives, sont nombreuses à demander l'administration des drogues, dès les débuts du travail. Les médecins, plutôt réticents au départ, sont amenés à y recourir de plus en plus, pour satisfaire leur clientèle. Mais, paradoxalement, cette volonté des femmes d'abolir la douleur les conduit à dépendre plus exclusivement du médecin : car les sages-femmes, même les mieux formées, ne peuvent administrer les drogues, pas plus qu'elles ne sont autorisées à se servir des instruments. Seuls les hommes médecins savent doser les analgésiques et détiennent ainsi la possibilité d'un bon accouchement, sans douleur. Il faut donc recourir de plus en plus à eux, avec tout ce que cela implique de distance prise par rapport à l'ancienne sociabilité féminine de la chambre d'accouchement. En outre, la sophistication de plus en plus grande des méthodes employées conduit le médecin à attirer ses clientes vers l'hôpital qui, à la même époque, se transforme pour devenir un espace de soins.

### L'accouchement à l'hôpital au xx<sup>e</sup> siècle

En France, comme aux États-Unis, c'est dans les années vingt-trente que la naissance en milieu médicalisé se répand, surtout dans les grandes villes ; à Paris, en 1939, il concerne déjà la majorité des naissances (67,8 %, contre 7,7 % à domicile et 24,3 % chez une sage-femme). En France, les femmes acceptent ce changement pour diverses raisons. D'abord, parce que l'État les aide davantage au moment de leurs couches, depuis qu'il a pris conscience des dangers de la dénatalité. En effet, la France se dépeuple dangereusement : le taux de natalité baisse régulièrement (21,4 % en 1920 ; 14,6 % en 1938) et, à partir de 1935, le chiffre absolu des décès l'emporte sur celui des naissances. Pour stimuler la natalité, l'État est amené à aider pour leurs couches les salariées les moins payées : elles ont droit à une prise en charge forfaitaire des frais d'accouchement, au versement pendant douze semaines d'une indemnité égale à la moitié du salaire et à des allocations mensuelles d'allaitement. Même si, en 1939, la loi est encore mal appliquée (un tiers seulement des naissances donnent lieu à des prestations), elle fait de l'accouchement un acte médical, et non plus un acte d'entraide ou d'assistance, comme il l'était autrefois. Cela habitue peu à peu les futures mères à l'idée de faire leurs couches dans un espace médicalisé.

D'autant plus que, dans le même temps, l'hôpital a changé pour devenir un haut lieu de technicité médicale. Ainsi pour la très ancienne « maison d'accouchement » qu'est la maternité du boulevard de Port-Royal, à Paris : de 1922 à 1929, sous la direction du docteur Couve-laire, l'établissement est complètement transformé ; de l'hospice traditionnel voué à l'assistance des femmes les plus pauvres, on passe à un établissement moderne et plurifonctionnel, dont l'architecture, soigneusement pensée, reflète les différentes finalités : maison d'accouchement, mais aussi lieu de consultations de gros-

sesse, de gynécologie et de puériculture. À côté de la maternité et des consultations spécialisées, on trouve des laboratoires d'analyses, un centre de donneuses de lait, une consultation prénuptiale, un dispensaire antisyphilitique et une maternité spécialement isolée pour les tuberculeuses. Les locaux sont vastes, propres, aérés, confortables ; dès son arrivée, chaque patiente est orientée par le spécialiste vers le service qui convient à son état ; on est à l'opposé du désordre et de la promiscuité qui caractérisaient les anciens établissements hospitaliers. Mais le quotidien de l'hôpital reste encore marqué par son passé d'assistance aux pauvres.

Malgré des progrès évidents accomplis en matière de sécurité et de confort, l'hôpital garde longtemps une image défavorable : les femmes qui en ont les moyens préfèrent toujours accoucher à domicile, même dans les grandes villes. L'accouchement à la maison est effectué en général par une sage-femme, ou un médecin généraliste dont la formation obstétricale est assez sommaire (trois semaines de stage hospitalier). Pour les femmes des milieux aisés, le journal *Maman*, en février 1932, donne une longue liste d'objets à préparer avant la naissance. La minutie et la longueur des prescriptions ne doivent pas décourager celles qui choisissent d'accoucher chez elles, car « cet acte physiologique s'accorde à merveille d'un milieu intime, familial, discret ». À la campagne, les grands hôpitaux modernes n'existent pas : les sages-femmes viennent à domicile, ou surveillent les accouchements dans de petites maternités rurales de quelques lits, peu équipées, où le médecin ne passe que de façon épisodique. L'accouchement à la maison reste la règle et, dans certaines régions, les conditions n'ont guère changé depuis l'Ancien Régime : en 1937 encore, 500 cantons sur 2 200 sont dépourvus de sages-femmes instruites ; comme au xviii<sup>e</sup> siècle, des matrones formées sur le tas, plus ou moins expertes, sont seules pour assister les femmes en couches.

Dans l'entre-deux-guerres, il n'y a pas de consensus sur le lieu idéal de l'accouchement et, à l'échelle nationale, il n'est pas certain que l'accouchement à domicile soit plus dangereux que l'accouchement à l'hôpital. On observe en fait la coexistence de deux pratiques, la bourgeoisie urbaine et les paysannes accouchant plus volontiers à la maison, et les classes populaires urbaines, plutôt en milieu hospitalier. À partir de 1952, l'évolution s'accélère : la majorité des accouchements ont lieu désormais en milieu hospitalier (53 % en 1952, 85 % en 1962).

Dans les années cinquante, en France, a lieu une autre mutation : à l'initiative du docteur Fernand Lamaze (1890-1957), accoucheur à Paris à la Polyclinique des métallurgistes (rue des Bluets), est mise au point une méthode d'accouchement « sans douleur », inspirée des recherches de médecins soviétiques, disciples de Pavlov. La méthode (originale par rapport au modèle soviétique) propose une préparation psychique et physique agissant sur l'anxiété et visant à supprimer la douleur. En 1952, 500 accouchements « sans douleur » sont réalisés aux




## Témoignages de femmes ayant accouché à la maternité de Port-Royal entre les deux guerres (d'après Françoise Thébaud [90])

« **L** hôpital, c'était pour les filles mères et les femmes de besoin » ; « on craignait les épidémies en maternité » ; « aller à l'hôpital, c'était presque mourir à cette époque ; ce n'était pas des soins, c'était les derniers moments [...] Franchir le seuil... y avait le cercueil qui suivait... » Mais plusieurs femmes l'ont bien accepté : « tout le monde s'accordait à dire que les maternités présentaient toutes garanties de soins et d'hygiène, tant pour la mère que pour l'enfant » ; « c'était près, plus sûr et le logement était trop petit ».

Tout n'est pas rose cependant à l'intérieur de l'hôpital. Les femmes y sont totalement soumises au personnel médical, qui garde encore à leur égard la méfiance qui était de rigueur envers la clientèle pauvre des anciens hospices. Dès l'entrée, c'est l'anonymat ; elles sont systématiquement déshabillées, lavées et rasées, par crainte de la vermine et des poux : « les gens sont sales », dit le personnel hospitalier. Toutes sont habillées du

même linge, marqué des initiales de l'Assistance publique « A.P. » (même le pain, se souvient une vieille dame, était marqué !). L'accouchement se déroule souvent dans une totale solitude, car tous les étrangers au service (mères, amies, maris) sont systématiquement refoulés au nom des règles de l'hygiène. La femme reste seule avec son angoisse et sa douleur. Les cris, voire le « hurlement continu », sont toujours mentionnés : ils disent la souffrance, mais ils atténuent aussi l'angoisse. Les souffrances sont en général acceptées avec résignation, car l'accouchement reste vécu comme une épreuve initiatique qu'il faut surmonter pour être vraiment mère : « la femme attendait la naissance, elle attendait la souffrance » ; d'autres soulignent fièrement qu'elles ont « tenu le coup », qu'il faut « mériter » son bébé et que le souvenir des douleurs s'estompe une fois qu'il est né. Les cris sont donc nécessaires et encouragés par le personnel : c'est la seule liberté qui soit laissée aux parturientes. Ces cris, souvent répétés

et sauvages, donnent aux maternités de cette époque une atmosphère bien effrayante pour celles qui y accouchent pour la première fois.

Après la naissance, la vie collective est marquée par des règles très strictes qui s'apparentent à celles d'un couvent : repas très tôt et visites rares (une heure par jour, trois personnes au maximum) ; les familles sont des intruses qui gênent le fonctionnement de l'établissement. Il est impossible de s'isoler : les salles communes ont dix à quarante lits, ce qui rend difficile le repos total et accentue la solitude de celles qui n'ont ni visites ni cadeaux ; en revanche, cela peut aussi faciliter les bavardages et partages de friandises et reconstituer un peu du « caquetage » chaleureux d'autrefois. Soulignons aussi que, pour certaines femmes de milieux modestes, habituées à travailler dur, le séjour à la maternité a pu être vécu comme une parenthèse confortable et reposante, pouvant même ressembler à des vacances (fort rares à l'époque) ! 

Bluets. Dans un article publié à cette époque dans *La Gazette médicale de France*, Lamaze insiste sur l'efficacité de sa méthode : « *La Maternité du métallurgiste est une maternité où on ne crie plus. On n'y crie plus parce que l'on n'y souffre plus.* » Malgré ses succès évidents, l'expérience a ses détracteurs : médecins conservateurs opposés à la pratique de Lamaze, compagnon de route du PCF et travaillant dans un établissement géré par les syndicats CGT de la métallurgie de la Seine ; médecins et milieux traditionalistes attachés à la lettre de la malédiction biblique ; gestionnaires trouvant la nouvelle méthode trop coûteuse en personnel, en locaux et en moyens. Pourtant, dès 1953, les partisans de l'accouchement sans douleur commencent à faire école. Propagée par des tournées de conférences, vigoureusement soutenue par l'Union des femmes françaises (proche du Parti communiste), la méthode se répand dans toute la France de 1953 à 1956. À cette date, les femmes obtiennent de la Sécurité sociale, le remboursement des six séances de préparation, qui passent à huit dans les années soixante. En 1956, Pie XII donne son approbation à la méthode, ce qui lève définitivement les réticences des milieux catholiques. En 1974, avec l'ouverture d'un Centre de planification et d'éducation familiale, la polyclinique des Bluets se trouva à la tête

d'un nouveau combat pour la santé des femmes, celui de la contraception et de l'avortement (la loi Veil est votée en 1975). Au cours des années soixante/quatre-vingt se produisent d'autres transformations fondamentales des pratiques de naissance (échographie, monitoring, péridurale) qui font oublier la « révolution » de l'accouchement sans douleur, qui avait pourtant donné aux femmes une maîtrise certaine sur leur corps pendant l'accouchement.

### Conclusion


L'évolution qui a conduit les femmes à quitter leurs foyers pour venir accoucher en milieu médicalisé a duré plusieurs siècles et a eu des causes très variées : l'intérêt nouveau des médecins pour l'obstétrique et leur entrée en force dans les chambres d'accouchées ; la volonté des femmes de ne plus mourir en couches et de ne plus souffrir ; les mutations des théories médicales après Pasteur et la transformation des hôpitaux en établissements de haute technicité ; la médicalisation de la société et, particulièrement, de la naissance et de la petite enfance. Si les femmes n'ont pas toujours été à l'origine de ces changements, elles n'ont pas été les victimes de cette évolution : les plus conscientes ont souhaité ces mutations qui signifiaient, pour elles



## Naître en France

et leurs bébés, davantage de sécurité, moins de souffrances et de mutilations.

Mais le lieu où la femme accouche et où naît son enfant est bien plus qu'un simple espace de soins. Il participe à la symbolique et au mystère qui sont au cœur de toute naissance humaine. Il conditionne un certain nombre de gestes, d'attitudes et différentes formes de sociabilité. Autrefois, près de la cheminée familiale, l'accouchée était accompagnée et rassurée dans son travail et ses douleurs par les femmes de sa communauté ; cette aide à la fois charnelle et morale était capitale, elle permettait de surmonter l'angoisse de mort qui entoure inévitablement chaque venue au

monde. Sans vouloir être nostalgique du bon vieux temps, force est de constater que la chaleur amicale et sécurisante des anciens accouchements à la maison s'est perdue avec le passage à l'hôpital : le lieu anonyme et aseptisé, le face-à-face distant avec un personnel inconnu et interchangeable, l'interventionnisme médical de plus en plus pesant sont peu faits pour rassurer, même si la prise en charge de la douleur y est efficace et le danger de mort presque totalement écarté. Il faut souhaiter que la richesse affective des accouchements d'autrefois puisse réapparaître aujourd'hui sous d'autres formes qui restent à expérimenter. 

# Naître en France : le point de vue démographique

**Didier Breton**

CRESS – université  
Marc Bloch  
Strasbourg 2,  
chercheur associé à  
l'Ined, unité Famille,  
fécondité, sexualité

**E**n 2006, 831 000 enfants sont nés vivants en France dont 797 000 en France métropolitaine (96 % des naissances). L'accroissement frôle les 3 % (2,9 %) par rapport à 2005 [82]. Cette cohorte de naissances dépasse en effectif celles de l'année 2000 et du milieu des années quatre-vingt, mais reste inférieure aux 900 000 naissances enregistrées au début de la décennie soixante-dix, au milieu des années soixante ou encore dans les périodes d'après Seconde Guerre mondiale. On constate des spécificités départementales de la natalité et de la fécondité qui obéissent à une logique territoriale.

La France est actuellement le pays européen qui enregistre le plus grand nombre de naissances. Chaque année, il y naît plus de 100 000 enfants de plus qu'en Allemagne, dont la population est pourtant supérieure à celle de la France de quelque 20 millions d'habitants. En 2004, dans l'Europe des 25, plus d'une naissance sur six (16,9 %) a une mère domiciliée en France, alors que celle-ci ne regroupe que 13,2 % de la population de cette zone [86]. Le nombre élevé de naissances dépend en partie de l'effectif important de la population, mais aussi de sa structure ; même en contrôlant l'effet de l'effectif de la population, la natalité française est une des plus fortes d'Europe, identique à celle de la Norvège (taux brut de natalité respectivement de 12,7‰ et 12,4‰), mais elle est encore inférieure à celle de l'Irlande et de l'Islande (respectivement 14,5 ‰ et 15,2‰).

En outre, le nombre de naissances en France dépasse nettement celui des décès, entraînant un accroissement naturel élevé (+247 000 en 2005) qui demeure le principal moteur de l'accroissement de la population nationale, ce qui n'est pas le cas dans nombre de pays européens (Allemagne, Espagne, Italie, etc.), lesquels auraient une population stable voire décroissante sans les flux migratoires.

### Natalité et fécondité : attention à la confusion

L'effectif de naissances domiciliées dans un département<sup>1</sup> dépend fortement de la taille et de la structure de sa population, mais aussi de son comportement fécond. La relation entre la natalité (nombre annuel de naissances pour 1 000 habitants) et la fécondité (nombre moyen d'enfants eus par une femme durant sa vie féconde) des départements n'est pas parfaite<sup>2</sup>. La confrontation des cartes figure 1 et 2 illustre bien ce phénomène. Des départements tels que l'Orne, la Manche, les Deux-Sèvres, les Côtes-d'Armor ou le Morbihan ont une fécondité du moment relativement forte — ils appartiennent aux 25 % des départements les plus féconds —, mais une natalité relativement faible. Autrement dit, les femmes de ces départements, si elles adoptaient tout au long de leur vie le comportement fécond de l'année 2004, auraient en moyenne plus de 2 enfants, mais actuellement il naît relativement peu d'enfants dans ces départements compte tenu de la taille de leur population et en particulier du nombre de femmes en âge de procréer. C'est l'inverse pour des départements urbains tels que Paris, l'Ille-et-Vilaine, les Bouches-du-Rhône, la Marne, mais aussi dans une moindre mesure dans le Rhône, la Haute-Garonne, le Nord ou le Bas-Rhin.

### La fécondité en France aujourd'hui

L'évolution récente de la fécondité française est avant tout marquée par l'élévation de l'âge moyen à la maternité, presque totalement expliquée par le report de l'âge à la première naissance. L'âge moyen à la maternité

1. Une naissance peut être enregistrée et/ou domiciliée dans un département donné

2. Le coefficient de corrélation  $r^2$  entre le taux brut de natalité et l'Indice conjoncturel de fécondité vaut 0,33 en 2003 pour les départements métropolitains.