



HAL
open science

L'appel à la sage-femme. La construction d'un agent de santé publique (France, XIXe siècle)

Nathalie Sage Pranchere

► **To cite this version:**

Nathalie Sage Pranchere. L'appel à la sage-femme. La construction d'un agent de santé publique (France, XIXe siècle). Annales de démographie historique, 2014. hal-02367121

HAL Id: hal-02367121

<https://hal.science/hal-02367121>

Submitted on 17 Nov 2019

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

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

L'APPEL À LA SAGE-FEMME. LA CONSTRUCTION D'UN AGENT DE SANTÉ PUBLIQUE (FRANCE, XIX^e SIÈCLE)

Par Nathalie SAGE PRANCHÈRE

« Car il en faut... » écrit, au sujet des sages-femmes, l'administrateur départemental Chalmy du Haut-Rhin, en septembre 1790¹. Cette formule lapidaire, immédiatement complétée d'une exigence scientifique (« mais il faut qu'elles soient instruites »), définit très précocement le choix, amorcé sous l'Ancien Régime (Gélis, 1988) et confirmé par les autorités politico-administratives de la Révolution et du Consulat, de confier à des sages-femmes formées et diplômées l'encadrement obstétrical de la population. Ce choix se fonde sur une triple certitude scientifique, morale et pratique : celle de la pleine légitimité de l'accompagnement féminin de la naissance, « dont l'utilité ne peut être révoquée en doute » (Fourcroy, 1803, 535). Il définit l'espace d'intervention de la sage-femme : l'accouchement physiologique ; reconnaît et institutionnalise la préférence des parturientes pour une auxiliaire féminine de la naissance et définit durablement l'accouchement comme un acte pleinement médical mais faiblement rémunéré et exercé par des femmes issues de milieux plutôt modestes (Faure, 2005 ; Sage Pranchère, 2007 et 2011).

Ceci posé, la confirmation de ce choix se manifeste par la mise en œuvre, tout au long du XIX^e siècle, d'une politique active de formation des accoucheuses, efficacement relayée par les autorités

départementales (préfets et conseils généraux) (Beuvalet-Boutouyrie, 1999 ; Sage Pranchère, 2007 et 2011). L'impulsion gouvernementale donnée à cette politique, l'implication financière des collectivités locales (départements et communes), la surveillance constante exercée par les autorités publiques (nationales et locales) sur les établissements de formation puis sur les praticiennes qui en sortent, constituent une étape essentielle de la professionnalisation et d'une forme de « fonctionnarisation » des sages-femmes. L'identité professionnelle de la sage-femme se constitue en lien direct avec ce contrôle étroit de l'autorité publique. Pendant toute la première moitié du siècle, la formation des accoucheuses est placée sous la tutelle du ministère de l'Intérieur et non de l'Université. De la même façon, passée cette date, les modalités d'organisation de l'enseignement, de recrutement des élèves et de financement des écoles maintiennent, jusqu'aux décrets de réforme de 1893, un primat du pouvoir déconcentré de l'État sur l'instruction des sages-femmes. De la nomination par arrêté comme élève sage-femme à l'installation dans une commune désignée par le préfet, l'accoucheuse est donc l'objet, plus encore que les médecins ou les officiers de santé, de contraintes et d'attentes propres au modèle français de stricte réglementation

des professions libérales de santé (Ramsey, 1984, 230-231).

Première profession féminine en France dotée d'un diplôme, les sages-femmes représentent, au XIX^e siècle, une part essentielle du corps médical français. Elles sont, à la différence des religieuses soignantes (Léonard, 1977) ou des infirmières (Leroux-Hugon, 1992), l'unique branche féminine de ce corps à disposer d'une reconnaissance officielle et à exercer un art médical spécifique : celui des accouchements (Léonard, 1977, 887). Cette situation d'exception, qui perdure jusqu'à l'apparition des femmes docteurs en médecine dans les années 1870, place les sages-femmes sous le regard attentif de l'administration et de la justice, toujours inquiètes de possibles solidarités criminelles entre praticiennes et futures mères. Fer de lance d'une naissance sûre, les accoucheuses sont donc prises entre leurs obligations légales et morales de protection de l'enfant né ou à naître et le fréquent refus de l'enfant (avortement, infanticide, abandon) auquel elles sont suspectées de prêter la main.

Formées en masse (près de 70 000 sages-femmes diplômées au cours du siècle), elles remplissent leur rôle d'enracinement et d'élargissement de la médicalisation de la naissance, du *post-partum* et de la petite enfance, et mettent progressivement en place le suivi des grossesses et, plus largement, celui de la santé féminine. Bénéficiaires d'un enseignement au croisement de l'obstétrique, de la chirurgie et de la pharmacie, les sages-femmes assument plus qu'un rôle d'encadrement obstétrical de la population et se font, en véritables « institutrice[s] du système de santé » (Faure, 2005, 157), l'instrument d'une politique plus vaste de

surveillance et de prophylaxie sanitaire et sociale. Plus qu'une présentation du cadre réglementaire et de l'exercice professionnel des accoucheuses, cette étude vise donc à explorer les formes du service public qu'attendent d'elles l'État et la population au cours du XIX^e siècle.

I. LA SAGE-FEMME COMME MEMBRE DU CORPS MÉDICAL

L'obligation de formation

La nécessité de disposer de sages-femmes formées et diplômées est exprimée de façon de plus en plus aiguë pendant les années qui séparent la rédaction des cahiers de doléances de l'aboutissement législatif que constitue, sous le Consulat, la loi du 19 ventôse an XI. Les expériences pédagogiques qui se sont multipliées pendant les trente années précédant la Révolution ont rétrospectivement convaincu de l'urgence d'uniformiser et de systématiser les pratiques d'enseignement et d'examen. Partout en France, les nouvelles administrations départementales manifestent, dès 1790, leur souhait de voir l'Assemblée nationale légiférer au plus vite sur ces questions et, plus largement, sur la réforme de la médecine (Sage Pranchère, 2011, 65-97). Le devenir professionnel des sages-femmes est dès lors indissolublement lié au travail plus large des députés sur l'exercice des professions médicales (Brockliss, 1989)² et, donc, à la définition progressive d'exigences juridiques et réglementaires propres au milieu médical et de portée nationale.

La complexité et la sclérose des institutions d'enseignement médical sous l'Ancien Régime, le fonctionnement dispersé des cours d'accouchement provinciaux

constituent, aux yeux des législateurs de l'an XI, un repoussoir. Dans son exposé des motifs, véritable réquisitoire contre la politique médicale menée à partir de 1792, Fourcroy présente l'«état actuel» de la santé publique en dénonçant «l'empirisme le plus dangereux, le charlatanisme le plus éhonté» et en déclarant que, balayant les premiers efforts de l'Ancien Régime, «les pratiques les plus meurtrières ont pris la place de l'art des accouchements» (Fourcroy, 1803, 529). Jard-Panvillier, rapporteur du projet de loi, se montre plus nuancé mais insiste sur les insuffisances des tentatives de formation : «Il y a déjà longtemps que le mal à cet égard était parvenu à un tel point qu'il avait fixé l'attention de l'ancien Gouvernement, qui avait envoyé des sages-femmes instruites dans quelques provinces pour y former des élèves. Depuis ce temps, on a vu des chirurgiens instruits qui, de leur propre mouvement, par zèle pour les progrès de l'art et pour le bien de l'humanité, ou sur l'invitation de quelques préfets, ont ouvert des cours gratuits d'accouchements; mais ces moyens isolés et, pour ainsi dire, momentanés, en éclairant quelques individus, n'ont point dissipé l'ignorance presque générale des sages-femmes dans les campagnes [...]» (Jard-Panvillier, 1803, 566).

Deux principes essentiels ont toutefois émergé fermement au cours de la décennie précédente : la nécessité de la formation et la nécessité de l'examen pour être autorisée à exercer. Avant même que ne soit voté un texte général interdisant de pratiquer l'art des accouchements sans diplôme, les administrations départementales de la Côte-d'Or³, des Côtes-du-Nord⁴, du Bas-Rhin⁵ ou du Rhône⁶ ont fait défense explicite aux femmes qui n'ont pas suivi de cours, ni

passé d'examen, de poursuivre leur activité d'accoucheuse. En l'an VII, le directeur administratif d'Ille-et-Vilaine affirme : «Il viendra même un temps où les sages-femmes ne pourront être admises à exercer cette profession intéressante, sans avoir suivi les cours, et sans constater, par un examen, qu'elles y ont puisé les connaissances nécessaires»⁷.

Le temps de reconnaître le caractère indispensable de l'examen est venu très tôt puisqu'en septembre 1791, Talleyrand déclare : «La nécessité de ces examens doit être rigoureusement maintenue [...]. Il faut donc donner une caution publique à la profession de cet état. [...] on ne demandera point de certificats, on exigera des preuves; on pourra n'avoir fréquenté aucune école et être reçu médecin; on pourra les avoir parcourues toutes, et ne pas être admis» (*Archives parlementaires*, 1884, 458). Si elle est absente de l'argumentation de Talleyrand, l'obligation, pour subir l'examen, d'avoir auparavant suivi une formation apparaît dans le projet strictement contemporain du docteur Guillotin. Jusqu'en 1803, tout le travail du corps législatif tend donc à construire le monopole étatique sur ces deux étapes de la fabrication du personnel médical. Parallèlement, et cela vient encore renforcer le caractère fondateur de l'instruction et de son contrôle dans l'accès à la profession, les sages-femmes sont la première profession médicale intégralement exemptée de la patente par la loi du 1^{er} brumaire an VII (Block, 1857, 1267).

Aboutissement de ce travail, la loi du 19 ventôse an XI et l'arrêté du 20 prairial an XI fixent durablement les principes d'accès à la profession de sage-femme⁸. Ces textes retiennent prioritairement le système du cours théorique reçu au sein d'un hospice et complété d'une formation clinique, tel qu'il s'inspire du modèle de

l'Office des Accouchées de l'Hôtel-Dieu réformé en l'an X pour créer l'école de sages-femmes de l'Hospice de la Maternité de Paris (Beauvalet-Boutouyrie, 1999, 66-70). L'article 31 de la loi de ventôse impose ainsi le suivi obligatoire de deux cours théoriques et pratiques pendant une durée minimale de six ou neuf mois⁹ mais maintient la possibilité d'une formation non scolaire, sous la direction d'un professeur dont les qualités ne sont pas précisées. Dans les faits, cette possibilité est systématiquement rejetée par l'administration et seule l'instruction dans un cadre public et organisé ouvre droit à l'examen et à l'obtention du diplôme.

Les deux arrêtés de l'an XI définissent ensuite les modalités de la réception des sages-femmes, comme corps unique dans la loi du 19 ventôse, puis en deux classes au ressort d'exercice hiérarchisé (national et départemental) dans l'arrêté du 20 prairial. Les élèves subissent à l'issue de leur formation un ou deux examens devant un jury distinct en fonction de la classe. Les aspirantes à la 1^{ère} classe passent deux examens (article 43 de l'arrêté du 20 prairial) devant un jury composé de professeurs de faculté de médecine, tandis que celles à la 2^e classe sont soumises « à un examen dans lequel elles répondront aux questions qui leur seront faites et exécuteront sur le fantôme les opérations les plus simples des accouchements » (article 42) devant un jury départemental présidé par un professeur de faculté ou d'école de médecine mais composé de médecins locaux¹⁰. Le tarif de réception diffère selon la classe : gratuit puis fixé à 25 francs, à partir de 1854, pour les sages-femmes de 2^e classe ; fixé à 120 puis 130 francs (1854) pour les sages-femmes de 1^{ère} classe (à l'exception des élèves de l'Hospice de la Maternité de

Paris qui échangent gratuitement leur certificat de capacité de l'école contre le diplôme officiel). L'homogénéité nationale des principes d'organisation des examens est encore renforcée, après 1854, par la suppression des jurys départementaux de réception et leur remplacement par le passage devant les jurys des écoles ou des facultés de médecine. En recevant son diplôme, la sage-femme obtient de l'État, à l'instar des autres professions médicales, le monopole d'exercice (Nye, 2006). Le fait d'avoir témoigné de sa capacité en satisfaisant aux examens imposés par la loi suffit à créer ce monopole, exceptionnel car contraire au principe de libre accès à l'ensemble des métiers, mais qui fait de la médecine « un service public exercé par le secteur privé » (Ramsey, 2001, 38).

Ce dispositif souffre néanmoins, pendant la première moitié du siècle, de l'irrégularité des réunions des jurys départementaux. Par la suite, la distance parfois importante entre établissement de formation et centre d'examen et les frais qu'elle engendre peuvent faire obstacle à la réception. Les élèves sages-femmes exercent alors en vertu de titres provisoires reçus à la suite d'examens de fin de scolarité, cette situation pouvant perdurer pendant plusieurs années comme le montre l'exemple de Thérèse Mazart, sage-femme formée au cours d'accouchement de Rodez, qui est poursuivie en 1859, au bout de quatorze ans d'activité, pour n'avoir pas subi l'examen permettant l'échange de son certificat de capacité contre un diplôme en bonne et due forme¹¹.

Connaître ses devoirs

Or, la connaissance des obligations légales inhérentes à la profession constitue une étape obligée du cursus au sein

d'un cours d'accouchement. À l'issue de la réforme, qui fusionne les deux classes de sages-femmes en 1916 et aligne la formation sur le niveau de la première classe, l'arrêté du 11 janvier 1917 soumet d'ailleurs officiellement les élèves sages-femmes à une interrogation sur ces obligations dans le cadre de leur second examen (Tercinet, 1924, 2).

Les textes qui encadrent l'exercice professionnel de la sage-femme ne constituent néanmoins jamais un corpus spécifique. Tout comme pour les médecins, ils sont puisés aux sources de référence que sont le Code civil (1804) et le Code pénal (1808) et complétés des productions législatives propres à l'exercice de la médecine, soit les lois du 19 ventôse an XI et du 30 novembre 1892. La présentation des obligations légales des sages-femmes nécessite donc de rassembler des éléments dispersés, sans qu'un ordre récurrent ne s'impose dans les différentes publications à disposition de la profession.

Le temps d'enseignement est donc l'occasion, pour le professeur d'accouchement ou la maîtresse sage-femme qui forment les élèves, d'exposer les devoirs et les limites de cette profession, de la présenter devant un jury pour obtenir son diplôme, aux déclarations devant l'état civil, en passant par la responsabilité civile et pénale des sages-femmes. Ces présentations trouvent parfois place dans les discours inauguraux de scolarité ou dans ceux de remise des prix mais elles sont surtout développées et commentées, au fil des leçons, par les différents intervenants du cours d'accouchement. Il ne nous est malheureusement parvenu que très peu d'exemplaires de cahiers d'élèves mais il est probable que les cours théoriques, comme les cours cliniques, étaient l'occasion d'expliquer aux élèves les

recours acceptables de leur art et de les mettre en garde contre l'outrepassement de leurs compétences.

La plupart des écoles prévoient en outre, dans l'emploi du temps, des leçons de morale ou d'éducation religieuse (Sage Pranchère, 2007, 436). En 1847, l'abbé Monnier publie ainsi une version synthétique des instructions religieuses qu'il délivre aux élèves sages-femmes de Mâcon. Ce *Guide de la sage-femme chrétienne* n'a pour ambition apparente que de traiter des devoirs de la sage-femme « sous le triple point de vue moral, social et religieux ». Les leçons huitième et neuvième respectivement intitulées « Des circonstances où la sage-femme est exposée à commettre des fautes très graves » et « De la discrétion nécessaire à la sage-femme » sont toutefois l'occasion de mettre en garde les élèves contre de possibles transgressions de la loi : mise en danger de la vie de la mère ou de l'enfant, pratiques abortives, exercice illégal de la médecine ou non respect du secret médical. Ses considérations sont complétées d'une notice très précise consacrée à la « législation civile dont la connaissance est nécessaire ou utile à la sage-femme ».

Réédité en 1863, le *Guide* de l'abbé Monnier est loin d'être le seul exemple de memento juridique à l'usage des accoucheuses. Les manuels d'obstétrique, qui sont en général les seuls ouvrages que les élèves conservent à l'issue de leur scolarité, y accordent de vrais développements en tête du propos. Les docteurs Maunoury et Salmon de Chartres rappellent les devoirs de la sage-femme dans l'introduction des trois éditions de leur *Manuel de l'art des accouchements*. En 1853, le docteur Jacquemier fait précéder la première traduction française du *Manuel d'accouchement à l'usage des*

élèves sages-femmes de Franz-Carl Naegele de quatre chapitres consacrés aux «devoirs particuliers de la sage-femme», «études et réception des sages-femmes», «dispositions législatives diverses applicables aux médecins, chirurgiens, pharmaciens et sages-femmes», et «tarif légal des médecins, chirurgiens et sages-femmes».

À cette littérature pédagogique, il faut ajouter tout l'ensemble des publications spécifiquement destinées à rassembler la réglementation et son interprétation, sans préjuger de l'accès parfois difficile qu'y ont les sages-femmes. Le droit médical se constitue progressivement, tandis que la médecine légale acquiert ses lettres de noblesse au tournant du XIX^e siècle (*Traité de médecine légale* de François-Emmanuel Fodéré, 1798, réédité en 1813-1816). Les ouvrages susceptibles de guider le personnel médical dans son exercice quotidien se multiplient alors dès le milieu du siècle : citons ainsi le *Code médical ou Recueil des lois, décrets et règlements sur l'étude, l'enseignement et l'exercice de la médecine civile et militaire en France* en 1853 ou, à la fin du siècle, le *Droit médical ou Code des médecins* d'Alfred Léchapié et Charles Floquet qui s'adresse à toutes les professions médicales.

Les sages-femmes bénéficient d'entreprises spécifiques comme le *Guide des aspirantes à la profession de sage-femme (1^{ère} et 2^e classes)* de François Lambert des Cilleuls, paru en 1889 ou, plus tardivement, *Le Code de la sage-femme, résumé complet de législation et de jurisprudence à l'usage des sages-femmes et des élèves sages-femmes*, compilé en 1924 par Édouard Tercinet, avocat au barreau de Paris et ami proche du professeur de l'école d'accouchement de Chambéry. Plus modeste et plus accessible aux praticiennes, celles de la

capitale du moins, l'*Annuaire des sages-femmes de Paris*, publié en 1876 sous la direction du docteur Eugène Verrier, consacre ses quarante premières pages à rappeler les «décrets et règlements à l'usage des sages-femmes» (Verrier, 1876), ce même chapitre étant reproduit en tête de l'édition de 1877.

La soumission à la législation est à la base de l'exercice professionnel et, indépendamment même de l'axiome «nul n'est censé ignorer la loi» qui invalide devant le juge le recours à l'argument d'ignorance, la méconnaissance ou l'oubli des préconisations législatives ne sont en effet jamais évoqués par les sages-femmes prises en faute dans leurs courriers de justification ou de défense à l'administration (cas d'absence d'enregistrement du diplôme ou d'exercice avec un certificat provisoire) ou dans les interrogatoires d'instruction (exercice illégal de la médecine, complicité d'exposition d'enfant, homicide involontaire).

La responsabilité du savoir

C'est qu'au-delà d'un code informulé de la sage-femme, les conditions d'élaboration d'une figure positive de l'accoucheuse instruite, après un demi-siècle de «procès des sages-femmes» (Laget, 1982, 202, 206-207), imposent aux praticiennes une conscience particulièrement aiguë des devoirs de leur profession. La séparation nette entre matrone et sage-femme a été fondée, par la loi et par les discours médico-administratifs, sur la différence de savoir et de moralité au bénéfice de la seconde. Les attentes populationnistes reposent donc sur les épaules de cette praticienne diplômée, que les autorités publiques souhaitent parée de toutes les vertus physiques et morales et dont la réglementation a défini avec originalité le champ d'exercice. Ces

exigences se manifestent d'ailleurs par une réelle sensibilité judiciaire à la préservation du monopole professionnel des sages-femmes et la récurrence, jusque dans les années 1860, de poursuites pour exercice illégal de l'art des accouchements (Sage Pranchère, 2012).

À la différence de l'officier de santé qui se différencie clairement du médecin par l'ampleur de son savoir et les thérapies auxquelles il peut recourir (Rabier, 2010, 150-152), la sage-femme de 2^e classe n'est pas limitée dans ses compétences par rapport à sa collègue de 1^{ère} classe. Elles partagent un même domaine de spécialité, les accouchements « naturels » et les soins du *post-partum* et la même interdiction du recours aux instruments en l'absence du médecin dans les cas d'accouchements laborieux (loi du 19 ventôse an XI, article 33). La loi ne prévoit toutefois aucune peine propre aux sages-femmes en cas d'infraction à cet interdit, renvoyant par défaut au cadre général de l'exercice illégal de la médecine. Ce silence législatif s'explique par la tolérance tacite du recours au forceps par les sages-femmes jusqu'au début du XIX^e siècle. Les futures accoucheuses sont en effet, à quelques exceptions près, les seules membres du personnel médical à apprendre et, donc, à savoir correctement appliquer l'instrument jusqu'aux années 1860. C'est la raison pour laquelle seules des conséquences funestes de cette pratique sont susceptibles d'entraîner des poursuites (Léchopié, Floquet, 1890, 70). Or, dans les faits, les cas de renvoi devant les tribunaux pour ce motif sont exceptionnels. Parmi les rares exemples, le journal *La Sage-Femme* publie, en 1898, le témoignage d'une Mme C., sage-femme de 1^{ère} classe, condamnée en 1895 pour

exercice illégal de la chirurgie à 50 francs d'amende¹². Le médecin enquêteur conclut toutefois au bien-fondé de la démarche de Mme C. et elle bénéficie de la loi Bérenger du 26 mars 1891 qui sursoit à l'exécution de la peine (Sanchez, 2005).

Le périmètre de compétence de la sage-femme et sa capacité à s'en affranchir posent la question d'une éventuelle distinction entre pratique habituelle condamnable et urgence avérée. Or, l'habitude n'est pas constitutive du délit d'exercice illégal de la médecine. Avant la loi du 30 novembre 1892, les sages-femmes bénéficient toutefois de la marge de manœuvre correspondant aux cas d'urgence avérée (Léchopié, Floquet, 1890, 70). À partir de cette date en revanche, l'article 16 de la loi (« exerce illégalement la médecine [...] toute sage-femme qui sort des limites fixées pour l'exercice de sa profession par l'article 4 de la présente loi ») supprime toute tolérance.

La définition législative de l'exercice professionnel a pour corollaire celle de la responsabilité civile et pénale de la sage-femme. Comme tout le reste du personnel médical, la sage-femme doit répondre de toute action ayant nui à une de ses patientes ou à son enfant, qu'il s'agisse d'un homicide involontaire ou de blessures involontaires (articles 319 et 320 du Code pénal). C'est d'ailleurs à ce titre que Mme C., citée plus haut, est tout d'abord poursuivie car la patiente qu'elle a soignée est décédée d'hémorragie du *post-partum*.

L'autre devoir essentiel du corps médical et, partant, de la sage-femme est l'obligation de conserver le secret sur tout ce qu'elle est susceptible d'apprendre dans l'exercice de ses fonctions (article 378 du Code pénal). Fondement de la

relation de soin, le secret est défini par tous les auteurs comme le garant de la confiance entre l'accoucheuse et sa patiente. La discrétion est exigée des sages-femmes comme une vertu cardinale (Monnier, 1847, 8), et cette qualité personnelle forme le terreau où doit puiser le respect du secret professionnel, secret que la praticienne doit garder aux dépens même de ses intérêts si la parturiente l'exige (Tercinet, 1924, 40). Révéler une information obtenue de la patiente ou dans l'exercice de la profession fait encourir à la sage-femme de un à six mois de prison assortis d'une amende de 100 à 500 francs. En théorie, cet empêchement concerne aussi les témoignages devant la justice, la sage-femme pouvant prêter serment de dire la vérité sous réserve de ce que le secret professionnel lui interdit de dévoiler. Mais l'intangibilité du secret professionnel ne semble pas susciter chez les sages-femmes les mêmes défenses que chez les médecins (Guillaume, 1996, 26-27), probablement par manque d'organisation collective d'une part et, plus sûrement, par dépendance accrue vis-à-vis des autorités publiques d'autre part. Dans les faits, les accoucheuses semblent fournir à la justice sans difficulté particulière les informations qu'elle réclame, dans la mesure où elles sont susceptibles de comparaître comme témoin autant que comme expert. En 1852, une femme est jugée pour infanticide devant la cour d'assises du Puy-de-Dôme, il semble qu'elle ait fait disparaître plusieurs enfants avant d'être poursuivie à cette date. Appelée à témoigner, la dame Bellonnet, sage-femme à Clermont-Ferrand, remet à la cour son registre de pensionnaires prouvant l'accouchement de l'accusée dans sa maison en 1845, déposition théoriquement contraire à son obligation de silence¹³.

La sollicitation comme expert de la sage-femme s'ajoutent donc aux obligations auxquelles elle est tenue de déférer. Elle s'inscrit dans une tradition remontant à l'Ancien Régime où les matrones jurées comptaient parmi leurs attributions l'examen des femmes soupçonnées de cacher leur grossesse, celui de la virginité ou la vérification des conditions requises pour le « congrès » conjugal (Gélis, 1988, 47-49). La Révolution maintient cette pratique, mais les appels aux sages-femmes portent désormais, et tout au long du XIX^e siècle, plutôt sur les soupçons d'avortement, d'infanticide ou, très exceptionnellement, sur les cas d'hermaphroditisme¹⁴. La réforme de l'enseignement de la médecine qui ouvre le siècle confirme la légitimité d'expertise du personnel médical. L'article 43 du Code d'instruction criminelle de 1808 fixe dans la loi le principe du recours aux experts : « Le procureur impérial se fera accompagner, au besoin, d'une ou de deux personnes présumées, par leur art ou leur profession, capables d'apprécier la nature et les circonstances du crime ou délit ».

Au cours du siècle, trois textes réglementent le tarif des honoraires dus aux médecins, chirurgiens et sages-femmes lorsque la justice requiert leurs interventions : le décret du 18 juin 1811, celui du 7 avril 1813 et enfin, l'ordonnance du 28 novembre 1838 (Briand, Chaudé, 1874, 57). Les honoraires varient en fonction du statut (médecin ou sage-femme) mais, surtout, de l'obligation de déplacement, de la distance et de la durée de l'expertise. L'article 18 de l'ordonnance de 1838 prévoit que les visites des sages-femmes seront payées 3 francs à Paris et 2 francs dans toute autre ville, soit deux fois moins qu'un médecin, et bien moins que le tarif d'un accouchement¹⁵. Le Code d'instruction criminelle exige

qu'un serment soit prêté par les experts, à chaque fois que leur compétence est requise (visite, témoignage devant le juge d'instruction ou la cour), à peine de nullité (Briand, Chaudé, 1874, 18-20). Enfin, l'expertise doit donner lieu à un rapport dont la forme est soigneusement définie. Eugène Verrier, en 1876, joint à son *Annuaire des sages-femmes de Paris* plusieurs modèles de certificats et un modèle de rapport qu'il décrit préalablement ainsi : « Rapports médico-légaux. – Ce sont des actes rédigés par un médecin ou une sage-femme, quelquefois le médecin et la sage-femme à la requête de l'autorité judiciaire, pour constater certains faits, les détailler avec soin et en déduire les conséquences. [...] Les rapports se composent de trois parties : le préambule, la description des faits et les conclusions » (Verrier, 1876, 17). S'il est difficile de mesurer la fréquence de l'appel aux sages-femmes par la justice, l'obligation potentielle de rédiger certificats et expertises est un argument fort et très répandu pour exiger un certain niveau d'instruction primaire chez les sages-femmes : « Il importe au plus haut degré que les sages-femmes soient au moins en état d'écrire convenablement une ordonnance, et même de rédiger, au besoin, les rapports et les renseignements qui pourraient leur être demandés par les tribunaux sur des questions d'avortement, d'infanticide, etc. »¹⁶.

II. PERSONNAGE PUBLIC : LA SAGE-FEMME AU SERVICE DE SA COMMUNAUTÉ

*L'ancrage territorial de la sage-femme :
l'obligation d'enregistrement*

Le contrôle étatique sur les professions médicales passe par la définition du

ressort d'exercice des praticiens (existence des classes) et le suivi géographique de leur implantation (enregistrement). Dans le cas des docteurs médecins et des officiers de santé, la dichotomie entre les deux ordres et l'obligation pour les seconds de borner leur exercice à un seul département permettent de compenser partiellement l'itinérance possible des docteurs en médecine par l'ancrage durable dans les limites départementales d'une catégorie de médecins. Cette distinction est reprise chez les sages-femmes, puisque le statut de sage-femme de 1^{ère} classe autorise l'installation sur n'importe quel point du territoire tandis que celui de 2^e classe restreint au département le ressort autorisé d'activité professionnelle. La frontière départementale constitue alors une double limite, personnelle et professionnelle, puisque l'accoucheuse ne peut fixer son domicile dans un département différent de celui où elle est enregistrée et qu'elle ne peut répondre à l'appel d'une patiente située hors de ce département, quand bien même la distance ne serait que de quelques kilomètres. Cet interdit perdure tout au long du siècle, même après qu'il ait été assoupli pour les officiers de santé, et ne disparaît officiellement qu'avec la loi du 5 août 1916 sur l'unification de la profession et pratiquement qu'avec les praticiennes de 2^e classe au cours des décennies suivantes. Ainsi, lorsqu'Aurélié Hariot, sage-femme de l'Aube, demande en 1893, au préfet de son département, l'autorisation d'exercer exceptionnellement dans les communes marnaises limitrophes de sa résidence, et malgré le soutien du maire de sa commune, elle se voit ainsi opposer l'impossibilité issue de la loi de ventôse an XI par le préfet de la Marne¹⁷.

L'appartenance à l'une ou l'autre classe et la possession du diplôme correspondant ne suffisent pas à justifier l'installation d'une sage-femme là où elle le souhaite. La loi du 19 ventôse an XI fixe, pour l'ensemble du personnel médical, l'obligation de l'enregistrement du diplôme. L'article 34 stipule que « les sages-femmes feront enregistrer leur diplôme au tribunal de première instance et à la sous-préfecture de l'arrondissement où elles s'établiront et où elles auront été reçues ». L'enregistrement au tribunal de première instance tombe toutefois en désuétude au cours du XIX^e siècle puisqu'il n'est plus en usage au début du XX^e siècle (Tercinet, 1924, 3-4). La sage-femme fraîchement diplômée doit, par ailleurs, faire viser son diplôme par la mairie de sa commune d'installation. En cas de changement de domicile au sein d'un même département, la praticienne fait viser de nouveau son titre par la mairie et, si elle a changé d'arrondissement, le fait enregistrer à la sous-préfecture. Les sages-femmes de première classe, autorisées à exercer dans tout le pays, ne sont pas dispensées de ces formalités. Pour ce qui est des accoucheuses de deuxième classe, elles sont soumises, en cas de déménagement dans un autre département, à un nouvel examen devant le jury départemental de médecine, avant 1854, ou devant celui de l'école de médecine du ressort correspondant après cette date, avant de faire enregistrer et viser leur nouveau diplôme auprès des autorités compétentes. Enfin, toute sage-femme interrompant son exercice professionnel pendant au moins deux ans doit se plier derechef aux prescriptions de l'enregistrement.

Cette procédure assez tatillonne vise à permettre l'établissement de listes de

personnel médical départemental, annuelles (an XI) puis quinquennales (1812). La publicité de ces listes est assurée par leur diffusion sous forme de brochures ou d'affiches dans toutes les communes du département. Elles deviennent, dès lors, le point de référence des autorités administratives et judiciaires et tout exercice de l'art des accouchements, en l'absence d'inscription sur ces listes, entraîne automatiquement des poursuites comme je l'ai évoqué plus haut. Il ne faut toutefois pas surestimer la rigueur de cette pratique. Les oublis de praticiennes ne sont pas rares et les informations sur les nouvelles installations ne sont pas toujours immédiatement transmises par les mairies. Notons, de plus, que ces dernières omettent parfois, lorsque cela ne met pas en péril le suivi des femmes enceintes de la commune, de signaler le décès des sages-femmes installées sur le territoire, certains noms continuant ainsi d'apparaître dans les listes dix ou quinze ans après la mort des intéressées.

Le devoir de soin : entre obligation morale et engagement envers les autorités locales

La publicité du personnel médical, grâce aux listes départementales, a pour conséquence très concrète l'accentuation des sollicitations sur les praticiens isolés. En milieu rural, les sages-femmes se retrouvent bien souvent les seules représentantes du corps médical à l'échelle d'une ou plusieurs communes. Se pose alors une question que les juristes réfutent systématiquement mais qui concentre pourtant les attentes des autorités et de la population : l'obligation de soins. Corollaire de la liberté de choix du patient, aucune loi n'impose à

un membre du personnel médical de se rendre auprès d'un malade (Léchopie, Floquet, 1890, 174). La seule restriction à la liberté professionnelle tient à un éventuel engagement de soins antérieur à la requête, « mais d'une manière générale, [la sage-femme] n'est pas tenue de se rendre à l'appel d'une accouchée de qui, par exemple, elle sait ne pas recevoir d'honoraires » (Tercinet, 1924, 25-26). L'idée d'une obligation de soins est cependant largement enracinée dans l'esprit du public et la possibilité de se soustraire à l'appel d'une patiente reste, tout au long du siècle, quasi inexistante pour les accoucheuses. Il faut attendre l'instauration de l'aide médicale gratuite, en 1893, pour que l'obligation de soin soit encadrée et ne pèse plus sans contrepartie exigible sur les praticiennes. L'idée d'un service public de soin dû par certains professionnels de santé est ancrée depuis le XVIII^e siècle et l'urgence du besoin fonde l'obligation de soin (Rabier, 2011, 102-105). Ce qui est vrai pour les chirurgiens parisiens d'Ancien Régime (blessures, noyades) l'est, de ce point de vue, pour les sages-femmes du XIX^e siècle (accouchements), à cette différence près que le « service public » découlant en grande partie, pour les premiers, de leur fonction d'expertise judiciaire semble davantage se justifier, pour les secondes, par la formation reçue et l'implication des autorités politiques dans le recrutement des futures accoucheuses. Il en découle que cette obligation, toute illégale qu'elle soit pour le personnel médical du XIX^e siècle, constitue pour les sages-femmes une contrainte matérielle souvent très lourde.

En 1856, une sage-femme de Villenauxe, la dame Jannel, adresse au préfet de l'Aube un courrier dans lequel elle lui

demande si elle est soumise à une obligation de déférer à toute sollicitation : « Aujourd'hui, Monsieur le Préfet, si je prends la liberté de vous écrire, c'est pour savoir si véritablement je suis forcée de me rendre partout où on m'appelle, aussi bien chez celui qui ne peut pas me payer que chez celui qui le peut mais qui ne le fait pas en me jetant à la face, vous êtes forcée de venir ou je vais chez le commissaire »¹⁸. Son récit décrit l'habitude qui s'est installée dans la commune de lui faire appel pour chaque accouchement de femme indigente. Après avoir accepté sans murmurer cette tâche pendant une vingtaine d'années, la sage-femme tente d'orienter à quelques reprises les demandes vers les trois médecins de la ville. Cette démarche lui vaut à chaque occasion la visite du commissaire de police, qui n'hésite à peser sur elle de toute son autorité : « Hier, 24 mars, c'était la foire, j'étais seule à ma boutique pour l'instant, une personne vient me chercher pour une fille indigente que j'ai déjà accouchée 8 fois, j'ai répondu que j'étais seule, qu'on passe chez les médecins. Ces messieurs étaient occupés ou indisposés, on revient une seconde fois, j'étais encore seule, je fis la même réponse et un quart d'heure après, M. le commissaire venait me signifier l'ordre de me rendre immédiatement près de cette femme ; mon mari rentrait, je partis après avoir entendu M. le commissaire me dire que j'étais forcée de me rendre où on m'appelait et que du reste il écrirait que j'avais refusé d'accoucher une malheureuse ». Quelques jours plus tard, saisie par la préfecture et le maire de Villenauxe pour statuer sur l'éventualité d'une indemnité à verser à cette sage-femme, la commission administrative du bureau de bienfaisance de la ville

décide qu'elle « ne saurait accorder à Mme Jannel, qui n'est pas dans le besoin, aucune indemnité pour raison des accouchements de femmes indigentes qu'elle a faits jusqu'à ce jour ». Tout au plus prévoit-elle qu'à l'avenir, la sage-femme pourra être indemnisée par le département, en l'absence du médecin cantonal, ou par le bureau de bienfaisance, voire par les médecins de la ville en leur absence¹⁹.

La certitude de ce commissaire d'être dans son bon droit, tout comme la facilité avec laquelle la commission administrative du bureau de bienfaisance rejette la demande de la dame Jannel sont révélatrices du statut semi-public de la sage-femme. L'implication locale et départementale dans le processus de formation de ces praticiennes, à travers l'octroi de bourses d'études, donne aux autorités le droit moral d'exiger d'elles un entier dévouement dans l'assistance aux indigentes. Cette dette contractée par les sages-femmes au moment de leur formation envers les administrations se manifeste sous la forme d'un engagement généralement décennal d'exercice dans le département ou la commune. Le règlement de l'Hospice de la Maternité de Paris en porte trace dès 1807 : « Art. 3. Les sages-femmes qui auront été instruites à la Maternité aux frais de leur département et qui auront souscrit l'engagement de se fixer dans les communes qui leur auront été désignées par les préfets, seront tenues de s'établir dans ces mêmes communes. Dans le cas où elles n'auraient contracté aucune obligation à cet égard, les préfets les inviteront à aller habiter de préférence les communes où le besoin de bonnes accoucheuses se fera le plus sentir. Celles dont les frais d'instruction ont été supportés par une commune devront y fixer leur résidence.

Celles nommées par les Commissions administratives devront, de droit, être attachées à l'hospice d'où elles auront été tirées, s'il s'y fait des accouchements et que leur présence y soit nécessaire ».

Pour rendre effectif cet engagement, les départements choisissent de privilégier la formation de sages-femmes de deuxième classe et impose, théoriquement du moins, un remboursement des frais de scolarité en cas de non respect de la parole donnée (Sage Pranchère, 2011, 392-393). Ce remboursement est rarement à portée des praticiennes, mais cela ne les dispense pas de recevoir l'autorisation officielle d'être déliée de leur engagement par la préfecture ou la commune concernée. En 1834, Marie Ollivier fait auprès du ministère de la guerre une demande de passage à Bône en Algérie. Or, la préfecture de l'Ardèche signale au ministère que cette sage-femme a signé au début de ses études un engagement décennal qui n'est pas parvenu à expiration. L'autorisation de passage lui est donc refusée²⁰. L'ambivalence de ce lien entre administration et sage-femme se manifeste dans le choix de rémunérer ou non cette dernière lors de sa prise de fonctions. L'exemple ci-dessus de la dame Jannel place la sage-femme en position d'éternelle débitrice de l'investissement fait dans sa formation. À l'inverse, certains départements de l'est du pays s'inscrivent dans la longue tradition, très développée outre-Rhin, de l'embauche d'une sage-femme communale. Les archives départementales du Haut-Rhin conservent ainsi une belle série de dossiers sur les accoucheuses choisies par les communes en amont de leur instruction et employées par elles ensuite (série 2 O). L'engagement communal, plus précoce encore que lorsqu'il concerne l'échelon départemental, illustre ici

l'étroitesse du rapport entre la sage-femme et sa communauté qui repose sur une réciprocité, puisqu'une rémunération répond au service rendu par l'accoucheuse, libérant la contractante de sa position de débitrice.

Le droit à l'assistance et le service des pauvres

Dans la continuité de cette figure de l'accoucheuse communale et généralement urbaine sous l'Ancien Régime, rémunérée par la municipalité pour assister les indigentes (Gélis, 1988, 23-27), la Révolution envisage la généralisation de cette pratique dès le projet de décret sur l'enseignement et l'exercice de la médecine de Guillotin, en 1791 : «(Art. 13) Les sages-femmes, approuvées par l'agence du département, domiciliées dans chaque canton, seront payées sur les fonds publics des soins qu'elles auront donnés aux femmes enceintes inscrites sur la liste des pauvres. Elles recevront une somme déterminée pour chaque accouchement» (*Archives parlementaires*, annexes, 1884, 40).

Le passage que consacre le député médecin à l'organisation des secours disparaît pourtant du rapport final présenté par Talleyrand à l'assemblée. Ce silence n'empêche pas le principe des secours gratuits à domicile d'être inscrit parmi les droits du citoyen par l'article 18 de la loi du 24 vendémiaire an II : «Tout malade, domicilié de droit ou non, qui sera sans ressources, sera secouru ou à son domicile de fait, ou à l'hospice le plus voisin» (Péchevran, 1899, 3-4). C'est la mise en œuvre de cette intention qui peine à se réaliser. La fondation des bureaux de bienfaisance par la loi du 7 frimaire an V, dans la continuité des bureaux de charité de l'Ancien Régime, offre un cadre à l'assistance médicale aux

indigents. Les femmes en couche sont assimilées aux malades, comme le confirme ultérieurement la loi du 15 juillet 1893 dans son premier article, ce qui justifie le rattachement de sages-femmes aux bureaux de bienfaisance. Ce système reste néanmoins très inégal pendant la première moitié du siècle, nombre de communes manquant de moyens pour supporter cette charge, comme l'a montré plus haut l'exemple de la dame Jannel dans l'Aube. Si l'on met à part la capitale, où chaque arrondissement possède son bureau de bienfaisance (Beauvalet-Boutouyrie, 1999, 313-314), ce sont les chefs-lieux de département, d'arrondissements et parfois de cantons qui forment la trame plus ou moins serrée des institutions d'assistance.

C'est dans ce contexte que les sages-femmes cantonales prennent une importance croissante (Faure, 2005, 169). Leur rémunération évolue au fil du siècle. Vers 1850, les bureaux de bienfaisance parisiens paient 8 francs par accouchement (Beauvalet-Boutouyrie, 1999, 314-315). Pour la même époque, le docteur Ignace Druhen estime à 15 francs la rémunération d'un accouchement hors système à Paris, et à 8 francs celle d'un accouchement en province, signe que le défraiement des bureaux de bienfaisance serait largement inférieur aux tarifs pratiqués dans l'exercice libéral (Druhen, 1851, 12-13, 18-23). Trente ans plus tard, le tarif des accouchements est revu et augmenté sur proposition du docteur Bourneville, se montant à 15 francs et 6 francs supplémentaires pour chaque journée de présence après la naissance (Tucat, 1983, 68). La loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite vient enfin combler les lacunes du système de secours et répondre à l'ambition exprimée en l'an II (Turquan, 1894,

3-15). Un projet type d'organisation d'un bureau d'assistance, institution qui remplace le bureau de bienfaisance, publié en 1894, précise le texte très laconique de la loi en détaillant les tâches et le personnel de ce bureau : « Il y a dans chaque commune, syndicat de communes ou circonscription locale, pour le service de l'assistance : un ou des médecins ; un ou des pharmaciens ; une ou des sages-femmes. Le bureau d'assistance statue sur les objets ci-après : fixation du nombre des subdivisions à distribuer entre les médecins, pharmaciens et sages-femmes. [...] Le bureau d'assistance donne son avis sur les objets suivants : [...] 5° Fixation du taux des allocations individuelles aux médecins ; du tarif pour le paiement des sages-femmes ; des primes de vaccination. [...] Les sages-femmes sont chargées de soigner à domicile les femmes en couches » (Turquan, 1894, 139-148).

Au-delà des préconisations des circulaires d'application, ce sont les départements qui sont, à ce stade, chargés de rédiger des règlements pour l'application de la loi du 15 juillet, ce qui ne favorise pas l'égalité de traitement du personnel médical d'un département à l'autre, comme dans le Morbihan où le Conseil général privilégie l'économie et fixe la rémunération d'un accouchement à 6 francs²¹. Deux systèmes fonctionnent alors concurremment, un système par circonscriptions médicales dit « système alsacien », et un système de « libre adhésion » dit « vosgien », où tous les membres du personnel médical acceptant de se soumettre au règlement établi par le conseil général sont de plein droit médecins et sages-femmes de l'assistance. Le second système est de loin le plus répandu puisqu'il concerne 65 départements sur 85 (Faure,

1993, 179). La rémunération des sages-femmes pour cette activité se fait généralement selon un principe forfaitaire (Tercinet, 1924, 57).

La sage-femme parmi ces concitoyens : les déclarations de naissance

Au-delà des devoirs liés à l'exercice concret de l'art des accouchements, l'une des principales obligations légales des sages-femmes concerne la déclaration des naissances et relève des articles 55 et 56 du Code civil de 1804 : « Art. 55. Les déclarations de naissance seront faites, dans les trois jours de l'accouchement, à l'officier de l'état civil du lieu : l'enfant lui sera présenté. Art. 56. La naissance de l'enfant sera déclarée par le père, ou à défaut du père, par les docteurs en médecine ou en chirurgie, sages-femmes, officiers de santé ou autres personnes qui auront assisté à l'accouchement ; et lorsque la mère sera accouchée hors de son domicile, par la personne chez qui elle sera accouchée. L'acte de naissance sera rédigé de suite, en présence de deux témoins ».

Ces articles sont l'aboutissement du travail législatif mené par les assemblées successives autour de la laïcisation de l'état civil depuis le début de la Révolution (Gourdon, 2014). Le pas décisif et irréversible est franchi avec la loi du 20 septembre 1792. L'enregistrement de l'enfant dans l'état civil laïcisé vaut alors naissance à la société, et se substitue officiellement au baptême rejeté dans la sphère privée. Les articles 1 à 3 du titre III de ce texte reconnaissent comme déclarants légitimes le mari (et non simplement le père de l'enfant comme dans le texte ultérieur) ou les auxiliaires médicaux de l'accouchement : « Art. 1er. Les actes de naissances seront dressés

dans les vingt-quatre heures de la déclaration qui sera faite par les personnes ci-après désignées, assistées de deux témoins de l'un ou l'autre sexe, parents et non parents, âgés de vingt et un ans. Art. 2. En quelque lieu que la femme mariée accouche, si son mari est présent et en état d'agir, il sera tenu de faire la déclaration. Art. 3. Lorsque le mari sera absent ou ne pourra agir, ou que la mère ne sera pas mariée, le chirurgien ou la sage-femme qui auront fait l'accouchement seront obligés de déclarer la naissance».

La sage-femme acquiert donc, avant même la réforme de l'enseignement et de l'exercice médical, une reconnaissance officielle. Mais sa présence dans le processus de déclaration est subsidiaire, tout comme celle des autres praticiens médicaux, puisqu'elle se limite aux cas d'indisponibilité du mari. Là où l'accoucheuse portait et porte encore quasi systématiquement l'enfant au baptême, elle se trouve placée au second rang à la mairie. L'état civil laïcisé privilégie l'incarnation publique de la filiation avec la présence du père, à celui ou celle qui met concrètement au monde l'enfant. Le résultat pratique de cette mesure est de réduire l'essentiel de l'action déclarative de la sage-femme aux naissances

illégitimes ou, plus exceptionnellement, aux couples temporairement ou définitivement séparés. À ce titre, cette mesure renouvelle à la sage-femme le soin traditionnel de signaler les naissances hors mariage tel que le lui confiaient certaines autorités municipales d'Ancien Régime comme Lille (Lottin, 1970, 280-281) ou Nantes (Depauw, 1972, 1157).

L'étude des pratiques de déclaration de naissances par les membres du personnel médical dans deux communes corrésiennes de taille moyenne (Meymac dans l'arrondissement d'Ussel, et Uzerche dans l'arrondissement de Tulle) sur une décennie (1843-1852) a permis de montrer que seules les sages-femmes intervenaient comme déclarantes. Les médecins sont absents, reflet de leur absence générale auprès des parturientes. Pour ces deux communes de taille quasi-équivalente, les résultats des dépouillements présentent toutefois des particularités. Trait commun, les déclarations par la sage-femme sont très minoritaires : 80 sur 1 182 naissances à Meymac, soit 6,8 % ; et 23 sur 1 314 naissances à Uzerche, soit 1,7 %. Les raisons qui motivent la déclaration par une sage-femme se répartissent de la façon suivante :

| | Père inconnu | Père absent | Père décédé | Total |
|---------|--------------|-------------|-------------|-------|
| Meymac | 55 | 21 | 4 | 80 |
| Uzerche | 19 | 2 | 2 | 23 |

Les naissances illégitimes sont, sans surprise, largement dominantes mais à Meymac, l'absence du père est un motif relativement régulier de prise en charge de la déclaration par l'accoucheuse. La situation géographique de la commune, au pied de la montagne limousine, en fait le domicile de nombreux scieurs de long que leur travail éloigne pour de longues périodes. Plus exceptionnellement, dans

les deux communes, se rencontrent aussi des cas de veuvages récents. Une différence notable apparaît toutefois entre les deux communes, puisque dans le cas uzerchois, à nombre de naissances supérieur, le nombre de déclarations dépasse à peine le quart de celui répertorié à Meymac. Il semble que cet écart tienne à des habitudes locales de déclarations de naissances par des tiers, parents ou non

de l'accouchée puisqu'il peut s'agir de voisins ou de patrons dans le cas de servantes mettant au monde un enfant illégitime. En effet, là où les sages-femmes font en dix ans à Meymac toutes les déclarations que le père ne peut faire; à Uzerche, 36 naissances sur 1 314, soit 2,7% sont déclarées par des tiers, c'est-à-dire un pourcentage supérieur à celui des déclarations effectuées par les sages-femmes. La répartition des motifs des empêchements paternels ne diffère néanmoins pas de celle observée plus haut (23 pères inconnus, 6 pères absents, 7 pères décédés). La différence ne s'explique pas par une moindre présence des sages-femmes dans l'une des deux communes: le relevé fait apparaître les noms de trois sages-femmes à Meymac (Françoise Martin et sa fille, Marguerite Saint-Germain; Joséphine Chamboux) et de quatre à Uzerche (Marie Delon; Marie Téreygeol; Victorine Rochefort et Marie Favory). Il reste difficile de mesurer la confiance accordée à ces praticiennes ou de saisir d'éventuelles habitudes locales de gestion «en famille» de l'illégitimité que seuls pourraient confirmer des dépouillements plus vastes et sur une plus longue durée. Dans les cas étudiés précédemment, la sage-femme déclare systématiquement l'identité de la mère, mais le secret professionnel l'autorise à la garder secrète, ainsi que l'affirme la cour de cassation à partir de 1843 (Léchopié, Floquet, 1890, 131).

Dans le cas où l'enfant décède avant la déclaration de naissance ou dans les cas où il est mort-né, la sage-femme est aussi tenue d'en faire la déclaration à l'officier d'état civil qui dresse alors un acte d'enfant présenté sans vie (décret du 4 juillet 1806) (Gourdon et Rollet, 2009). Enfin, l'obligation de déclaration imposée aux sages-femmes a évidemment

un pendant: la sanction pénale en cas de non déclaration, qui n'apparaît que dans le Code pénal de 1810 dont l'article 346 prévoit les poursuites et les peines afférentes: «Toute personne qui, ayant assisté à un accouchement, n'aura pas fait la déclaration à elle prescrite par l'article 56 du Code Napoléon, et dans le délai fixé par l'article 55 du même Code, sera punie d'un emprisonnement de six jours à six mois, et d'une amende de seize francs à trois cents francs». Prises entre l'impératif des articles 55 et 56 du Code civil et le devoir de secret, les sages-femmes font l'objet de soupçons perpétuels des autorités civiles et judiciaires que leur bonne volonté à se plier aux exigences règlementaires ne suffit que rarement à apaiser.

III. AGENT DE CONTRÔLE SOCIAL ET DE SANTÉ PUBLIQUE

La sage-femme face au refus de l'enfant

Le principal risque de la non-déclaration est la menace qu'une inexistence légale fait peser sur la vie de l'enfant. Tant que l'enfant n'est pas né au registre, sa vie est suspendue au bon ou surtout au mauvais vouloir parental, c'est-à-dire au risque d'infanticide ou, plus fréquemment, d'abandon. La crainte d'une collusion entre filles-mères malintentionnées et sages-femmes sans scrupule est donc permanente chez les autorités administratives et les médecins (Jorland, 2010, 146) et la suspicion s'étend de plus en plus fréquemment, au fil du siècle, aux pratiques abortives.

Ces dernières sont visées par le Code pénal (article 317) qui considère l'appartenance au corps médical comme une circonstance aggravante. La peine

commune, indépendamment de l'effectivité de l'avortement, est la réclusion, elle est muée en travaux forcés pour les membres du personnel médical. Bien que l'article 317 ne cite que les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, la jurisprudence étend son application aux sages-femmes dès la fin des années 1830 (décision de la cour de cassation du 26 janvier 1839) (Léchopié, Floquet, 1890, 139). Cette sévérité doit toutefois être largement nuancée. La poursuite de l'avortement avant la fin du XIX^e siècle reste peu fréquente étant donné, d'une part, la difficulté de prouver le recours à des procédés abortifs et, d'autre part, un phénomène de « prohibition indulgente » (Cahen, 2011, 93) qui voit par exemple le renoncement à poursuivre les tentatives infructueuses. Ainsi, parmi les rares procès pour avortement, les procès de sages-femmes sont encore plus rares. Lorsqu'ils se produisent, le parquet insiste fortement sur la responsabilité spécifique de la praticienne sans que les verdicts des jurys d'assises n'en tirent les pleines conséquences. En 1899, Jeanne Falatin, veuve Muraton, est jugée devant la cour d'assises du Puy-de-Dôme pour avoir provoqué « à l'aide d'instruments piquants et vulnérants » un avortement auquel la femme enceinte n'a pas survécu²². La deuxième question posée au jury est la suivante : « à l'époque indiquée [...], l'accusée Falatin Jeanne, veuve Muraton, était-elle sage-femme ? ». Celui-ci répond « oui à la majorité », ce qui ne l'empêche pas de voter les circonstances atténuantes en faveur de l'accusée quelques instants plus tard²³.

Les accoucheuses sont, par ailleurs, particulièrement soupçonnées de prêter la main aux manœuvres des femmes souhaitant se débarrasser de leur enfant,

au point de susciter une importante réglementation complétant les préconisations du Code pénal punissant l'enlèvement, le recélé, la suppression, le délaissement et l'exposition des enfants (articles 345, 349, 351 et 352).

En 1837, le conseil général des hospices de Paris prend un arrêté imposant pour l'admission d'un enfant la présentation d'un procès-verbal, dans le but revendiqué de réduire la facilité des admissions aux hospices et, donc, le nombre d'enfants laissés à la charge des secours publics. Un ensemble de circulaires est envoyé dans les semaines suivantes aux accoucheurs, sages-femmes, commissaires de police et préfets des départements environnants (art. 8, 9 et 10) (Commission des enfants trouvés II, 1850, 758-759). Les courriers respectivement adressés par le préfet de police aux sages-femmes, à la fin du mois d'octobre 1837, et aux maires et commissaires de police des communes rurales de la Seine, le 25 novembre suivant, éclairent l'ambivalence du discours sur le rôle des sages-femmes dans ce domaine. La circulaire aux accoucheuses fait appel à leur sens professionnel et aux liens de confiance qu'elles tissent avec leur clientèle : « Mais le concours des personnes qui s'occupent d'accouchements peut rendre ces avantages plus décisifs et aider puissamment l'administration à diminuer, d'une manière sensible, cette fraction de la population qui est sans liens et sans appui dans la société. La confiance que vous inspirez nécessairement, Madame, aux femmes en couches que vous avez assistées, l'influence que doit exercer sur ces femmes votre position, vos conseils désintéressés, et souvent même la reconnaissance due à vos soins, sont de puissants auxiliaires, que vous pouvez

employer avec succès, pour réveiller les sentiments de la nature et du devoir chez les mères qui seraient disposées à abandonner leurs enfants, et pour changer une résolution dont le plus grand nombre d'entre elles n'ont pas calculé les suites funestes. Ainsi, loin d'imiter en cela quelques personnes qui, spéculant dans un sordide intérêt sur la honte, l'indifférence et le mauvais vouloir des femmes nouvellement accouchées, leur conseillent d'abandonner leurs enfants et leur en facilitent les moyens, trafic coupable, sur lequel l'autorité a l'œil ouvert, unissez vos efforts à ceux de l'administration pour les déterminer à remplir leurs devoirs de mères [...]» (Verrier, 1876, 20).

L'aide «coupable» apportée aux femmes souhaitant abandonner leur enfant n'est que brièvement évoquée et le reste de la circulaire conseille les sages-femmes sur l'argumentaire à développer pour les faire changer d'avis. Le préfet de police achève sa lettre sur l'assurance de la reconnaissance future de l'administration envers les «efforts que vous aurez faits pour la seconder» (Verrier, 1876, 22). La confiance affichée repose néanmoins sur des bases fragiles et le courrier adressé quelques semaines plus tard aux maires et commissaires de police souligne l'extrême vigilance dont ces fonctionnaires doivent faire preuve envers les sages-femmes. Le préfet de police y dévoile son souci de ne pas heurter la sensibilité de ce corps de métier, tout en exprimant de multiples doutes sur la bonne volonté à en attendre: «Je n'ai pu aborder qu'avec une extrême réserve, dans ma circulaire aux sages-femmes, ce qui touche aux pratiques condamnables auxquelles beaucoup d'entre elles se livrent à l'égard des Enfants nouveau-nés, et j'ai dû

également me borner à des instructions succinctes et générales sur le concours que l'Administration attend d'elles, et sur les devoirs qu'elles ont à remplir. C'est à vous, Messieurs, de les compléter de vive voix, et en appropriant vos observations à la moralité des personnes auxquelles vous les adressez. [...] Faites-leur bien sentir qu'autant l'Autorité est disposée à leur tenir compte des efforts qu'elles feront pour seconder ses intentions paternelles, autant elle se montrera sévère envers les fraudes à l'aide desquelles elles chercheraient à la tromper, et qui auraient pour but d'éluider les dispositions de l'arrêté du conseil général des hospices et des lois et règlements qui lui servent de base. Que votre langage, en un mot, soit persuasif, bienveillant avec toutes, mais en même temps qu'il soit ferme et sévère avec celles qui vous paraîtraient peu disposées à déférer à vos observations, ou dont les antécédents prêteraient à la censure» (Commission des enfants trouvés II, 1850, 764-765).

Les maisons d'accouchement entre risque social et panacée sanitaire

Membre du personnel médical, auxiliaire recherchée de l'administration, la sage-femme suscite donc une méfiance tenace. Le fonctionnement des maisons d'accouchement provoque pour cette raison des attitudes ambivalentes de l'administration. Les femmes qui y entrent le font pour des raisons de confort mais, le plus souvent, pour conserver le secret de leur accouchement. Les publicités insistent d'ailleurs sur la discrétion de l'accueil, proposant parfois un séjour à la campagne comme Mme Bretonville dans son prospectus, en 1843: «[...] les pensionnaires qui me confient le soin de les diriger, et que je

reçois dans mon établissement, rue Neuve-des-Petits-Champs, 47, ou à ma maison de campagne, située dans un lieu des plus agréables et très solitaire» (Bretonville, 1843, 12). Ces établissements ne sont pas majoritaires puisqu'ils ne représentent à Paris, en 1871, que 3 % des annonces du Bottin du commerce (Tucat, 1983, 51) mais ils accueillent une clientèle plus susceptibles d'abandonner ses enfants.

Le 4 septembre 1849, la commission des enfants trouvés instituée le 22 août précédent par arrêté du ministre de l'Intérieur, se réunit pour sa troisième séance. Elle a pour objet de préparer un projet de loi sur le service des enfants trouvés et consacre la première partie de ses travaux à la période de la naissance et, particulièrement, à la question suivante: «les maisons d'accouchement doivent-elles être soumises à la surveillance de l'autorité administrative?» (Commission des enfants trouvés I, 1850, 13-21). L'exposé de M. Valentin-Smith, secrétaire de la commission, récapitule l'ensemble de tentatives réglementaires d'imposer un contrôle administratif des maisons d'accouchement et les avis du conseil d'État et de la cour de cassation sur ces textes. À l'issue de la présentation, M. Giraud, membre de l'Institut, résume ainsi la principale difficulté: «De l'exposé qui vient de vous être présenté sur la question relative à la surveillance des maisons d'accouchement, il résulte qu'il y a lutte entre l'autorité judiciaire et l'autorité administrative. [...] L'Administration, qui a surtout pour mission de veiller à la conservation de la société, de prévenir tout ce qui peut compromettre cette conservation, pense que la loi en vigueur est assez souple pour autoriser une surveillance sur les maisons d'accouchement, dans un grand intérêt d'ordre

public. [...] De son côté, l'autorité judiciaire, dans son respect pour le texte de la loi, refuse d'accorder une sanction pénale aux arrêtés que l'Administration prend au sujet de la surveillance des maisons d'accouchement».

La solution finalement proposée par la commission s'inspire de l'ordonnance de police du 9 août 1838 à Paris, qui prévoit que l'administration délivre une autorisation à la sage-femme d'ouverture d'une maison d'accouchement uniquement si celle-ci correspond aux règlements en vigueur (nombre de pensionnaires par rapport à la taille du logement, etc.). La commission renonce à préconiser la tenue d'un registre nominatif des pensionnaires, exigence en contradiction avec le secret médical et inutile dans l'optique des déclarations de naissance. Les recueils de droit médical ne retiennent, pour leur part, que les décisions de la cour de cassation qui continuent de contester toute tentative de réglementation administrative de ces établissements et n'acceptent qu'en 1866 de valider un arrêté du préfet de police de Paris fixant le nombre de pensionnaires qu'une sage-femme est autorisée à recevoir (Léchopié, Floquet, 1890, 197-198).

La question de la réception des femmes enceintes par les sages-femmes croise, toutefois, à partir de 1858, une autre préoccupation des autorités sanitaires: celle de la réduction de la mortalité maternelle dans les maternités. Un débat à l'Académie de médecine a mis en lumière la surmortalité épidémique considérable et récurrente à l'Hospice de la Maternité de Paris. Une des solutions proposées pour remédier à ce problème est de confier les parturientes à des sages-femmes de ville, de façon à réduire l'exposition à la contagion (Beauvalet-

Boutouyrie, 1999, 280, 313 sq.). Ce corps de sages-femmes agréées est créé en 1866. Les praticiennes, toutes sages-femmes de première classe, sont nommées par le directeur général de l'Assistance publique et placées sous la surveillance du bureau de bienfaisance de leur arrondissement, puis, à partir de 1881, sous celle du directeur de l'hôpital dont elles dépendent (Tucat, 1983, 55, 112). La clientèle qu'elles reçoivent ne diffère pas de celle des hôpitaux : filles-mères et indigentes. Le statut de sage-femme agréée relève d'une conception publique du service des accoucheuses. Le lien avec l'hôpital les différencie des sages-femmes des bureaux de bienfaisance mais le principe d'assistance préside de la même façon aux deux fonctions et, au début du XX^e siècle, elles sont volontiers considérées comme de quasi-fonctionnaires (Tercinet, 1924, 83).

Prophylaxie et soins du premier âge

Parallèlement à leur activité obstétricale, les sages-femmes interviennent enfin dans des domaines connexes à leur spécialité première : la prophylaxie (vaccination et déclaration des maladies épidémiques) et les soins au premier âge. Ces deux questions font l'objet d'un enseignement spécifique pendant la formation (Sage Pranchère, 2011, 154-156, 490-498). Leur rôle constant dans la lutte contre la variole a été souligné par Pierre Darmon, de la charge essentielle de la conservation du fluide vaccin aux épuisantes tournées dans les campagnes pour vacciner des centaines d'enfants (Darmon, 1986, 175-177, 243-246). Dans certains départements, elles prennent en charge l'immense majorité des vaccinations : c'est le cas en Corrèze où l'on compte, en 1869, sept médecins

pour 33 sages-femmes parmi les vaccinateurs (Sage Pranchère, 2007, 37, 503-504) ; c'est aussi le cas dans le Puy-de-Dôme où elles effectuent « les cinq sixièmes des vaccinations dans les campagnes »²⁴. Mais cette omniprésence ne fait pas l'unanimité et suscite parfois la vindicte de médecins furieux de voir leur échapper les indemnités départementales au point de dénigrer largement auprès des autorités préfectorales les capacités des accoucheuses (Darmon, 1986, 122-123).

Cette rancœur des praticiens n'empêche pas les autorités de continuer à associer les sages-femmes dans leur politique de prévention des épidémies. La loi du 30 novembre 1892 prévoit, dans son article 15, que « tout docteur, officier de santé ou sage-femme est tenu de faire à l'autorité publique, son diagnostic établi, la déclaration des cas de maladies épidémiques tombées sous son observation ». L'établissement de la liste des maladies concernées est confié à l'Académie de médecine et au Comité consultatif d'hygiène de France²⁵. La déclaration prévue constitue la seule exception admissible au secret professionnel et ses modalités limitent autant que possible la divulgation de cette information : la sage-femme est détentrice d'un carnet à souches dont elle détache des cartes-lettres sur lesquelles elle inscrit le nom, l'adresse du malade et le numéro de la maladie diagnostiquée, avant de les envoyer au maire et au sous-préfet (Tercinet, 1924, 46-48). Cette mesure est reconduite dans la première grande loi relative à la protection de la santé publique du 15 février 1902, qui institue en outre l'obligation de vaccination antivariolique.

Dernier domaine, enfin, où elles sont sollicitées par les autorités : la protection primo-infantile. À ce propos, Julie-

Victoire Daubié, par ailleurs peu au fait du statut des sages-femmes, trace, dès 1871, dans *L'émancipation de la femme*, un ambitieux programme à la portée des accoucheuses : « [...] viendrait ensuite l'instruction des sages-femmes encouragées par une puissante initiative à des études qui leur permettraient de se rendre aptes à l'inspection des crèches, des enfants trouvés et assistés, des salles d'asile, au service des vaccinations gratuites, de l'assistance sanitaire dans la plupart des communes rurales, etc. » (Daubié, 1871, 102). Le vote de la loi Roussel, en 1874, institue une surveillance de l'autorité publique sur tous les enfants de moins de deux ans placés en nourrice hors du domicile de leurs parents, et confie à des médecins-inspecteurs le contrôle des nourrices (Rollet, 1982, 573-575 ; De Luca et Rollet, 2004 ; Jorland, 2010, 136-140). Suivie d'un règlement d'administration publique publié le 27 février 1877, cette mesure, par ses conséquences, est l'occasion d'une nouvelle réflexion sur le rôle des sages-femmes dans les soins du premier âge. Les soins aux nourrissons sont censés faire partie de la formation des accoucheuses mais aux lendemains de l'entrée en application de ces textes, des professeurs comme le docteur Raymond, à Limoges, envisagent d'améliorer ce chapitre de leur enseignement : « J'insiste également sur les différentes méthodes d'allaitement artificiel. Aujourd'hui, en effet, cette question est à l'ordre du jour des sociétés savantes et des municipalités, et, en présence de la difficulté croissante pour la population ouvrière, de pratiquer l'allaitement maternel, il serait peut-être possible, en vulgarisant ces méthodes, d'arriver à supprimer la grande mortalité des enfants confiés à des nourrices mercenaires. Les crèches, limitées à un petit

nombre d'enfants, seraient ici d'une grande utilité, et les sages-femmes instruites pourraient en être les guides naturels »²⁶.

Malgré ces efforts, certains rapports des inspecteurs des enfants assistés ne manquent pas de dénoncer les pratiques inadaptées perpétuées par les accoucheuses auprès des mères et des nourrices²⁷. Conscients de ces difficultés mais plus optimistes, d'autres encouragent au contraire la collaboration entre le corps des médecins-inspecteurs et les sages-femmes pour une meilleure application des prescriptions législatives, ainsi dans l'Indre-et-Loire, en 1889 : « Je n'ai plus maintenant, conformément aux instructions ministérielles, qu'à exposer les vœux que je crois devoir former dans l'intérêt du service. J'ai l'honneur de les soumettre au Comité départemental, en le priant de vouloir bien y donner son approbation : [...] 5° Rendre également obligatoire l'enseignement de ces dispositions légales [loi du 23 décembre 1874 ; règlement d'administration publique du 27 février 1877] dans les cours de la maternité. Les sages-femmes pourraient faire connaître la loi aux parents et aux nourrices. Actuellement elles en ignorent même les dispositions et les enfreignent trop souvent »²⁸.

CONCLUSION

Dans les années 1890, les sages-femmes représentent la moitié du personnel médical français (14 000 praticiennes), et dépassent en nombre les médecins et officiers de santé réunis (13 000). Cette importance numérique n'est que le révélateur chiffré de leur importance sociale et sanitaire, que seule une étude minutieuse des conditions d'exercice professionnel

pourrait pleinement illustrer, mais tout autant de leur importance politique. Le choix de la sage-femme comme agent d'encadrement de la naissance, formulé au début de la Révolution française, a été tenu avec constance et les rares tentatives de mise en cause de la profession, généralement émanées du corps médical, n'ont guère été plus que des détours rhétoriques pour dire les besoins de réforme et d'approfondissement de la formation (Sage Pranchère, 2011, 540-549). L'attachement à la figure de l'accoucheuse diplômée, la conviction intangible de sa nécessité se manifestent dans la permanence de l'attention politique et administrative portée à son recrutement. Les cours d'accouchement et la nomination des élèves sages-femmes forment des chapitres incontournables des procès-verbaux de délibérations des conseils généraux tout au long du siècle, indépendamment d'ailleurs d'une approche descriptive ou statistique de leur action une fois le diplôme obtenu.

Comme le reste du personnel médical, mais plus encore parce que ce sont des femmes issues de milieux sociaux modestes, les sages-femmes font l'objet d'une législation exigeante. Le monopole que garantissent la formation et le diplôme a sa contrepartie dans l'obligation pour les accoucheuses de se conformer rigoureusement aux préconisations juridiques (secret professionnel, exercice limité, déclarations à l'état civil). La dureté formelle de ce contrôle étatique, abondamment justifiée par un discours de méfiance par principe vis-à-vis de ces femmes toujours soupçonnées d'indulgence coupable envers leurs patientes, semble toutefois se diluer dans une pratique faiblement répressive. La sage-femme est volontiers dénoncée et critiquée, mais dans un entre-soi de la

correspondance administrative qui n'atteint que marginalement les principales intéressées. Dans un contexte où le problème de l'exercice illégal de l'art des accouchements par les matrones subsiste de façon récurrente jusqu'aux années 1860, les autorités doivent réserver leurs indignations à celles qui bravent ouvertement la loi. Les tentatives d'encadrement des maisons d'accouchement tournent court, les poursuites judiciaires pour avortement ou complicité d'exposition d'enfants restent exceptionnelles. L'enjeu est de faire des sages-femmes les auxiliaires d'une politique de contrôle social et le meilleur moyen de le réaliser semble alors de les associer en respectant la spécificité de la profession et en utilisant au mieux ses compétences (vaccination, puériculture). L'émergence d'un corps spécialisé d'accoucheurs des hôpitaux au début des années 1880, l'accès réel des médecins au savoir obstétrical (Lefaucheur, 1995), le développement de l'accouchement hospitalier (Beauvalet-Boutouyrie, 1999, 226-230), enfin, l'inquiétude nataliste devant les pratiques abortives et anticonceptionnelles au tournant du XX^e siècle et l'émergence de politique de lutte contre ces dernières (Cahen, 2011, 92-96) modifient profondément le cadre d'activité des sages-femmes. Ces dernières doivent faire face à la montée en puissance du corps des infirmières (Leroux-Hugon, 1992; Chevandier, 2011) et à la multiplication des femmes médecins, deux phénomènes qui mettent fin à leur monopole féminin au sein du personnel médical et bouleversent durablement les contours de leur rôle social et sanitaire.

Nathalie SAGE PRANCHÈRE
*Université Paris-Sorbonne,
 Centre Roland-Mousnier
 nathalie.sage.pranchere@orange.fr*

NOTES

1. Arch. dép. Haut-Rhin, L 127, *Réflexions sur le projet pour l'établissement d'un hospice d'accouchements pour le département du Haut-Rhin*, par le citoyen Chalmy, membre du département, 9 septembre 1790.
2. Le travail législatif sur ces questions ne s'interrompt jamais vraiment entre 1790 et 1803. Il est tout d'abord confié aux différents comités fonctionnant parallèlement à l'Assemblée constituante (comités de Constitution, de Mendicité, de Salubrité) et produit plusieurs projets : le *Nouveau plan de constitution pour la médecine en France* (25 novembre 1790), ou le *Projet de décret sur l'enseignement et l'exercice de l'art de guérir* (19 septembre 1791). La Législative délaisse quelque peu ces questions qui sont reprises par la Convention avec le vote d'un décret établissant trois écoles de santé à Paris, Strasbourg et Montpellier (14 frimaire an III). Sous le Directoire, le conseil des Cinq-Cents est saisi à quatre reprises : motion d'ordre « sur les établissements relatifs à l'art des guérir » (14 nivôse an V), rapport sur l'organisation des écoles spéciales (25 floréal an V), rapport sur l'organisation des écoles spéciales de santé (12 prairial an V) et rapport sur l'organisation des écoles de médecine (29 brumaire an VII). Enfin, sous le Consulat, deux textes sont déposés en l'an IX : projet de loi sur l'enseignement et la police de la médecine (29 pluviôse) et projet d'arrêté concernant les écoles de médecine (23 prairial) ; avant d'aboutir à la loi du 19 ventôse an XI qui reste la référence pour l'enseignement et l'exercice de la médecine pendant tout le XIX^e siècle.
3. Arch. dép. Côte-d'Or, L 542, extrait des procès-verbaux des séances de l'assemblée administrative du département de la Côte-d'Or, séance du 19 novembre 1790 ; arrêté de l'administration centrale de la Côte-d'Or, relatif au cours d'accouchement établi à Dijon, 18 ventôse an VI.
4. Arch. dép. Côtes-d'Armor, extrait du registre des délibérations du directoire du département des Côtes-du-Nord, 4 mars 1793.
5. Arch. dép. Bas-Rhin, 1 L 840, extrait des registres des délibérations de l'administration centrale du département du Bas-Rhin, 15 floréal an IV.
6. Arch. dép. Rhône, 1 L 531, arrêté de l'administration centrale du département du Rhône, 7 prairial an VI.
7. Arch. dép. Ille-et-Vilaine, L 965, lettre du directoire exécutif du département d'Ille-et-Vilaine aux municipalités de Vitré, Fougères, La Guerche et Bain, 14 germinal an VII.
8. Il faut attendre le décret du 25 juillet 1893 pour que soient modifiées les conditions d'études et d'évaluation des sages-femmes. La durée de la formation est alors fixée à deux ans, avec un examen à l'issue de chaque année portant respectivement sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie élémentaires, et sur la théorie et la pratique des accouchements. Les sages-femmes aspirant à la première classe doivent impérativement faire leur deuxième année de cours dans une faculté de médecine (ou un établissement reconnu équivalent).
9. La rédaction de cet article manque de clarté sur la durée exacte de l'enseignement à recevoir et sur la répartition entre formation théorique et clinique.
10. Il s'agit du même jury que pour les officiers de santé.
11. Arch. dép. Aveyron, 5 M 8, lettre du préfet de l'Aveyron au ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, 22 novembre 1859.
12. « Sage-femme condamnée pour avoir fait son devoir », *La Sage-Femme. Organe officiel du syndicat général des sages-femmes de France*, n° 8, 5 avril 1898, p. 111-114 ; « Sage-femme condamnée pour avoir fait son devoir (suite) », *La Sage-Femme. Organe officiel du syndicat général des sages-femmes de France*, n° 9, 20 avril 1898, p. 127-128.
13. Arch. dép. Puy-de-Dôme, U 10/765, affaire Marie Martin, infanticide, dossier n° 4 569, registre de pensionnaire de la dame Bellonnet, sage-femme à Clermont-Ferrand.
14. « Rapport sur un cas d'hermaphroditisme tendant à l'annulation d'un mariage ». Le

rapport, visiblement inspiré d'un cas clinique, débute ainsi : « Nous soussignée (nom et prénoms), sage-femme de première classe, de la Faculté de [blanc], demeurant à [blanc], rue [blanc], n°[blanc], sur la réquisition de M. le président du tribunal de [blanc], après avoir prêté serment entre les mains de M. le commissaire de police, de remplir la mission qui nous était confiée en honneur et conscience, nous sommes transportée au domicile de M. [blanc], à l'effet de visiter la femme dudit M. [blanc], âgée de vingt-cinq ans, laquelle prétend être régulièrement conformée, alors que son mari accuse un cas d'hermaphroditisme masculin, et qu'il base sur ce fait une demande en nullité de mariage » (Verrier, 1876, 173-176). Sur l'hermaphroditisme, voir HOUBRE G. (2009), « Les bâtards d'Hermès et d'Aphrodite : singularités du sexe et curiosité médicale dans la France fin-de-siècle », 501-511, in Didier Nativel et Faranirina V. Rajaonah (dir.), *Madagascar revisitée. En voyage avec Françoise Raison-Jourde*, Paris, Karthala ; et *ead.*, (2009), « Um sexo impensável: a identificação dos hermafroditas na França do século XIX » (« Un sexe impensable: l'identification des hermaphrodites dans la France du XIX^e siècle », 20-33, in *Espaço Plural**, Univeridad Estadual Oeste do Paraná/BRÉSIL, Ano X, n 2.

15. Dans les années 1810-1820, les matrones peuvent recevoir jusqu'à 3 francs pour un accouchement (Sage Pranchère, 2012, 48) et il est probable que leur rémunération soit inférieure à ce que demanderait une sage-femme diplômée.

16. Arch. dép. Alpes-de-Haute-Provence, 5 M 6, circulaire du ministère de l'Instruction publique aux préfets, 19 mai 1845.

17. Arch. dép. Aube, 5 M 30, lettre d'Aurélié Hariot, épouse Sauvage, sage-femme, au préfet de l'Aube, 18 mai 1893 ; lettre du maire de Maizières-la-grande-Paroisse au sous-préfet, 17 juin 1893 ; lettre du préfet de la Marne au préfet de l'Aube, 17 juillet 1893.

18. Arch. dép. Aube, 5 M 28, lettre de la dame Jannel au préfet de l'Aube, 25 mars 1856.

19. Arch. dép. Aube, 5 M 28, délibération de la commission administrative du bureau

de bienfaisance de Villenauxe, 31 mars 1856, qui rejette la demande d'indemnité de la dame Jannel.

20. Arch. dép. Ardèche, 5 M 31, lettre du ministre de la guerre au préfet de l'Ardèche, 26 novembre 1834 ; lettre du ministre de la guerre au préfet de l'Ardèche, 30 décembre 1834.

21. Département du Morbihan, *Assistance publique. Règlement pour l'application de la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite, adopté par le Conseil général dans sa séance du 27 août 1899 et modifié par des délibérations ultérieures*, (1903), Vannes, Impr. de Galles, p. 2-4.

22. Arch. dép. Puy-de-Dôme, U 10/898, Acte d'accusation du parquet de la cour d'appel de Riom contre Jeanne Falatin, veuve Muraton, 7 février 1899.

23. *Ibid.*, Récapitulatif des votes du jury de la cour d'assises du Puy-de-Dôme, séant à Riom, 6 juin 1899.

24. Arch. dép. Puy-de-Dôme, 2 BIB 2527/8, rapports du préfet et procès-verbaux des délibérations du conseil général du Puy-de-Dôme, session de 1856, p. 114.

25. Au début du XX^e siècle, on trouve dans cette liste les 13 maladies suivantes : fièvre typhoïde, typhus exanthématique, variole, scarlatine, rougeole, diphtérie, suette miliaire, choléra et maladies cholériques, peste, fièvre jaune, dysenterie, infections puerpérales et ophtalmie des nouveau-nés ; lorsque le secret de l'accouchement n'est pas réclamé : méningite cérébro-spinale épidémique (Tercinet, 1924, 46-48).

26. Arch. dép. Haute-Vienne, Rapport de M. le Professeur départemental du cours d'accouchement, dans *Rapports du préfet et procès-verbaux des délibérations du conseil général de la Haute-Vienne*, session de 1880, p. 234.

27. Procès-verbaux des délibérations du conseil général du Nord, session de 1886, rapport de l'inspecteur des enfants assistés, p. 576 : « M. Richard rencontre bien encore quelques préjugés surannés, [...] même chez des sages-femmes dont l'instruction au point de vue de l'hygiène infantile est

absolument nulle; mais ces tendances fâcheuses disparaissent assez rapidement».

28. Procès-verbaux des délibérations du conseil général de l'Indre-et-Loire, session

de 1889, rapport de l'inspecteur des enfants assistés, p. 357-358.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Sources imprimées et références bibliographiques

Travaux de la commission des Enfants-Trouvés instituée le 22 août 1849 par arrêté du ministre de l'Intérieur, (1850), tomes I et II, Paris, Impr. nationale.

BEAUXVALET-BOUTOUYRIE, Scarlett (1999), *Naître à l'hôpital au XIX^e siècle*, Paris, Belin.

BLOCK, Maurice (1856), *Dictionnaire de l'administration française*, Paris, Vve Berger-Levrault et fils.

BRETONVILLE, Mme (1843), *Confidence aux femmes*, Paris, au cabinet de consultation de l'auteur.

BRIAND, Joseph, CHAUDÉ, Ernest (1874), *Manuel complet de médecine légale et contenant un Traité élémentaire de chimie légale (9^e édition)*, Paris, J.-B. Baillière et fils.

BROCKLISS, Laurence (1989), «L'enseignement médical et la Révolution. Essai de réévaluation», 79-110, *Histoire de l'éducation*, n° 42.

CAHEN, Fabrice (2011), «De "l'efficacité" des politiques publiques : la lutte contre l'avortement "criminel" en France, 1890-1950», *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, 38, n° 3, juillet-septembre, 90-117.

DAUBIÉ, Julie-Victoire (1871), *L'émancipation de la femme*, Paris, E. Thorin.

DARMON, Pierre (1986), *La longue traque de la variole : les pionniers de la médecine préventive*, Paris, Perrin.

DE LUCA, Virginie, ROLLET, Catherine (2004), «Nouvelles pratiques de puériculture. États des savoirs, acteurs, résistances

et avancées. France, 1880-1930», 67-88, in Patrice Bourdelais, Olivier Faure (dir.), *Les nouvelles pratiques de santé, objets, acteurs, pratiques sociales*, Paris, Belin.

DEPAUW, Jacques (1972), «Amour illégitime et société à Nantes au XVIII^e siècle», *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, 27 (4-5), juillet-octobre, 1155-1182.

DRUHEN, Ignace (1851), *De l'institution des sages-femmes et de la réforme qu'elle réclame*, Lille, impr. de Lefebvre-Ducrocq.

FAURE, Olivier (1993), *Les Français et leur médecine au XIX^e siècle*, Paris, Belin.

FAURE, Olivier (2005), «Les sages-femmes en France au XIX^e siècle : médiatrices de la nouveauté», 157-174, in Patrice Bourdelais, Olivier Faure (dir.), *Les nouvelles pratiques de santé, objets, acteurs, pratiques sociales*, Paris, Belin.

FOURCROY, Antoine-François (1803), «Exposé des motifs d'un projet de loi relatif à l'exercice de la médecine, Corps législatif, séance du 7 ventôse an XI», 528-536, in Arthur Marais de Beauchamp (1888), *Enquêtes et documents relatifs à l'enseignement supérieur, XXVIII, Médecine et pharmacie, 1789-1803, projets de lois recueillis et publiés par A. de Beauchamp*, Paris.

GÉLIS, Jacques (1988), *La sage-femme ou le médecin. Une nouvelle conception de la vie*, Paris, Fayard.

GOURDON, Vincent (2014), *Les révolutions du baptême en France de 1789 à nos jours. Mémoire original du dossier Métamorphoses de la famille en France, XVII^e-XIX^e siècle: hiérarchies, réseau, ritualisation,*

- Habilitation à diriger des recherches : Histoire, Paris, Université Paris-Sorbonne, 2014.
- GOURDON, Vincent, ROLLET, Catherine (2009), « Les mort-nés à Paris au XIX^e siècle : enjeux sociaux, juridiques, et médicaux d'une catégorie statistique », *Population*, 4687-722.
- GUILLAUME, Pierre (1996), *Le rôle social du médecin depuis deux siècles, 1800-1945*, Paris, Comité d'histoire de la Sécurité sociale.
- JARD-PANVILLIER, Louis-Alexandre (1803), « Discours sur le projet de loi relatif à l'exercice de la médecine, Corps législatif, séance du 19 ventôse an XI », 554-567, in Arthur Marais de Beauchamp (1888), *Enquêtes et documents relatifs à l'enseignement supérieur, XXVIII, Médecine et pharmacie, 1789-1803, projets de lois recueillis et publiés par A. de Beauchamp*, Paris.
- JORLAND, Gérard (2010), *Une société à soigner. Hygiène et salubrité publiques en France au XIX^e siècle*, Paris, Gallimard.
- LAGET, Mireille (1982), *Naissances, l'accouchement avant l'âge de la clinique*, Paris, Seuil.
- LAURENT, Émile, MAVIDAL, Jérôme (1884), *Archives parlementaires de 1787 à 1860, recueil complet des débats législatifs et politiques des chambres françaises*, Première série, 1787 à 1799, Paris, P. Dupont, t. 30.
- LÉCHOPIÉ, Alfred, FLOQUET, Charles (1890), *Droit médical, ou Code des médecins, docteurs, officiers de santé, sages-femmes, pharmaciens, vétérinaires, étudiants, etc.*, Paris, O. Doin.
- LEFAUCHEUR, Nadine (1995), « La création des services de maternité et des accoucheurs des hôpitaux parisiens », 75-84, in « *L'heureux événement* » : une histoire de l'accouchement, Musée de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris.
- LÉONARD, Jacques (1977), « Femmes, religion et médecine. Les religieuses qui soignent en France au XIX^e siècle », *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, vol. 32, n° 5, 887-907.
- LOTTIN, Alain (1970), « Naissances illégitimes et filles-mères à Lille au XVIII^e siècle », *Revue d'Histoire moderne et contemporaine*, avril-juin, 278-332.
- MONNIER, G.-F. (1847), *Guide de la sage-femme chrétienne dans l'accomplissement de ses devoirs envers la morale, la société et la religion*, Mâcon, Charpentier.
- NYE, Robert A. (2006), « Médecins, éthique médicale et État en France 1789-1947 », *Le Mouvement Social*, n° 214, 19-36.
- PÉCHEYRAN, G. (1899), *L'Assistance médicale en France et la loi du 15 juillet 1893*, Paris, A. Chevalier-Maresq, thèse pour le doctorat en droit.
- RABIER, Christelle (2010), « Une révolution médicale ? Dynamiques des professions de santé entre Révolution et Empire », *Annales historiques de la Révolution française*, 359, janvier-mars, 141-159.
- RABIER, Christelle (2011), « Le "service public" de la chirurgie : administration des premiers secours et pratiques professionnelles à Paris au XVIII^e siècle », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, n° 58-1, 101-127.
- RAMSEY, Matthew (1984), "The Politics of Professional Monopoly in Nineteenth-Century Medicine: The French Model and Its Rivals", 225-305, in Gerald L. Geison (dir.), *The Professions and the French State, 1700-1900*, Philadelphia, Philadelphia University Press.
- RAMSEY, Matthew (2001), « Le médecin, le peuple, l'État : la question du monopole professionnel », 27-40, in Vincent Barras, Micheline Louis-Courvoisier (dir.), *La médecine des Lumières : tout autour de Tissot*, Chêne Bourg, Georg.
- ROLLET, Catherine (1982), « Nourrices et nourrissons dans le département de la Seine et en France de 1880 à 1940 », *Population*, vol. 37, n° 3, 573-604.

- SAGE PRANCHÈRE, Nathalie (2007), *Mettre au monde. Sages-femmes et accouchées en Corrèze au XIX^e siècle*, Tulle, Archives départementales de la Corrèze.
- SAGE PRANCHÈRE, Nathalie (2011), *L'école des sages-femmes. Les enjeux sociaux de la formation obstétricale en France, 1786-1916*, thèse pour le doctorat en histoire, Université Paris-Sorbonne.
- SAGE PRANCHÈRE, Nathalie (2012), « Bébés sans diplôme. Les matrones, le droit et les légitimités locales en France, 1780-1900 », 25-54, in Constantin Barbulescu, Alin Ciupala (éds), *Medicine, Hygienism and Society in XVIIIth-XXth centuries*, Cluj-Napoca, Mega.
- SANCHEZ, Jean-Lucien (2005), « Les lois Bérenger (lois du 14 août 1885 et du 26 mars 1891) », *Criminocorpus* [En ligne], Histoire de la criminologie, 3. Criminologie et droit pénal, <http://criminocorpus.revues.org/132>.
- TERCINET, Édouard (1924), *Le Code de la sage-femme, résumé complet de législation et de jurisprudence à l'usage des sages-femmes et des élèves sages-femmes*, Paris, impr. de F. Henry.
- TUCAT, Danièle (1983), *Les sages-femmes à Paris de 1871 à 1914*, thèse de troisième cycle, université Paris VII.
- TURQUAN, Victor (1894), *Petit manuel de l'assistance publique, des hospices, hôpitaux, bureaux de bienfaisance et des bureaux d'assistance médicale (exécution de la loi du 15 juillet 1893) : textes législatifs et réglementaires, instructions détaillées, commentaires et rapports officiels, statistiques générales, formules et modèles à adopter*, Paris, P. Dupont.
- VERRIER, Eugène (1876), *Annuaire des sages-femmes de Paris*, Paris, aux bureaux de la Gazette obstétricale (1^{ère} année).

RÉSUMÉ

À l'orée du XIX^e siècle, la réforme de l'enseignement et de l'exercice de la médecine crée les conditions d'une professionnalisation rapide et homogène des sages-femmes. Seule composante féminine du corps médical, les sages-femmes bénéficient, en contrepartie de leur obligation de formation et de diplôme, de la reconnaissance et de la protection de l'État. Plus que les médecins ou les officiers de santé, elles suscitent l'intérêt et le contrôle des administrations départementales et locales qui s'impliquent dans le financement de leur instruction et attendent d'elles en retour

une forme de service public. Les sages-femmes assument ainsi tour à tour un devoir d'assistance médicale, un rôle de contrôle social et de prévention sanitaire, d'autant plus indispensables qu'elles sont souvent le seul personnel médical disponible en milieu rural. Toutefois, cette quasi « fonctionnarisation » des accoucheuses n'empêche pas le maintien d'une méfiance vis-à-vis de cette profession et de sa possible sollicitude coupable à l'égard du refus de l'enfant (avortement, infanticide, abandon).

RÉSUMÉ

At the beginning of the nineteenth century, the reform of teaching and practice of medicine led the path to a quick and uniform professionalization of midwives. One and only female component of the medical professional field, midwives get, for their training and qualification obligation, official acknowledgment and state protection. More than medical doctors or health officers, they are subjects of interest and control for the departmental and local administrations, which highly contribute to funding their

education and expect in return a kind of public service. Being often the only available medical agent in rural areas, midwives take on medical assistance, social control and disease prevention. However, even if midwives tend to be considered as kind of civil servants, they still endure an ongoing mistrust towards their profession and its possible blameworthy solicitude for all manifestations of child refusal (abortion, infanticide, abandonment).