Les mutations de l'accouchement aux Etats-Unis du XVIII^{e} au XX^{e} siècle

Marie-France Morel

Historienne, école normale supérieure
Présidente de la société d'histoire de la naissance

Résumé : L'histoire de la naissance aux Etats-Unis a-t-elle suivi les mêmes évolutions qu'en Europe ? Partiellement oui : jusque vers 1850, comme en Europe, la plupart des femmes américaines accouchent à la maison avec une sage-femme. Après 1850, commence une histoire singulière : peu à peu, les sages-femmes à domicile sont évincées par des médecins ; en 1900, 90% des naissances ont encore lieu à domicile, mais les sages-femmes ne surveillent plus que 50% des accouchements et disparaissent peu à peu. A partir de 1938, l'accouchement hospitalier suivi par des obstétriciens et sous anesthésie générale devient la norme. Comment la disparition des sages-femmes américaines a-t-elle été possible ? A-t-elle entraîné des résistances ? Quels en ont été les acteurs et les étapes ? Les nouveautés venues d'Europe ont-elles influencé ces mutations ? Où en est-on aujourd'hui ?

Mots-clés : accouchement, naissance, obstétrique, Etats-Unis, Histoire

1 Les accouchements à la maison avec une sage-femme jusque vers 1850

Au départ de la colonisation américaine, les sages-femmes sont bien présentes et jouent un rôle analogue à celui de leurs consœurs européennes. Parmi les héros fondateurs de la nation, il y a la sage-femme Bridget Lee, embarquée avec les premiers immigrants sur le *Mayflower* en 1620 : elle a accouché deux femmes sur le bateau pendant la traversée. Comme en Europe au XVIII^{e} siècle, les sages-femmes des premières communautés de colons sont des femmes formées sur le tas, bien intégrées dans leur milieu et contrôlées par le ministre du culte ; elles doivent être de bonne moralité, avoir un mari et des enfants ; elles ne gagnent pas exclusivement leur vie avec cette occupation, qui est plus un "art" qu'un métier. Etre sage-femme, c'est rendre service à sa communauté "avec l'aide de Dieu". Ainsi la pierre tombale d'Elisabeth Phillips, sage-femme

née à Londres en 1685, immigrée à Boston en 1719, morte en 1761, indique qu'elle a mis au monde 3000 enfants.

La mieux connue de ces sages-femmes est Martha Ballard (1735-1812) [1]. Née à Oxford dans le Massachusetts, elle semble avoir été formée empiriquement, même si elle est apparentée à plusieurs médecins. Mère de neuf enfants, elle vit à Hallowell dans le Maine avec son mari arpenteur, dans une maison de pionniers en rondins. En 1778, à 43 ans, après la naissance de son dernier enfant, elle commence à faire des accouchements, après un apprentissage sur le tas. Sept ans après le début de sa pratique, à 50 ans, elle commence à tenir un journal de ses accouchements, qu'elle rédigera jusqu'à la veille de sa mort en 1812 : 814 naissances y sont recensées et elle fait parfois allusion aux 177 effectuées avant les débuts du journal. Au total, en 34 ans de pratique, de 1778 à 1812, elle a fait près de 1000 accouchements. Malgré son absence de formation académique, c'est une praticienne habile qui note jour après jour ses activités ordinaires et ses accouchements, avec horaire précis du moment où elle se met en route, les aléas du voyage, le temps qu'il faisait, le moment du début des douleurs jusqu'à la naissance du bébé, les difficultés obstétricales, le nom des assistantes autour de la parturiente, le sexe du bébé (jamais son prénom), le nom du père, le prix payé. En moyenne, elle fait 33 accouchements par an, mais, certaines années, elle en fait davantage (59 en 1796). Le dernier accouchement a lieu un mois avant sa mort, en 1812 à 77 ans. En 1799, elle fait les deux tiers des accouchements de la localité (Hallowell), où elle habite : toutes les familles ont au moins sept ou huit enfants ; les femmes allaitent pendant 12 à 14 mois et ont un enfant tous les deux ou trois ans.

Dans le récit des accouchements, elle distingue toujours trois phases dans le travail. D'abord, les douleurs préparatoires qui peuvent durer plusieurs jours. Elle se met en route dès que le mari vient la chercher ou dès qu'elle est prévenue, pour aller conforter la femme dans les premières douleurs. Les chemins sont difficiles et dangereux, surtout en hiver quand il neige ou qu'il faut traverser les rivières. Elle voyage à pied ou à cheval (comme elle monte en amazone, elle tombe facilement). Elle sait que les femmes ont peur de la solitude et elle reste avec elles du début à la fin du travail. Très patiente, elle laisse la nature faire son œuvre, même si le travail doit durer trois ou quatre jours. En attendant, elle aide la parturiente (qui reste en général debout jusqu'au dernier moment) dans les travaux domestiques. Elle partage parfois avec elle un petit coup de rhum. Si elle n'a rien de mieux à faire, elle tricote des bas ou fait une petite sieste.

Vient ensuite le temps des douleurs efficaces, de la dilatation complète jusqu'à l'expulsion : c'est seulement à ce moment qu'on fait venir les femmes du voisinage ; elles sont entre deux et quatre, en général ; elles entretiennent le feu, préparent l'eau chaude et les linges, soutiennent la parturiente moralement et physiquement, car la femme accouche dans leurs bras (Martha n'utilise pas de siège d'accouchement, mais on en connaît ailleurs). Après la naissance, elles habillent le bébé et remettent la femme dans son lit. Quand l'enfant meurt (dans une naissance sur 24), Martha en cherche la cause et aide à préparer le corps pour l'enterrement. Les femmes accompagnantes

1. Thatcher Ulrich Laurel, *A Midwife's Tale. The Life of Martha Ballard, Based on her Diary, 1785-1812*, New York, Alfred A. Knopf, Inc., 1990.

restent quelques heures après l'accouchement avec Martha, pour manger, prier ou dormir, s'il fait trop mauvais pour rentrer chez elles.

La période de réclusion après l'accouchement (*lying-in*) dure peu : les parturientes ne restent guère plus de trois jours au lit et reprennent assez vite leurs activités (on dit alors qu'elles "font leur lit" ou "retournent à la cuisine"). Martha s'en va après la naissance et est remplacée auprès de l'accouchée par une "*afternurse*" (infirmière de suites de couches). Normalement Martha ne revient pas voir ses accouchées, sauf s'il y a un problème (fièvre ou abcès au sein, qu'elle sait ouvrir). Après les naissances, les femmes boivent beaucoup d'alcool, pour réchauffer leur sang.

Martha est une sage-femme habile, puisque sur près de mille accouchements, elle ne perd que cinq femmes : l'une d'une éclampsie, l'autre de rougeole, les autres sans doute de fièvre puerpérale, dont une pendant une épidémie de scarlatine en 1787 (il s'agit du même streptocoque). Elle doit faire face à 46 naissances "difficiles" sur 814, soit 5,6%, et elle déplore 14 morts nés et 20 morts néonatales. Elle sait très bien gérer les naissances de jumeaux, les sièges et les présentations difficiles (elle ne donne pas beaucoup de détails sur ses tours de main et ne s'en glorifie pas).

Dans son entourage, les médecins commencent à être présents pour certains accouchements. A trois ou quatre reprises, Martha se retrouve en compagnie de l'un d'eux auprès d'une accouchée ; ou bien elle entend parler d'un accouchement fait par un médecin. En général, le médecin, beaucoup moins expérimenté qu'elle, a été trop interventionniste et l'accouchement s'est mal passé (enfant mort-né ou démembré) ; elle rapporte même un cas, où un jeune médecin a donné du laudanum (à base de teinture d'opium) à une parturiente au début des douleurs, ce qui a arrêté le travail, pourtant bien commencé ; heureusement, la femme a vomi le laudanum et la dilatation a pu reprendre sous la direction de Martha. En vingt-sept ans de pratique, Martha n'a fait appel au médecin qu'à deux occasions : lors d'un cas de dérangement intestinal, et devant une mauvaise présentation qui finit par tourner bien, avant même l'arrivée du médecin.

Martha est bien payée pour une femme de son époque : elle ne demande pourtant que six shillings (ou deux dollars après 1800), trois fois moins que le médecin. Elle est souvent payée en nature (nourriture, volailles, pièces de tissu, vaisselle), mais sa famille a d'autres revenus que ceux de sa pratique. Martha est très pieuse : quand elle se tire sans encombre d'un mauvais pas, elle en attribue tout le mérite à Dieu. La profession de sage-femme est pour elle une vocation, et son métier un "art".

2 L'accoucheur à domicile aux XVIII^{e} et XIX^{e} siècles

A partir de la deuxième moitié du XVIII^{e} siècle, dans les familles aisées de Philadelphie, New York et Boston, on commence à appeler des accoucheurs, d'abord conjointement avec la sage-femme, puis seuls après 1820. Le premier médecin qui a su se faire apprécier par les femmes en couches est William Shippen (1736-1808). Il appartient à une riche famille de Philadelphie qui, en 1758, l'a envoyé faire ses études de médecine à Londres (au *Lying-in Hospital*) et à Edimbourg (où, en 1726, a été fondée la première chaire d'obstétrique). Après avoir reçu une formation à la fois théorique

et clinique, il revient à Philadelphie en 1762 et ouvre un cours d'obstétrique pour les sages-femmes et les médecins (peu à peu, le cours sera réservé aux seuls médecins). En 1791, Shippen devient le premier professeur d'anatomie, chirurgie et obstétrique à l'université de Philadelphie qui vient d'être fondée. Comme lui, de nombreux jeunes gens de bonne famille, après des études de médecine en Europe, reviennent auréolés d'une science obstétricale chèrement acquise, qui doit leur permettre de se créer une clientèle.

Les femmes de la bonne société ont très vite accepté d'appeler les médecins pour leurs couches. Pourquoi ? Sans doute d'abord, pour des raisons de mode : dans la bonne société, c'est un signe extérieur de richesse et d'adhésion à la modernité venue de Grande Bretagne. L'accoucheur donne aussi l'impression d'être plus sûr, parce que plus instruit, avec le prestige d'une formation à l'étranger. En outre, il a plusieurs armes à sa disposition : d'abord, la bonne vieille saignée des chirurgiens, qui passe pour détendre le corps et rendre l'accouchement plus facile ; des remèdes plus ou moins nouveaux, comme le laudanum qui atténue les douleurs, l'ergot de seigle qui augmente les contractions et les fumigations de tabac destinées à ouvrir le col. Enfin, il recourt aux instruments : certains sont anciens et déjà utilisés par les sages-femmes, comme les crochets qui servent à démembrer les fœtus morts restés bloqués. Et surtout le forceps (mis au point en Angleterre et en France dans les années 1745-1750), qui permet aux accoucheurs de terminer en quelques minutes des accouchements difficiles, en tirant des bébés qui, sans cela, seraient restés enclavés dans le bassin de leur mère.

L'interventionnisme de l'accoucheur présente bien des inconvénients. Comme il est un homme, il doit respecter la pudeur des accouchées et ne peut opérer qu'à couvert : même le forceps doit être placé sans voir, en tâtonnant sous les draps, et il n'est pas rare que les pinces déchirent la femme. Signe de la toute-puissance du médecin, le forceps est utilisé trop souvent sans raison, ce qui entraîne souvent des blessures. Enfin, à la différence de la sage-femme, le médecin est toujours pressé d'en finir : en cas de mauvaise présentation ou de délivrance manuelle, il introduit fréquemment sa main dans l'utérus, avec le risque d'entraîner des infections puerpérales. Au total, même s'ils ont étudié l'anatomie, les nouveaux accoucheurs ont très peu d'expérience pratique, en tout cas beaucoup moins que les sages-femmes locales, et leurs résultats sont souvent moins bons que les leurs. En Nouvelle Angleterre, au début du XIX^e siècle, on peut ainsi comparer les accouchements de James Farrington, médecin du New Hampshire de 1824 à 1859, et ceux de Martha Ballard, qui opère dans le Maine voisin, de 1778 à 1812 : ils ont le même pourcentage de morts maternelles et de morts nés. Mais James Farrington rencontre 20% de naissances difficiles (Martha Ballard n'en a que 5,6 %), peut-être à cause de l'usage intempestif des saignées, de l'ergot de seigle, des opiacés et du forceps.

Malgré les bienfaits assez hypothétiques des accoucheurs, il est clair que les parturientes aisées des grandes villes américaines les ont vite préférés aux sages-femmes traditionnelles. Elles l'ont fait en toute connaissance de cause. C'est ce qui ressort clairement de l'étude des correspondances et des mémoires, présentée par Judith Walzer

Leavitt [2]. Ce faisant, elle détruit l'argumentation de certaines féministes américaines comme Barbara Ehrenreich et Deirdre English, qui dans leur ouvrage à succès intitulé *Witches, Midwives and Nurses,* publié en 1973, ont soutenu que les médecins hommes avaient livré une guerre féroce aux malheureuses sages-femmes qui avaient été exterminées comme les sorcières un siècle plus tôt. Comme l'a montré aussi Jacques Gélis pour l'Europe des XVII^{e} et XVIII^{e} siècles, c'est librement que les parturientes (ou leur mari) ont préféré l'accoucheur. Au sein de chaque individu, la conscience de la vie et de la mort est en train de changer ; désormais, les femmes n'acceptent plus de mourir en couches ; elles veulent la vie sauve pour elles et pour leurs bébés [3]. Pendant tout le XIX^{e} siècle, tant que l'accouchement se déroule à domicile, les femmes, même accouchées par un médecin, restent dans un lieu familier, entourées de leurs compagnes et gardent le contrôle de ce que l'accoucheur leur fait. Chaque intervention est l'objet d'une négociation entre le médecin et toutes les femmes présentes.

3 La suppression de la douleur

En 1831-34, les propriétés sédatives et anesthésiques du chloroforme sont découvertes et appliquées pour la première fois à l'accouchement en 1847 par James Simpson, professeur d'obstétrique à l'université d'Edimbourg. Malgré l'opposition violente de certains de ses collègues (effrayés par les effets secondaires de l'anesthésie) et celle des milieux ecclésiastiques (attachés à la lettre de la malédiction biblique), Simpson met au point un protocole pour les accouchements sous chloroforme (administré simplement sur un mouchoir plaqué contre le nez et la bouche de la parturiente). La cause du chloroforme est définitivement gagnée lorsqu'en 1853, le reine Victoria demande à accoucher sous chloroforme pour Léopold, son huitième enfant, créant ainsi la mode de "l'accouchement à la reine".

Dans les pays anglo-saxons, c'est sous la pression active des femmes que bien des médecins sont amenés à utiliser le chloroforme ou l'éther. Aux Etats-Unis, comme en Grande-Bretagne, les femmes sont bien informées et réclament très tôt d'être endormies pour accoucher. Dès 1847, Fanny Longfellow, première femme américaine à accoucher sous éther, proclame que l'anesthésie est "*le plus grand bienfait de notre époque* [4]". Les médecins américains, d'abord partagés sur les dangers des anesthésiques, sont obligés de répondre à la demande, sous peine de perdre leur clientèle [5]. En 1900, aux Etats-Unis, 50% des naissances suivies par des médecins se font sous chloroforme ou sous éther, ce qui a pour conséquence une hausse de l'utilisation du forceps.

L'anesthésie obstétricale progresse aux USA sous l'effet d'une double demande : celle des femmes qui, au tournant des XIX^{e} et XX^{e} siècles, combattent à la fois pour le droit de vote et le droit de ne plus souffrir en accouchant ; et celle de nombreux

2. Leavitt Judith Walzer, *Brought to Bed. Childbearing in America, 1750-1950*, New York, Oxford University Press, 1986.

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

4. Leavitt Judith Walzer, *op. cit.*, p. 116.

5. Shorter Edward, *Le corps des femmes*, N.Y. Basic Books, trad.fr. 1982, Paris, Seuil, 1984, p. 140-141.

médecins qui en ont assez de leur impuissance devant les douleurs des parturientes, comme l'exprime en 1895, un médecin américain :

> *Avant d'adopter l'anesthésie dans ma pratique, j'ai passé des heures à assister des femmes en travail ; j'ai entendu avec angoisse leurs cris, leurs demandes de soulagement, leurs plaintes d'une agonie insupportable ; pendant des heures, ces scènes se sont gravées dans ma mémoire et je ne pourrai jamais les oublier. Grâce au chloroforme que j'utilise couramment, je ne vis plus de scènes aussi pénibles. C'est une bénédiction pour la patiente, mais aussi pour le médecin. Sans la possibilité de soulager les souffrances humaines, comme la vie d'un médecin serait pénible et peu gratifiante* [6] !

Pendant toute la première moitié du XX^e siècle, aux USA et en Grande-Bretagne, l'accouchement avec anesthésie (sous protoxyde d'azote qui réapparaît en 1922, puis à partir de 1939 sous anesthésiques de synthèse) est très largement pratiqué, y compris à domicile. En milieu hospitalier, où se font la majorité des accouchements, c'est automatique, on ne demande même pas leur avis aux femmes.

4 L'éradication des sages-femmes au tournant des XIX^e et XX^e siècles

Jusqu'à la fin du XIX^e siècle, la sage-femme se maintient seulement dans les communautés immigrées. On observe en fait deux pratiques différentes selon les origines ethniques des familles : si les femmes de souche anglo-saxonne, installées depuis le XVIII^e siècle, ont depuis longtemps l'habitude de faire appel aux médecins pour leurs couches, dans les communautés fraîchement immigrées, on observe la permanence du recours aux sages-femmes ; or, en 1900, ces nouveaux immigrés représentent avec les Noirs, un tiers de la population totale des USA. Ces communautés immigrées sont particulièrement importantes dans les Etats du nord et du centre du pays. Par exemple, dans le Wisconsin (au nord de Chicago, le long des Grands Lacs), dans les villes (Madison, Milwaukee) comme à la campagne, on trouve beaucoup d'Allemands, de Polonais, de Scandinaves et quelques Italiens. Chaque nation vit dans son quartier et la sage-femme, souvent immigrée de la première génération, est une figure centrale de la communauté. En 1920 encore, toutes les sages-femmes de Milwaukee, sauf une (soit 18), sont nées en Europe [7].

A la fin du XIX^e siècle, dans ces communautés immigrées, il existe trois sortes de sages-femmes. Tout d'abord, celles qui n'ont reçu aucune formation : elles ont réussi leurs premiers accouchements en suivant une sage-femme expérimentée et exercent dans leur voisinage. Ce sont avant tout des mères de famille qui rendent service de temps à autre. Elles sont totalement démunies devant les naissances difficiles. Certaines se servent de la Bible quand elles ont un problème ; par exemple, en cas d'hémorragie du post-partum, elles récitent ces versets du livre d'Ezéchiel (16,6) :*" Je passais près de toi et je te vis qui te débattais dans ton sang. Je te dis alors que tu étais dans ton*

6. Bedford Brown, cité par Leavitt, *op. cit.*, p. 126 (traduction M.-F. Morel).

7. Borst Charlotte G., *Catching Babies. The Professionalization of Childbirth, 1870-1920*, Harvard University Press, Cambridge (Massachusetts), 1995.

sang : "Vis et crois comme une pousse des champs". Tu te mis à croître, tu grandis, tu devins jeune fille, tes seins s'affermirent et ta chevelure poussa." Dans ce contexte, si l'accouchée meurt, c'est que Dieu l'a permis. Deuxième type de sages-femmes : celles qui ont été apprenties chez un médecin ou une sage-femme formée en Europe dans une bonne école, en Allemagne, en Autriche ou en Norvège, ou bien dans une école nouvellement fondée aux Etats-Unis. Exerçant en général dans les cantons ruraux, elles sont bien acceptées par les médecins qui savent qu'elles sont mieux formées qu'eux. Le troisième type de sages-femmes est constitué de celles qui ont été formées dans les nouvelles écoles américaines, créées un peu partout à partir des années 1870-1880, par des sages-femmes qui ont étudié en Europe avant d'émigrer. A Milwaukee, la plus grande ville du Wisconsin, deux écoles privées sont ainsi ouvertes : la *Milwaukee School of Midwifery*, fondée en 1879 par Wilhelmine Stein, sage-femme allemande avec l'aide de deux médecins, l'un allemand, l'autre américain ; et le *Wisconsin College of Midwifery*, fondé en 1885 par Mary Klaes, allemande elle aussi, avec trois médecins, dont deux formés en Europe. A l'image de ce qui se fait en Europe à la même époque [8], ces écoles dispensent un enseignement théorique et pratique, en lien avec une clinique d'accouchement. Les sages-femmes formées dans ces écoles locales exercent dans leur communauté d'origine. Jusqu'à la fin du XIX^{e} siècle dans le Wisconsin, elles sont bien considérées et influentes. Voici par exemple Mary Gerrard, née au Luxembourg en 1850, immigrée à 22 ans en 1872, diplômée de l'école de Chicago en 1878 ; elle travaille à plein temps dans la petite ville de La Crosse : en 1894, elle y fait 202 accouchements. Elle vit très bien de sa pratique : avec un revenu de près de 1000 dollars en 1896, elle gagne autant qu'un médecin. Ces sages-femmes exercent avec succès dans les communautés immigrées jusque vers 1920. Ensuite elles sont évincées (à domicile et surtout à l'hôpital) par les obstétriciens qui veulent se réserver le monopole des accouchements.

A partir du début du XX^{e} siècle, dans le Wisconsin, ces écoles de sages-femmes déclinent. Gérées pratiquement et financièrement par des directrices sages-femmes, elles tiennent avant tout à se mettre sous la tutelle de médecins reconnus. En particulier, elles leur laissent l'entière responsabilité du contenu de l'enseignement (les médecins leur apprennent avant tout leurs limites) et des examens de fin d'études. Au début du XX^{e} siècle, les diplômes sont obtenus après une prestation devant le *State Board of Medical Examiners*, qui ne comprend que des médecins et aucune sage-femme. Cet effacement volontaire des sages-femmes devant les praticiens hommes est bien le signe de l'échec de leur capacité à se constituer en groupe professionnel. Peu à peu, dans les années 1910-1920, les écoles de sages-femmes sont fermées, car les médecins entendent définitivement prendre la place des sages-femmes.

L'histoire de l'école de sages-femmes de la ville de New York montre les mêmes difficultés de professionnalisation du métier de sage-femme, avec une chronologie un peu décalée. C'est en 1911 que la ville fonde, sur fonds publics, une école, rattachée à l'hôpital Bellevue *(Bellevue Hospital School for Midwives)* : c'est la seule école publique de sages-femmes de tous les Etats-Unis. Les élèves y suivent sept mois de formation et sont formées pour mener les accouchements aussi bien à l'hôpital qu'à domicile. En

8. *cf.* Sage Pranchère Nathalie, *L'école des sages-femmes. Naissance d'un corps professionnel (1786-1917)*, Tours, Presses de l'Université François-Rabelais, 2017.

1919, les 1700 sages-femmes de New York effectuent 40000 accouchements (soit 30%) ; en 1929 les 1200 sages-femmes n'en font plus que 12000 (soit 12% du total). A New York comme ailleurs, peu à peu les sages-femmes ne sont plus appelées à domicile et les médecins ont appris à se passer d'elles à l'hôpital : l'école est fermée en 1938.

A partir de 1895 dans le Wisconsin, plus tôt ou plus tard ailleurs, les médecins ont peu à peu remplacé les sages-femmes. Cette mise à l'écart n'était pas inéluctable. D'autres groupes professionnels, comme les infirmières ou les masseurs, se sont bien mieux défendus : en enseignant dans leurs écoles un corps spécifique de doctrine et en participant aux jurys d'examens, ils ont réussi à se faire reconnaître une place indispensable aux côtés des médecins.

Le deuxième acte de l'éradication des sages-femmes est mené par les médecins qui accouchent à domicile et critiquent les sages-femmes pour leur ignorance et leur saleté. Après 1850, ces médecins progressent dans les accouchements des femmes aisées nées aux Etats-Unis, à des rythmes différents suivant l'ancienneté du peuplement. Dès 1894, l'Etat du Massachusetts interdit purement et simplement aux sages-femmes de faire des accouchements, qui seront réservés aux seuls médecins. Jusqu'en 1910, on y tolère encore les vieilles sages-femmes dans les quartiers populaires, souvent peuplés d'immigrés ; mais après 1910, elles sont poursuivies et disparaissent. Dans les Etats du centre, où les immigrés sont encore très nombreux, il ne peut être question de les chasser brutalement (dans le Wisconsin, elles ne seront interdites que dans les années 1930). Le remplacement des sages-femmes par des médecins dans les accouchements à domicile se fait progressivement, d'abord chez les familles nées aux Etats-Unis, puis chez les immigrés de la deuxième génération ; certains médecins appartiennent eux-mêmes à ces communautés immigrées. A Madison, la capitale du Wisconsin, dès 1919, il n'y a plus de sage-femme dans l'annuaire professionnel.

Mais les généralistes, à leur tour vont être évincés des accouchements. L'offensive contre eux commence en 1912 quand le docteur John Whitridge Williams, professeur d'obstétrique à la prestigieuse université Johns Hopkins de Baltimore, enquête sur la formation des médecins généralistes dans les écoles de médecine des USA. Son constat est accablant : la formation des étudiants en obstétrique est mauvaise ; elle est trop théorique, et pas assez clinique ; la plupart ont assisté au mieux à cinq accouchements et sont incapables de faire face aux urgences obstétricales (hémorragies, césariennes) ; ils sont finalement responsables de davantage d'infections et de problèmes que les sages-femmes, plus expérimentées et plus prudentes. Williams plaide pour que les accouchements soient faits à l'hôpital par les seuls obstétriciens. En 1920, dans un article de l'*American Journal of Obstetrics and Gynecology*, consacré au "forceps prophylactique", l'obstétricien DeLee renchérit en souhaitant l'élimination définitive des non spécialistes : il démontre que la naissance est un processus pathologique, qui doit être pris en charge par une médecine moderne et scientifique, qui se pratique exclusivement dans les hôpitaux. Il veut contribuer à l'avènement d'une obstétrique "idéale", à base d'interventions chirurgicales (forceps "prophylactique" et épisiotomie systématique) et médicamenteuses (anesthésie générale). Williams et DeLee seront entendus, sans doute même au delà de leurs espérances : à partir des années 1920, les femmes américaines vont massivement accoucher dans les hôpitaux, où l'accouchement est de-

venu un acte hyper médicalisé, pratiqué uniquement par des obstétriciens, la plupart de temps sur des femmes attachées à la table gynécologique sous anesthésie générale, avec forceps et épisiotomie. Pourquoi les femmes américaines ont-elles accepté cette extrême médicalisation de la naissance ? Il est clair qu'elles ont été sensibles à la propagande des obstétriciens qui faisaient de l'accouchement un processus pathologique ; elles ont aussi pensé que la naissance à l'hôpital était un progrès de la modernité ; pour certaines même, l'hôpital pouvait apparaître comme un lieu idéal de repos ; enfin, elles étaient désireuses de ne pas souffrir et demandaient l'anesthésie que les médecins ne voulaient plus pratiquer hors du milieu hospitalier.

Ce faisant, il est clair qu'elles ont été dupées : non seulement, elles ont été privées de l'entourage familier des naissances à domicile, se retrouvant "seules au milieu d'étrangers", mais elles n'ont pas gagné en sécurité, car les taux de mortalité maternelle à l'hôpital n'étaient pas meilleurs que ceux des sages-femmes à domicile. En 1930, dans les hôpitaux américains, on compte 670 morts maternelles pour 100 000 naissances, taux comparable à celui de Martha Ballard, sage-femme à mains nues du XVIII^{e} siècle. Les taux ne baisseront qu'à partir des années 1940, avec l'utilisation des sulfamides, des transfusions sanguines et, après 1945, des antibiotiques.

Dans ces années 1920-1930, où se font les transferts massifs des naissances du domicile à l'hôpital, les sages-femmes n'ont pas su réagir : elles n'ont pas pu entrer à l'hôpital, quand il est devenu le lieu de la majorité des naissances. Comment ont-elles pu se laisser ainsi déposséder ? Même si l'offensive des médecins contre elles a été rude, ce n'est pas un combat entre des hommes forts et des femmes faibles, car les infirmières (*nurses*), elles, ont su se faire reconnaître comme indispensables par les médecins, en acceptant le rôle d'auxiliaires spécialisées en obstétrique (*nurse-midwives*). Les sages-femmes américaines n'ont pas su doter leur métier d'une formation reconnue et se professionnaliser face aux médecins. A partir des années 1930, il n'existe plus de sages-femmes, sauf auprès des populations pauvres et/ou noires des États du sud.

5 L'aventure des sages-femmes à cheval du Kentucky (1925-1940)

En 1925, commence sous la direction d'une femme énergique, Mary Breckinridge (1881-1965), une entreprise originale de réhabilitation des sages-femmes rurales, appelée le *Frontier Nursing Service*. New Yorkaise d'origine, Mary Breckinridge est infirmière de formation. Après la Première Guerre mondiale, elle fait partie d'un contingent d'infirmières visiteuses américaines, envoyées en France par l'*American Committee for Devasted France,* pour aider à soigner les populations civiles dans les régions ruinées par la guerre. Dans l'Aisne, en 1920-21, où elle coordonne des distributions de vivres et de médicaments, elle a l'occasion de rencontrer et d'apprécier des sages-femmes de village et aussi de voir travailler des infirmières sages-femmes (*nurse-midwives*) anglaises. Après une formation complémentaire en Angleterre comme *nurse-midwife*, elle retourne aux États-Unis avec l'idée d'y introduire le système anglais. Après avoir formé spécialement quelques dizaines d'infirmières sages-femmes, elle choisit de les faire travailler en autonomie dans un canton rural particulièrement pauvre et isolé des montagnes de l'est du Kentucky.

À cet effet, elle crée en 1925 le *Frontier Nursing Service,* pour s'occuper de la santé des femmes et des enfants : c'est une association philanthropique privée, à laquelle la responsable du bureau local pour la Protection maternelle et infantile, acquise au tout médical, n'a pas voulu s'associer. Mais la fondatrice a su convaincre Henry Ford à Detroit et quelques autres grandes fortunes industrielles d'en être les contributeurs, au nom de l'importance de la conquête de cette dernière "frontière", que constitue la protection de la santé des populations rurales. Avant toute action, elle commence par rencontrer cinquante-trois vieilles sages-femmes rurales, bien intégrées dans leur communauté, qu'elle écoute avec bienveillance et dont elle recueille les tours de main et les recettes empiriques. Dans le livre qu'elle rédige après ces entretiens [9], elle mentionne l'interventionnisme souvent téméraire de ces vieilles femmes (le toucher vaginal répété, ou les versions, en cas de mauvaise présentation), leur bonne connaissance des différentes positions d'accouchement, des herbes médicinales et leur impuissance devant les hémorragies du post-partum : la plupart ne savent que réciter les versets d'Ezéchiel, ou placer sous le lit une hache avec la lame en l'air !

Petit à petit, Mary Breckinridge installe des *nurse-midwives* deux par deux dans les localités les plus reculées : pour ne pas faire concurrence aux médecins, elles doivent s'établir uniquement dans les campagnes les plus pauvres ; elles voyagent à cheval (on les appelle familièrement *"nurses on horseback"*) et vivent simplement au milieu de la population (un hôpital d'une dizaine de lits est prévu au chef-lieu, pour les cas les plus graves). Au début, elles observent, font des statistiques et vaccinent quelques enfants ; les parturientes leur préfèrent les vieilles sages-femmes de village. Petit à petit, elles gagnent la confiance des femmes, suivent les grossesses (ce qui est nouveau par rapport aux sages-femmes traditionnelles), et accouchent à domicile, en prenant en charge toutes les urgences obstétricales, car les obstétriciens sont beaucoup trop loin. L'association a le souci de faire des statistiques précises, pour justifier l'utilisation des fonds auprès des donateurs : de 1925 à 1937, 3000 accouchements ont été effectués ; il n'y a eu que six césariennes et quatorze forceps, très peu d'épisiotomies et moins de mortalité maternelle (aucune de 1925 à 1934, et deux seulement en 1935-37) que dans la grande ville voisine de Lexington, où toutes les femmes accouchent à l'hôpital sous la supervision d'un obstétricien. Avec la Grande Dépression des années 1930, les fonds viennent à manquer et l'entreprise s'arrête dans les années 1940.

6 Les revendications d'un accouchement « naturel »

A partir des années 1960, on assiste à une réaction des femmes américaines contre l'accouchement hyper médicalisé. L'accouchement « moderne » était alors un accouchement à l'hôpital où l'obstétricien imposait à la parturiente une série de protocoles invasifs : lavement et rasage du pubis, administration de calmants, accouchement sur le dos, bras et jambes attachés à la table, anesthésie souvent générale, avec pour conséquence l'utilisation fréquente des forceps et le recours quasi-systématique à l'épisiotomie. Les suites de couches étaient souvent difficiles à cause de l'atonie des mères

9. Breckinridge, Mary, *Wide Neighborhoods. A Story of the Frontier Nursing Service*, Harper, New York, 1952. Ettinger, Laura, "Midwives on horseback : saddlebags and science", sur Internet : http ://americanhistory.si.edu/blog/midwives-horseback-saddlebags-and-science *(film et objets autour de Mary Beckenridge et des sages-femmes du Kentucky).*

et des bébés et des pratiques systématiques de séparation des mères et des nouveaunés au nom de l'hygiène. Un courant féministe, stimulé par le succès du livre de Betty Friedan, *The Feminine Mystique* (1963), revendique le droit pour les femmes d'avoir une naissance "naturelle", sans anesthésie, sans forceps et sans épisiotomie.

Les féministes américaines s'intéressent aux travaux de l'obstétricien anglais Grantly Dick-Read (1890-1959). Médecin formé à l'université de Cambridge, il assiste pendant la guerre de 1914 à deux accouchements « naturels », dans lesquels la parturiente ne souffre pas. De 1923 à 1948, il est accoucheur à Woking dans la banlieue de Londres et construit peu à peu sa méthode d'accouchement « sans peur ». Il condamne l'accouchement « scientifique », où la femme accouche sous anesthésie et propose l'accouchement « selon la loi naturelle ». La femme doit être préparée pour supprimer la peur, qui cause la douleur : « *La peur entraîne une tension des muscles, en particulier de l'utérus, et c'est cela qui donne la douleur. Il faut donc supprimer la peur pour supprimer la douleur. ... Il y a trois qualités pour la femme qui doit accoucher. La patience et le contrôle de soi pendant la phase de dilatation. Et la capacité de fournir un effort physique pendant la deuxième phase.* » Le corps de la femme enceinte doit être préparé par des exercices physiques spécifiques réguliers, notamment pour ouvrir le périnée, apprendre à respirer (respiration profonde et superficielle) ; les exercices de relaxation sont également très importants pour supprimer la peur. Dick-Read développe sa théorie dans *La naissance naturelle*, publié en 1933, partiellement à compte d'auteur, et qui ressort en 1942 sous le titre *Révélation de la naissance*. En 1944, ce livre est publié aux Etats-Unis sous un nouveau titre *La naissance sans peur, les principes de la naissance naturelle*. Dès 1947, Read fait une tournée de conférences aux Etats-Unis, où sa méthode devient très populaire. Le 30 janvier 1950, le magasine *Life*, hebdomadaire à grand tirage, consacre un long article, illustré de belles photos, à un accouchement « sans peur », réalisé à la clinique de l'université Yale [10]. Aux Etats-Unis, la méthode Read a été la fois confortée et oubliée à la fin des années 1950, quand la méthode Lamaze est devenue très populaire.

7 Le succès de la méthode Lamaze aux USA à partir des années 1960

Fernand Lamaze (1890-1957), ancien résistant et compagnon de route du Parti Communiste, est accoucheur à Paris, à la fois dans les beaux quartiers et à la polyclinique des métallurgistes de la CGT de la rue des Bluets. Cherchant à combattre les douleurs de l'accouchement par d'autres moyens que l'anesthésie générale, seule méthode de soulagement pratiquée jusqu'alors, il s'intéresse aux travaux d'un professeur d'obstétrique russe, Nikolaiev, qui applique les résultats des recherches de Pavlov sur les réflexes conditionnés, à l'éducation physique et psychique de la femme enceinte : bien éduquée, bien préparée, bien conditionnée, bien accompagnée, toute femme peut arriver à accoucher sans douleur. En septembre 1951, participant à une mission médicale en URSS, Lamaze réussit (non sans mal) à assister à Léningrad à un accouchement contrôlé par ce qu'il appelle une "psycho-thérapie ». A la maternité des Bluets, dans les premiers mois de 1952, il met au point avec son assistant Pierre Vellay, une méthode

10. Thomas, Mary, *Post-War Mothers. Childbirth Letters to Grantly Dick-Read, 1946-1956*, Rochester, universityof Rochester Press, 1997.

nouvelle, peu à peu perfectionnée et originale par rapport au modèle soviétique. Le premier accouchement « sans douleur » a lieu en 1952 aux « Bluets », sous la direction de Lamaze et de son équipe. En 1952, 500 accouchements "sans douleur" sont réalisés aux Bluets. Dans un rapport publié à cette époque, Lamaze insiste sur l'efficacité de sa méthode : « *la maternité du métallurgiste est une maternité où l'on ne crie plus. On n'y crie plus parce que l'on n'y souffre plus.* [11] »

En 1959, paraît à New York le livre à succès de Marjorie Karmel, *Thank you, Dr. Lamaze*. Il est écrit par une jeune américaine qui, grâce à Lamaze, a accouché à Paris de sa fille Marianne dans la joie. Souhaitant faire partager cette expérience lors de son retour aux USA, elle fonde en 1960 à New York l'American Society for Psychoprophylaxis in Obstetrics (ASPO) qui réunit des personnels soignants (dont quelques médecins comme le docteur Irwin Chabod) et de futurs parents autour de « la méthode Lamaze-Pavlov de naissance sans douleur » (« *The Lamaze-Pavlov Method of Childbirth without Pain* »). Cette société, rebaptisée plus tard *Lamaze International,* organise des préparations à l'accouchement selon la méthode Lamaze, sous la direction d'une sage-femme, Elizabeth Bing, née à Berlin, et immigrée aux USA. Dans son appartement de New York, elle prépare les femmes à l'accouchement, d'abord selon la méthode de Read, puis selon la méthode Lamaze. Toutes ces expériences ne réussissent que là où des médecins sont prêts à prendre l'initiative de changer les pratiques ; elles n'ont pas pour but de redonner du pouvoir aux sages-femmes, qui restent toujours leurs auxiliaires à l'hôpital (*nurses-midwives*).

La propagande pour la psychoprophylaxie se fait grâce à des manuels, des émissions de radio et le bouche à oreille des femmes qui ont bénéficié de la méthode. Même si, en ces temps de guerre froide, l'origine soviétique de la méthode a vite été oubliée grâce au succès du livre de Karmel, qui est suivi en 1963 d'une tournée aux USA de Pierre Vellay qui a été l'assistant de Lamaze aux Bluets.

Aux USA aujourd'hui, paradoxalement, le nom de Lamaze, devenu une marque, est plus connu qu'en France. Lamaze a éclipsé peu à peu le nom de Dick-Read, qui avait pourtant représenté une première alternative à l'accouchement surmédicalisé des maternités américaines. Contre la méthode Lamaze, les critiques des obstétriciens installés dans leurs protocoles anesthésiques sont virulentes : ils pointent les dangers de la psychoprophylaxie pour la mère et pour le bébé et le recours « antiaméricain » au conditionnement collectiviste pavlovien (même si le nom de Pavlov a été retiré du titre de la Société dès 1965). Pour convaincre les opposants, les quelques obstétriciens favorables à la méthode fournissent des preuves statistiques de son efficacité en remplissant des fiches normalisées à propos de chaque accouchement ; on y note le comportement de la femme pendant le travail, l'efficacité de ses efforts et le rôle de son mari. Comme en France, les médecins restent les maîtres du travail et distribuent les bons et les mauvais points aux femmes plus ou moins disciplinées. Malgré le côté scolaire de ces appréciations, les femmes qui ont eu un accouchement Lamaze se montrent en général actives et contentes d'avoir enfanté en pleine conscience et en toute dignité, même si certaines d'entre elles ont eu droit à quelques antalgiques. Les

11. Caron-Leulliez Marianne, George Jocelyne, *L'accouchement sans douleur. Histoire d'une révolution oubliée*, Paris, Editions de l'Atelier, 2004, p. 56.

années 1960 consacrent le rayonnement international de la psychoprophylaxie depuis l'épicentre parisien. En 1962, un congrès international réunit à Paris 400 obstétriciens adeptes de la psychoprophylaxie venus de 25 pays, y compris d'URSS et des démocraties populaires.

Aux Etats-Unis, les années 1971-73 sont celles où le succès des préparations et des accouchements Lamaze est à son point le plus haut, y compris dans les États du sud et du Midwest. Afin de dissuader les couples d'accoucher à la maison, les maternités offrent de plus en plus de lieux agréables, des procédures médicales allégées et sont favorables à la présence des pères, dont est reconnu le rôle de soutien que le personnel n'a pas le temps d'assumer. Dans le même esprit, sont ouverts des Centres de naissance alternatifs (*Alternative Birth Centers –ABC-*) gérés par des sages-femmes avec transfert possible vers un hôpital en cas de besoin.

Mais des expériences négatives de l'accouchement « sans douleur » commencent à être entendues. Après 1968, la discipline exigée de la parturiente par la PPO se démode partout en Europe et de nombreux témoignages insistent sur le fait que les promesses de l'accouchement « sans douleur » ne sont pas tenues. Aux USA la méthode Lamaze connaît pourtant une seconde jeunesse grâce aux mouvements New Age, féministes et de contre culture. Pour les jeunes femmes des années 1970, les douleurs obstétricales ne doivent pas être effacées, mais surmontées, pour faire de l'accouchement « naturel », si possible à la maison, un véritable rite de passage, en lien avec la Terre-Mère. En 1973, se tient dans le Connecticut, à Stamford, une rencontre internationale sur la naissance (150 femmes venues de douze États et de quatre pays - Michaels Paula, Lamaze, op. cit., p. 116-118). On y conteste le pouvoir des hommes sur le corps des femmes et on exalte la capacité des femmes à enfanter dans un espace familier, avec l'accompagnement soutenu d'une ou plusieurs compagnes qui ne sauraient être des sages-femmes, puisqu'elles n'existent plus. Pour les soutenir, des accompagnantes se présentent, formées sur le tas, qui reconstituent peu à peu une communauté de sages-femmes non institutionnelles, dites « laïques » (*lay-midwives*).

La personnalité la plus charismatique de ce renouveau de l'accompagnement profane des femmes en travail est Ina May Gaskin. Née en 1940 dans l'Iowa, Ina May a lu Grantly Dick-Read à 16 ans, mais ne songeait pas à devenir sage-femme. Elle mène d'abord la vie d'une jeune femme américaine ordinaire : études universitaires d'anglais, naissance d'un premier enfant sous anesthésie générale à l'hôpital, qui ne lui laisse que de mauvais souvenirs. En 1967, elle décide d'abandonner sa vie réglée pour suivre un gourou hippie, Stephen Gaskin, qu'elle épousera plus tard. En 1970, à l'occasion d'une tournée de conférences, Gaskin décide d'emmener toute sa tribu dans une caravane de bus à travers les USA. Dix accouchements "naturels" ont lieu dans les bus au cours de la tournée. Ina May commence à aider ses compagnes à accoucher et se découvre une vocation de sage-femme. Elle se forme sur le tas, grâce à des livres et à des conseils de médecins amis du groupe. En 1971, le groupe se sédentarise dans le Tennessee, à Summertown, près de Nashville, dans une grande propriété appelée "*The Farm*". La communauté comprend jusqu'à 1500 membres en 1980. C'est une population jeune dans laquelle les naissances sont nombreuses. Ina May crée pour les femmes le *Farm Midwifery Center* pour surveiller les grossesses et aider aux accouchements. Presque

toutes les naissances ont lieu à domicile, accompagnées par Ina May et d'autres sages-femmes, formées sur le tas comme elle.

A "la Ferme ", la parturiente est entourée de ses amis et de sa famille (compagnon, enfants, parents) ; elle est libre de ses mouvements pendant le travail ; elle accouche en général en position semi assise, appuyée sur son compagnon, sans anesthésie. L'utilisation du forceps est très rare et le taux de césariennes (1,8 %) est bien plus bas que la moyenne nationale (22 %). Ina May a mis au point une manœuvre obstétricale originale, venue du Guatemala, qui porte son nom (the "*Gaskin Maneuver*") et qui est reconnue par les obstétriciens américains : pour faire naître facilement les bébés présentant une dystocie de l'épaule, elle recommande de mettre la parturiente à quatre pattes, pour que le fœtus se mette naturellement en bonne position. En 1975, Ina May Gaskin publie, chez un éditeur du Tennessee, *Spiritual Midwifery*, best-seller plusieurs fois réédité depuis, vendu à plus de 500000 exemplaires. Dédié à "*toutes les merveilleuses sages-femmes avec lesquelles j'ai travaillé*", c'est à la fois le récit de sa vie engagée et un manuel d'obstétrique de base.

A partir de 1975-80, l'accouchement hospitalier se technicise de plus en plus : déclenchement du travail, monitoring, perfusion d'ocytocine, péridurale (22% des accouchements dès 1981 aux USA – contre 4% en France), césariennes de routine. Pourtant, la méthode Lamaze reste encore la manière américaine d'accoucher. En 1985, un million de couples ont suivi une préparation Lamaze, ce qui représente un quart des naissances. Mais la psychoprophylaxie n'est plus au centre de la méthode. Les cours ont changé : on a abandonné les techniques variées de respiration, on insiste sur la faible médicalisation (pas de déclenchement, pas de monitoring, pas de perfusions, pas d'accouchement sur le dos, pas de péridurale systématique) et sur la présence du père. On expérimente le yoga et d'autres techniques de relaxation.

8 La renaissance des sages-femmes

Ina May Gaskin a milité pour que la profession de sage-femme renaisse aux USA. Elle a contribué à créer en 1994 un diplôme pour les sages-femmes qui n'ont pas le diplôme d'infirmière. On les appelle les *Direct-Entry Midwives* ou *Lay Midwives* (« sages-femmes laïques »). Peu nombreuses, mais dynamiques, elles sont regroupées depuis 1982 dans un syndicat (*Midwives' Alliance of North America* – MANA-) qui est souvent en rivalité avec les sages-femmes infirmières de *l'American College of Nurse-Midwives – ACNM-*, qui sont les aides des obstétriciens dans les hôpitaux.

Au début, les sages-femmes sans formation reconnue sont interdites dans plusieurs Etats. Elles restent encore mal vues aujourd'hui encore à New York et à Chicago et sont de toute façon peu nombreuses (environ 15000). Ces sages-femmes, dont la profession est en train de renaître, sont considérées avec intérêt par une mince frange de la population, adepte d'écologie et de médecines douces. Certaines d'entre elles ont mis sur pied, parfois avec l'aide de médecins, des maisons de naissance (il y a actuellement environ 313 *Birth Centers*). L'équipement médical y est très réduit : de quoi contrôler les hémorragies ; des remèdes homéopathiques et des tisanes ; un stéthoscope fœtal et de quoi faire des points de suture. En cas d'urgence, un transfert est assuré dans un établissement hospitalier. En outre, de 2004 à 2009, elles ont

accompagné près de 17000 naissances à domicile auprès de femmes à bas risque de complications obstétricales[12] : 90% ont accouché chez elles comme prévu, 10 % ont dû être transférées à l'hôpital en cours de travail, où le taux des césariennes a été de 5,2 % (moyenne nationale : 31%), il y a eu peu d'extractions instrumentales et peu d'épisiotomies. De leur côté, les sages-femmes infirmières de l'ACNM (*American College of Certified Nurse-Midwives*) étaient un peu moins de 12000 en 2014 et ont accompagné 8,3 % des naissances, essentiellement à l'hôpital. En 2017, sur 3,8 millions de naissances annuelles aux USA, seules 0,52% ont eu lieu dans les Birth Centers et 0,99% à domicile (Birth, 2019, Jun ; 46 (2) : 279-288).

Aujourd'hui, il y a aux Etats-Unis environ 4 millions de naissances par an. La plupart des naissances ont lieu à l'hôpital (98%), dans un contexte d'extrême médicalisation. Pourtant, les taux de mortalité infantile (6 pour mille en 2013) et de mortalité maternelle (28 pour 100000) placent le pays environ au 20e rang mondial, ce qui n'est pas très glorieux. Regroupées ensemble, les quelques 27000 sages-femmes qui exercent actuellement n'ont pas réussi à reconquérir le terrain perdu dans la première moitié du XXe siècle. Elles n'ont aujourd'hui qu'une ambition modeste : arriver à accompagner 10% des accouchements. Les médecins, quant à eux, veillent toujours à ne pas se laisser concurrencer par elles, grâce à leurs puissantes associations professionnelles : *American Medical Association* et *American College of Obstetricians and Gynecologists*.

Pourtant, l'intérêt du public pour la profession oubliée de sage-femme ne faiblit pas. Il est entretenu par la publication et le succès éditorial de récits de vies de vieilles sages-femmes. Citons entre autres le livre de Katherine Clark, *Motherwit : An Alabama Midwife's Story*, 1989 (mémoires de Onnie Lee Logan, sage-femme noire de l'Alabama,) ; en 1990, le livre, déjà évoqué, de Laurel Thatcher Ulrich, à propos du journal de Martha Ballard, qui a gagné un prix Pulitzer ; autre succès de librairie en 1996 : *Listen to me Good*, autobiographie de Margaret Charles Smith, sage-femme de l'Alabama (« granny midwife »), active de la fin des années 1940 jusqu'en 1980, enregistrée par Linda Janet Holmes.

L'histoire de la naissance aux Etats-Unis est donc originale par rapport à celle de l'Europe occidentale : au XIXe siècle, les sages-femmes n'ont pas réussi à mettre en place de manière pérenne, une formation savante et diplomante, qui aurait pu leur garantir revenus et indépendance. Elles ont été éliminées par des médecins et des obstétriciens, persuadés que tout accouchement est dangereux et doit se faire à l'hôpital sous anesthésie générale. Les femmes américaines ont accepté cette manière américaine d'accoucher au nom de la modernité et aussi parce que, depuis le milieu du XIXe siècle, elles ne voulaient plus souffrir en enfantant. Néanmoins, c'est d'Europe que sont venues dans les années1940 -50 deux méthodes nouvelles, celle de Read, puis celle de Lamaze, qui permettaient d'atténuer les douleurs non plus par l'anesthésie, mais par la psychoprophylaxie. La méthode Lamaze, plus connue aujourd'hui outre-Atlantique qu'en France, a permis à une forte minorité de féministes de se détacher du

12. Cheyney M, Bovbjerg M, Everson C, Gordon W, Hannibal D, & Vedam S, « Outcomes of Care for 16,924 Planned Home Births in the United States : The Midwives Alliance of North America Statistics Project, 2004 to 2009 », Journal of Midwifery and Women's Health, Volume 59, Issue 1 January/February 2014, Pages 17–27.

lourd modèle de l'accouchement sous anesthésie générale pour retrouver du pouvoir sur leur corps. C'est aussi cette demande d'une manière plus « naturelle » d'accoucher qui a permis la renaissance, encore timide, de la profession de sage-femme.

Bibliographie

Borst, C. G., 1995, *Catching Babies. The Professionalization of Childbirth, 1870-1920*, Cambridge : Harvard University Press.

Breckinridge, M., 1952, *Wide Neighborhoods. A Story of the Frontier Nursing Service*. New-York : Harper.

Caron-Leulliez, M., George, J., 2004, *L'accouchement sans douleur. Histoire d'une révolution oubliée*. Paris : Editions de l'Atelier.

Ettinger, L., "Midwives on horseback : saddlebags and science", sur Internet : `http://americanhistory.si.edu/blog/midwives-horseback-saddlebags-and-science` *(film et objets autour de Mary Beckenridge et des sages-femmes du Kentucky)*.

Gaskin, I. M., 1975, *Spiritual Midwifery*. Summertown : Book Publishing Company.

Clark, K., 1989, *Motherwit : An Alabama Midwife's Story*. New York : Dutton.

Leavitt, J. W., 1986, *Brought to Bed. Childbearing in America, 1750-1950*. New York : Oxford University Press.

Michaels, P., 2014, *Lamaze. An international History*. New York : Oxford University Press.

Sage Pranchère, N., 2017, *L'école des sages-femmes. Naissance d'un corps professionnel (1786-1917)*. Tours : Presses de l'Université François-Rabelais.

Smith M. C., Holmes, L. J., 1996, *Listen to me good : the life story of an Alabama midwife*. Colombus : Ohio State University Press.

Thatcher U., L., 1990, *A Midwife's Tale. The Life of Martha Ballard, Based on her Diary, 1785-1812*. New York : Alfred A. Knopf, Inc.

Thatcher U., L., 1998, "Ihre Arbeit – seine Arbeit. Geburtberichte in Tagebüchern aus Neu-England im 18. Jahrhundert", Schlumbohm, J., Duden B., Gélis J., Veit P. (dir.) *Rituale der Geburt. Eine Kulturgeschichte*. München : Beck, p. 30 – 49.

Thomas, M., 1997, *Post-War Mothers. Childbirth Letters to Grantly Dick-Read, 1946-1956*. Rochester : University of Rochester Press.