Sacrée sage-femme ou sage-femme sacrée ?

Entre pratiques et récits des pratiques (XIX^{e}-XXI^{e} siècles en Valais)

Claude-Alexandre Fournier

Professeur à la Haute École de Santé,
HES-SO Valais-Wallis, Haute École Spécialisée de Suisse Occidentale

Résumé : Sacrée sage-femme ou sage-femme sacrée ? Répondre à la question nécessite de comprendre, dans une perspective historique, comment une dimension religieuse peut se construire à partir ou dans une identité « professionnelle ». Quatre étayages ont été identifiés : les prédispositions à exercer, certaines conditions de pratique, une place particulière dans une communauté et un rôle dans l'origine des bébés. Ces étayages ont été à la source de récits à caractère religieux. La présente étude explore comment la professionnalisation du « naître » en modifiant l'ensemble du processus de formation et le contexte de pratique va progressivement enlever toute possibilité d'étayage d'une dimension religieuse à l'identité professionnelle de la sage-femme. De la marraine d'avant le XIX^{e} siècle à l'homme sage-femme du XXI^{e} siècle, la culture maïeutique, avec le discours religieux qui peut l'accompagner, ne disparaîtra pas pour autant. Elle pourra s'exprimer au travers de récits en fonction des contextes de pratique qui légitiment ou non certains types de discours.

Mots-clés : identité, sage-femme, religion, pratique obstétrique, récit.

Introduction

Matrone, marraine, sage-femme, homme sage-femme quatre termes utilisés à des périodes et lieux différents pour désigner la personne qui accompagne la naissance. Les différentes dénominations renvoient à diverses constructions identitaires liées au « naître ».

L'identité de la sage-femme pensée en termes d'identité professionnelle nécessite de considérer différents éléments, en premier lieu les possibles prédispositions qui sont identifiées, et racontées, dans une société au sujet de la future femme qui va être formée pour accompagner la naissance. Puis, d'un point de vue identitaire, le temps de formation est une période déterminante car, les savoirs et pratiques transmis délimitent un champ d'intervention, une identité. La formation à partir du XIX^{e} siècle va progressivement s'appuyer sur des écrits, principalement des manuels d'accouchement qui vont supplanter la transmission orale des savoirs expérientiels. Finalement, l'identité de la sage-femme va se forger au contact du terrain. Les environnements physique et social dans lesquels va évoluer la sage-femme, et les liens qu'elle va entretenir avec lui, façonneront son identité.

Sur l'ensemble de ces éléments peuvent s'étayer des récits, dans lesquels peut émerger une dimension « religieuse ». À quelles conditions une telle dimension apparaît, telle est la question de la présente étude. Pour ce faire, les vallées latérales du Valais [1] comme ancrage spatial et la période du XIX^{e} siècle au XXI^{e} siècle seront le cadre de cette recherche.

1 La marraine

La matrone, marraine [2], « celle qui aide à naître », et ses pratiques nous ont plus particulièrement été connues quand sa place fut remise en question, quand sa légitimité dans cette fonction fit débat. Les transformations dans l'accompagnement du naître qui émergent au XIX^{e} siècle, dans un rapport de pou-

1. Canton des Alpes suisses.

2. Ainsi nommée à Nendaz d'où provient l'essentiel des sources pour documenter cette figure d'avant la professionnalisation (Schüle, 1979).

voir au monde médical, font émerger des récits peu flatteurs des maïeuticiennes. Ces mêmes maïeuticiennes feront l'objet, comme nous le verrons, d'une réhabilitation quand le modèle de la prise en charge hospitalière de la naissance s'imposera dans la deuxième moitié du XX^{e} siècle. Ainsi, le regard porté sur les maïeuticiennes d'avant la professionnalisation nécessite de se tenir sur un fil ténu entre discrimination et idéalisation. Sur ce fil, les travaux des historiens par leurs recherches sur les contextes des pratiques et les travaux des ethnologues à partir du lexique, des objets et de leurs usages permettent de redessiner, de restituer, une image de la maïeuticienne.

La marraine dans son accompagnement de la naissance est placée sous l'autorité du curé. Jusqu'au milieu du XIX^{e} siècle le choix d'une nouvelle marraine revient à la communauté des femmes, supervisée par le curé (Schüle, 1979). Une double acceptabilité, sociale et ecclésiale, est nécessaire pour pratiquer l'art de la maïeutique. L'acceptabilité sociale se joue notamment sur la confiance aux supposées prédispositions de la future marraine pour cette tâche. Les suppositions de la communauté des femmes s'appuient sur la confiance en la transmission, dans certaines familles de guérisseurs ou rebouteux, de savoirs « médicaux » et d'un regard capable de lire des processus en partie cachés (C.-A. Fournier, 2013). Rappelons que dans ce type de société, le cadre de transmission naturel est la famille et que des récits circulent dans la communauté sur l'exercice de ces facultés. De même, l'expérience d'avoir été mère est une source d'acceptabilité sociale. Quant à elle, l'acceptabilité ecclésiale se joue sans doute en terme de moralité mais, plus sûrement, en terme de contrôle social. En effet, du fait de sa fonction le curé ne peut intervenir dans l'intimité des couches, son autorité ne peut être que médiatisée par une personne de confiance seule habilitée à veiller au devenir, en particulier spirituel, du nouveau-né. Prodiguer, si besoin, un baptême d'urgence, dénoncer un acte malveillant porté à l'enfant, annoncer une naissance illégitime, voilà quelques prérogatives du curé déléguées à la marraine en vue d'un contrôle social.

Le creuset de la formation de la future marraine est le temps et le lieu de l'accouchement lui-même. C'est en suivant la marraine en fonction que les actes s'apprennent, que le regard se construit, s'affine. L'apprenante s'inscrit de cette manière dans une longue tradition d'accompagnement de la naissance par, et dans un groupe de femmes. Elle acquiert de ce fait principalement des savoirs et des pratiques expérientiels liés à une tradition. Le recours à certaines pratiques « pagano-chrétiennes » dépendra, en fonction de chaque situation et de chaque marraine, de la frontière entre un accouchement eutocique et un accouchement dystocique ou, avec d'autres mots, entre une situation maîtrisable et une autre qui ne l'est plus. Les seuls savoirs, pratiques, transmis par les hommes sont ceux liés à la pratique du baptême. Comme l'a montré Gélis (Gélis, 1984) en France ou Marie-France Vouilloz Burnier (Vouilloz Burnier, 1995) en Valais, le curé éduque les futures matrones, marraines à la bonne pratique du baptême. Ainsi, la formation s'appuie peu, pour ne pas dire pas, sur des sources écrites. Les manuels d'accouchement qui apparaissent au XVIII^{e} siècle en France deviendront des sources de formation uniquement au début du XIX^{e} siècle quand le Valais deviendra pour peu de temps le Département du Simplon et qu'une politique publique de formation des sages-femmes sur l'initiative des médecins verra le jour.

En l'absence de politique publique de santé et d'un corps médical constitué, la marraine a un champ d'intervention très large. Elle s'occupe « naturellement » du « naître » mais aussi du « mourir » (C.-A. Fournier, 2016a) ; du « naître » chez l'humain mais aussi chez l'animal. Des demandes dans ce sens, tant du point de vue des toilettes mortuaires que de la naissance du bétail seront encore faites aux sages-femmes jusqu'au milieu du XX^{e} siècle (Favre, 1982 ; C.-A. Fournier, 2013 ; Schmidt, 2000).

L'accompagnement à la naissance des marraines sera fortement déterminé par l'environnement tant physique que social dans lequel il se déroule. L'environnement physique est caractérisé, dans les vallées latérales et cela jusque dans la première moitié du XX^{e} siècle, par l'isolement et un espace productible diffi-

cile à travailler. Cet environnement a façonné une culture de la survie, quasi autarcique, nécessitant une forme de nomadisme ; culture dont le « naître » fait partie. Tout comme pour la formation, l'environnement social de l'accompagnement de la naissance se fait dans un environnement exclusivement féminin. Celui-ci s'insère dans une sociabilité familiale, villageoise et religieuse. La marraine occupe un rôle central dans la sociabilité villageoise. Elle accompagne le début et la fin de la vie, participant de fait, au « cycle vital » (Gélis, 2010), au renouvellement des générations. Elle induit des rapports de sollicitude (Azcue, 2012) à l'intérieur de la communauté, sollicitude qui place l'intérêt du collectif avant le sien propre. De même, bien qu'elle porte une responsabilité pour l'ensemble de sa pratique, cette responsabilité est supportée par le collectif dans un rapport de soumission à l'institution religieuse. Institution qui non seulement propose les catégories pour penser ce moment de la naissance et ses aléas mais qui a vu le rite du baptême investi comme seul rite d'intégration à une communauté des vivants et des morts.

Les récits de certaines facultés dans l'art de guérir, de situations où la marraine sauve l'enfant ou lui redonne la vie, ou encore sauve la maman, ont contribué à parer l'identité de la marraine d'une dimension « religieuse ». À côté de l'identité produite dans l'être et le faire [3] (Brignon et Ravestein, 2015), sa place dans la communauté vue comme une forme de vocation et son lien à l'origine des bébés (elle connaît, dans bon nombre de récits populaires, où aller chercher les bébés (Gélis, 1984 ; Schüle, 1977, 2002), ont participé, aussi, à doter d'une dimension « religieuse » ce que nous appellerions aujourd'hui une identité professionnelle.

Le XIX^e^ siècle verra apparaître deux nouveaux intervenants dans le champ de la naissance, la sage-femme et le médecin obstétricien. Leur arrivée va remodeler les identités des personnes qui participent à l'accompagnement du naître.

3. Y compris dans le fait de prodiguer des baptêmes.

2 La naissance de la sage-femme (XIX^e siècle)

Le XIX^e siècle sera celui de la professionnalisation du naître. Le corps médical, avec l'appui du politique, va progressivement prendre le pouvoir dans l'art de guérir et dans celui d'aider à naître (Barras, 2002). Les personnes qui accompagnent la naissance passeront des mains du curé à celles du médecin. Cette prise de pouvoir s'accompagnera d'une forte discrimination des marraines, tolérées pour un temps et dans certains lieux par manque de personnel « formé ». Cette discrimination est notamment véhiculée par des récits littéraires, comme la figure de Sarah Gamp sage-femme alcoolique et incompétente mise en scène par Charles Dickens dans *Martin Chuzzlewit* en 1844, qui remettent en question la moralité de la marraine et les savoirs dont elle se targue. Les récits populaires transmis de manière orale ne sont pas en reste et il est possible de percevoir dans les dires d'Adeline, sage-femme en Valais dès 1929, des traces de ce jeu de pouvoir et de son intériorisation :

> « Chez les gens il y avait toujours une bouteille de vin sur la table. Les sages-femmes dans le temps avaient tendance à boire parce qu'on leur offrait à boire et à manger, de la saucisse, du jambon, de la viande salée ; tous les jours une belle tablée, et toujours du vin. Celles qui avaient envie de boire, buvaient. Moi, je voulais du café [4]. » [Favre, 1982, p. 132.]

Ainsi, la sage-femme passera progressivement sous l'autorité du médecin. La communauté des femmes et le curé vont être dessaisis de leur possibilité de choisir la future marraine car dès 1804, avec la mise en place d'une politique de santé, les communes seront sommées par l'État d'envoyer des jeunes filles ayant une moralité sans reproche et un niveau d'instruction élémentaire suffisant se former auprès des médecins pour des cours de sages-femmes. L'affrontement entre une culture obstétrique et une culture maïeutique est tangible dès les détermi-

4. Adeline a intégré la représentation négative de la marraine et s'en distingue.

nants du choix des futures praticiennes de l'accompagnement à la naissance. En effet, l'État invite les communes à proposer des jeunes femmes, donc de potentiellement faire fi de l'acceptabilité sociale qui privilégiait l'expérience personnelle (avoir des enfants) et des prédispositions supposées pour ce type de pratique. Le contrôle de la moralité, donc de l'acceptabilité ecclésiale, passe par un certificat de bonnes mœurs qui doit être délivré par les communes et qui, de fait, est souvent établi par les curés de paroisse.

La formation de la future sage-femme, régie et légitimée par l'État, consiste durant l'ensemble du XIX^{e} siècle en des cours théoriques de quelques semaines (Vouilloz Burnier, 1995). Les savoirs uniquement théoriques transmis lors de ces cours (dont il ne reste que peu de traces) s'appuient sur l'utilisation de certains manuels d'accouchement. Un changement de cadre de formation et de mode de transmission seront nécessaires pour que l'écrit devienne un appui dans la construction d'un savoir « propre » à la naissance et donc d'une identité professionnelle qui se distingue de celle de la marraine. Le fait que les manuels d'accouchement s'imposeront dès le début du XIX^{e} siècle ouvre une brèche, car le savoir produit autour de la naissance et qui légitime la pratique sera constitué par des médecins, sans aucune référence à la tradition d'accompagnement de la naissance faite depuis des millénaires par le groupe de femmes. Ainsi l'écrit, instrumentalisé par un groupe qui va progressivement s'approprier le pouvoir dans l'art de soigner et dans l'art du naître (et du mourir), va construire un champ d'intervention de la sage-femme et déterminer ce que nous appellerions aujourd'hui des « bonnes pratiques ». Dans ce sens les manuels d'accouchement, au-delà des savoirs transmis, construisent et imposent une identité professionnelle. Le changement de cadre de formation (le groupe de femmes lors de l'accouchement *versus* des cours théoriques donnés par des hommes), de type de savoirs transmis (théoriques versus expérientiels, exogènes *versus* endogènes) et la médicalisation de la naissance ont érigé des lignes de tensions, des ancrages identitaires qui perdurent encore de nos jours en fonction de la culture soit obstétrique

soit maïeutique à laquelle ou auxquelles, car elles ne sont pas exclusives, la sage-femme se rattache.

Le champ d'intervention de la sage-femme, de par la professionnalisation du naître, se trouve soumis au contrôle du médecin, contrôle légitimé par un cadre législatif portant sur l'exercice illégal de la médecine. Son contrôle porte plus loin que celui du curé car il devient un « acteur légitime pour intervenir dans l'intimité des couches » (Azcue, 2012, p. 167). La sage-femme voit progressivement son champ d'intervention diminuer au profit du médecin obstétricien. Son intervention se voit cantonnée à l'accouchement eutocique. Cependant, dans la réalité du terrain, l'absence d'un médecin disponible dans la temporalité du travail de l'accouchement agrandit, de fait, son champ d'intervention.

En effet, les modifications dans l'environnement physique de la pratique, notamment en terme d'infrastructures de transports, n'évoluent guère au XIX^{e} siècle dans les vallées latérales du Valais. La sage-femme, anciennement liée à la communauté par un « contrat moral » avalisé par le curé devient liée aux citoyens de la commune par un rapport contractuel. En effet, la commune participe aux frais de formation en échange de l'assurance d'une pratique sur le territoire communal d'au moins dix ans (Sage Pranchère, 2014). L'ancrage dans un espace physique de la pratique d'une jeune femme appartenant à la communauté lui permet de conserver son rôle central dans la sociabilité villageoise et sans doute aussi une forme d'acceptabilité sociale. La solidarité publique ne remplace pas pour autant la sollicitude, car ce passage nécessite une anonymisation de la prise en charge et une monétisation des services ce qui n'était pas le cas au XIX^{e} siècle et, en partie, au début du XX^{e} siècle.

Les marraines s'inscrivaient dans une catégorie d'individus de la communauté avec un statut particulier car dépositaires d'un savoir non partagé par la communauté et, surtout, ayant une capacité de voir des processus cachés. D'un point de vue identitaire et d'une possible dimension « religieuse » de celle-ci, la sage-femme du XIX^{e} siècle « perd » cette confiance en la trans-

mission de prédispositions dans l'art de guérir. Par contre, tant au niveau des pratiques des accouchements que des baptêmes d'urgence elle reste celle qui sauve [5] et qui prodigue des rituels religieux. Elle conserve son rôle malgré les modifications d'organisations de la société, notamment par la disponibilité dont elle fait preuve. De même, les histoires liées à l'origine des bébés, dans lesquelles la sage-femme joue un rôle central perdurent sans doute sous l'effet d'une faible pénétration des théories biologiques de la naissance dans les communautés alpines et du tabou entretenu par l'Église sur la sexualité.

Le XX^{e} siècle sera celui du basculement des naissances à domicile en institutions de soins et de l'émergence de la sage-femme hospitalière. Il voit aussi « l'aboutissement de la mainmise du corps médical sur la formation des sages-femmes » (C.-A. Fournier, 2013, p. 94) et l'ouverture des écoles de sages-femmes.

3 La naissance de la sage-femme hospitalière (XX^{e} siècle)

Deux cohortes doivent être considérées séparément : les sages-femmes indépendantes de montagnes nouvellement formées dans les écoles de sages-femmes qui bénéficient de l'infrastructure hospitalière pour leurs accouchements et les sages-femmes hospitalières qui sont engagées par l'État dès 1972 quand les maternités deviennent des structures fermées [6].

Pour accéder aux formations délivrées par les écoles de sages-femmes, seules légitimées à le faire à partir de 1921 (pour le Valais), différents documents doivent être fournis, dont un certificat de bonnes mœurs délivré par la commune, et la réussite à un examen d'entrée. La création de maternités dans les hôpitaux va profondément modifier la formation des sages-femmes. En effet, les écoles, en instaurant une formation duale, font de l'hôpital le pendant pratique aux cours donnés dans celles-ci. La césure entre savoirs expérientiels et savoirs théoriques s'en trouve réduite. Cependant le contexte de formation pra-

5. Apparaît progressivement la transgression d'un cadre de pratique (dont il sera plus question au point 3).

6. Donc ne devenant plus accessibles aux sages-femmes exerçant en libéral.

tique, l'hôpital versus le domicile, joue sans doute un rôle sur les pratiques et les discours légitimés dans ce cadre. Le manuel d'accouchement qui sera uniformisé dans les écoles romandes à partir de 1925 demeure un instrument privilégié dans la formation théorique. Il peut être vu, au-delà de la transmission de savoirs obstétriques, comme un instrument dans l'affrontement entre les restes d'une culture maïeutique et une culture obstétrique. L'usage du vin en est un bon exemple :

> « On peut permettre un peu de vin ou un peu de bière lorsque la femme a l'habitude d'en prendre, mais *il ne faut pas croire que cela soit d'une utilité quelconque*. Le lait est pour l'accouchée la meilleure des boissons. » [Guggisberg, Jung, Koenig, Labhardt et Rochat, 1919, p. 140.]

Il délimite un champ d'intervention pour la sage-femme, lui rappelant très régulièrement les limites de son intervention et sa dépendance au médecin :

> « La sage-femme doit appeler le médecin [...] Il faut appeler le médecin, [...] la sage-femme doit absolument appeler aussitôt le médecin. » [Guggisberg *et al.*, 1919, p. 377, 387, 389.]

La subordination au médecin et l'interdiction de pratiquer certaines interventions qui sont enseignées dans les écoles en s'appuyant notamment sur le manuel d'accouchement se prêtent bien au contexte hospitalier mais peu à une pratique indépendante dans les vallées latérales du Valais [7]. En effet, en l'absence de médecin installé et d'infrastructures de transport, les sages-femmes sont amenées dans certaines situations à transgresser un champ d'intervention appris et intériorisé. Elles font une expérience qu'elles, entre guillemets, ne devraient pas faire. L'exemple donné par Aimée Darbellay, sage-femme en Entremont, est éloquent :

7. Certains médecins qui enseignent dans ces écoles se rendent bien compte des conditions de travail en montagne (*cf.* Adeline).

> « Il faut quand même avoir toutes ses facultés maintenant la vue m'a baissé et pis quand même à mon âge. J'ai démissionné en 70. Il faut avoir toutes ses facultés parce que on a trop de responsabilités. On a quand même deux vies entre les mains. Nous étions neuf valaisannes pour faire le cours de perfectionnement à Genève. Le soir au dortoir nous parlions des événements que nous avions eu. Et bien, une sage-femme elle a une maman qui est morte. Il y avait vingt minutes qu'elle était morte quand le docteur est arrivé. Une mère de quatre enfants. Je lui ai dit mais tu n'as pas pu essayer, il fallait faire une délivrance manuelle. Elle a dit : "Moi, j'ai pas pu." J'ai dit et bien moi, je l'ai fait souvent. Quand on est à Liddes, ou à Vischères, ou dans n'importe quel village et puis qu'on téléphone au docteur et puis l'un est à la vallée de Bagnes et l'autre opère à l'hôpital, on peut pas attendre qu'il soit là. Je l'ai fait deux fois. Nous avons le droit et le devoir de le faire si nous pouvons prouver que la femme meurt avant l'arrivée du médecin. Je l'ai fait, une femme ici à Chandonne. Quand le docteur est arrivé je lui ai dit docteur j'ai dû le faire alors il m'a mis la main sur l'épaule et pis il a dit : "Je vous félicite d'avoir le cran de le faire." Tu vois la responsabilité qu'il faut prendre alors il faut avoir toutes ses facultés. Il faut d'abord la force puis le cran et puis bonne vue. Il faut avoir toutes ses facultés ». [http ://xml.memovs.ch/s027a0025.xml.]

L'environnement physique oblige la sage-femme à transgresser pour sauver. À l'exercice illégal de la médecine elle oppose une obligation de soin, une sollicitude envers la mère et l'enfant. Le fait d'aller au-delà est soutenu par les médecins de campagne qui connaissent et partagent les conditions de pratique en montagne. De même, la sage-femme peut ne pas s'en tenir à l'appréciation du médecin. Aimée Darbellay nous fournit aussi un bel exemple :

> « Jean-Marc pesait trois livres. Il est né prématuré et j'ai fait passer monsieur Luddes. Il a regardé, ausculté ce gamin. Il m'a dit : "Il n'est pas viable." Bon, on a fait trois bouillottes, une par côté et une au pied. J'ai laissé mon tire-lait chez ma sœur et je lui ai dit : "Tu lui donnes chaque deux heures deux cuillères à café de lait maternel, tu tires le lait." La semaine suivante monsieur le docteur passe. Je l'ai rencontré à la porte. Il m'a dit : "Il est décédé le bébé Gabioud ?" Non docteur, il va. Il n'a pas voulu croire, il est rentré. Et il est toujours là [Jean-Marc] ». [http ://xml.memovs.ch/s027a0062.xml.]

Les deux exemples pris chez Aimée Darbellay révèlent l'implication, l'intégration de la sage-femme dans la sociabilité communale. Rappelons que la marraine avant elle, puis la sage-femme sont souvent les seules ressources au niveau médical pour les communautés alpines. La sollicitude envers les membres de la communauté, leur mise à disposition pour le collectif restent, jusque dans la deuxième moitié du XX^{e} siècle, des caractéristiques partagées par les sages-femmes de montagne. En retour, une confiance est donnée au jugement de la sage-femme et en ses savoirs. La sage-femme qui est souvent native de la commune et qui, par sa pratique, entre dans l'intimité de bon nombre de familles, crée avec bien des membres de la commune un sentiment de familiarité. La familiarité se marque dans la manière dont sont appelées les sages-femmes, tante Odette à Nendaz, tante Simone en Anniviers.

> « La tante offre l'avantage d'être un femme de la même génération que la mère, elle fait partie de la parenté proche sans être la mère, tout en étant une figure féminine. » [C.-A. Fournier, 2013, p. 116.]

Ainsi, les conditions de pratique (contexte physique et social) dans ce terrain impactent de manière forte l'identité de la sage-femme et sa possible dimension « religieuse ». Les récits de la sage-femme qui préserve ou « redonne » la vie ont une place particulière. En effet, bien que la sage-femme ne s'auto-attribue jamais ce pouvoir et reconnait explicitement sa dépendance à

Dieu elle fait une expérience transgressive qui met en jeu la vie, des vies, ce qui la place *de facto* ailleurs.

Ainsi dans ces situations particulières, la dimension « religieuse » projetée, attribuée par la parturiente et souvent son entourage rencontre une perception d'avoir été au-delà, d'avoir fait une expérience qu'elle ne devait pas faire, qu'elle ne peut faire qu'« accompagnée » par un plus grand qu'elle. À ce type d'expérience s'ajoute comme nous l'avons vu avec Aimée cette capacité de prédire, de voir au-delà et mieux que le médecin, capacité qui peut être comprise comme l'acquisition, au travers de savoirs expérientiels eux-mêmes parfois étayés sur des prédispositions, d'un regard clinique non médiatisé par la technique. Les critères de viabilité déterminés par une auscultation par le médecin diffèrent de ceux déterminés par la sage-femme. Elle replace l'examen clinique dans une culture de lutte pour la survie et ainsi dans une prise en charge de la prématurité.

Pendant toute la première moitié du XX^{e} siècle les sages-femmes de montagne continuent de jouer un rôle central dans la sociabilité communale de par leur dévouement et leur mise au service du collectif. Par leur pratique, elles contribuent toujours à accompagner le renouvellement des générations et jouent ainsi un rôle clé dans un collectif particulier.

La sage-femme d'avant la Deuxième guerre mondiale joue toujours un rôle dans l'origine des bébés, elle remplace l'ermite à qui était dévolu cette tâche, en amenant les bébés dans les familles à mesure que la visibilité sociale de sa tâche grandit. Cependant, certaines sages-femmes jouaient le jeu de la collectivité en refusant d'ouvrir leur valise dans laquelle le bébé était sensé être transporté, d'autres en revanche, à l'image d'Adeline Favre, racontaient l'origine biologique des enfants, perdant de fait tout rôle dans la provenance de ceux-ci.

La décennie 1950-1960 verra l'hôpital devenir le lieu du naître comme il devient celui du mourir (C.-A. Fournier, 2016b). Les sages-femmes de montagne ont largement contribué à ce basculement. Ce basculement, puis la fermeture des maternités (1972), ont contribué à la disparition des sages-femmes indépendantes et à l'émergence des sages-femmes hospitalières. Un

profond changement de culture s'opère alors dans la prise en charge de la naissance. Une coupure d'avec un ancrage physique (la commune) et collectif (la communauté villageoise, la société communale) se produit dans la culture de l'accompagnement à la naissance. Cette dernière acculturation, après celle des savoirs et des pratiques, signe la victoire de la culture obstétrique sur la culture maïeutique. L'identité de la sage-femme s'en trouve profondément modifiée, notamment *les étayages pour penser et mettre en récit une dimension « religieuse » de celle-ci.* En effet, la prise en charge hospitalière du naître, outre la sécurité qu'elle apporte, a uniformisé et segmenté le contexte de pratique, faisant disparaître de fait la transgression mais aussi la diversité des situations par la maîtrise d'un cadre ainsi qu'une grande partie des savoirs-pratiques propre à une culture. De même, la sage-femme qui entre au service de l'État perd son rôle dans une société donnée. Elle n'est plus liée à un collectif en particulier mais à la société en générale. Un lien d'anonymat et un passage de la sollicitude à la solidarité (Azcue, 2012) marquent de nouveaux rapports de travail. Finalement, les sages-femmes perdent leur lien avec l'origine des bébés. Avec la naissance à l'hôpital, elles n'apportent plus les bébés dans les familles ; les cigognes, venues d'une autre culture, les supplantent dans les récits racontés aux enfants.

La disparition de tout un pan culturel de la prise en charge du naître appelle une mise en récit « mythologisée » de la sage-femme qui avait encore un contact, si ténu soit-il, avec la culture maïeutique. Ainsi sortie d'un rapport de pouvoir, elle peut être valorisée sans risque dans un processus de patrimonialisation. De nombreux récits populaires se feront l'écho de cette sage-femme bravant la tempête pour sauver seule femme et enfant dans des conditions précaires (C.-A. Fournier, 2013). Il en va de même, à la même période (fin des années cinquante), pour la sage-femme des quartiers défavorisés de Londres rendue célèbre par l'adaptation télévisée de la BBC des mémoires de Jennifer Worth [8]. Partout où le modèle hospitalier de la

8. *Call the Midewife : A True Story of the East End in the 1950s*, Jennifer Worth, 2002.

naissance s'imposera, et avec lui la culture obstétrique, un tel processus de mise en récit apparaîtra.

Assez rapidement, et en réaction à l'imposition de ce modèle de prise en charge, des contextes et modèles alternatifs du naître vont émerger notamment au travers de la création de « maison de naissance ». La sémantique renvoie au domestique, à un lieu de naissance qui fait sens avec le naître à la maison propre à la culture maïeutique, ce dont la maternité est dépourvue. De même, les sages-femmes libérales se réapproprient une telle culture tout en étant formées à une culture obstétrique. La rappropriation peut se faire notamment en s'appuyant sur des récits, littéraires et scientifiques. « L'accompagnement global » et la « normalité » du processus de la naissance sont au cœur des discours utilisés par les sages-femmes travaillant en libéral et deviennent des ancrages-différenciateurs identitaires. Les discours se forment en opposition au modèle dominant de prise en charge de la naissance. « L'accompagnement global » est une expression forgée dans l'opposition à la segmentation des prises en charge, et la « normalité » s'oppose à la médicalisation de la naissance.

L'exemple des sages-femmes canadiennes (Saint-Arnaud, Papineau et Marché-Paillé, 2011), dans un pays qui a vu cette profession disparaître pendant une centaine d'années, de 1880 à 1960, est à plusieurs titres intéressant. En misant sur l'accompagnement global et la normalité du processus physiologique de la naissance, les sages-femmes canadiennes ancrent leur pratique dans la culture maïeutique tout en exerçant en milieu hospitalier. La rencontre entre ces deux cultures dans une société contemporaine occidentale engendre de l'épuisement professionnel dû au dévouement et à la sollicitude difficilement compatibles avec une vie familiale et l'organisation d'un temps de travail institutionnel. Le passage, lors d'accouchement dystocique de la maternité aux urgences, se vit très mal et questionne le champ de la « normalité », catégorie aux frontières floues marquées par une part de subjectivité. Comme le disent Saint-Arnaud *et al.*, « elles doivent garder leur sang-froid, tenir la normalité dans l'extrême [...] en tenant la normalité à bout de bras, à coup d'herbes et de massages, [elles] en

viennent parfois à pousser les limites de la normalité » (2011, p. 65). Elles rejoignent, cependant pas dans le même objectif[9], les matrones et sages-femmes indépendantes qui, pour la survie de l'enfant et de la mère, étaient obligées de tenir cette normalité. En transgressant ces dernières ne tombaient jamais dans la toute-puissance, se remettant dans leur intervention à quelque chose de plus grand. Qu'en est-il de ces sages-femmes contemporaines qui vont au-delà, dans une forme d'opposition à la toute-puissance de la modernité ? À nouveau, le contexte de pratique, la culture de celui-ci, va marquer l'identité.

Le dernier jalon pour penser la construction identitaire de la personne qui aide à naître est l'arrivée des hommes dans cette profession exclusivement féminine.

4 La naissance de l'« homme sage-femme[10] » (XXI^{e} siècle)

L'opportunité pour des hommes d'intégrer cette profession (Charrier, 2007) va bousculer les fondements identitaires de la profession liés à la norme de genre. Dans un mouvement de professionnalisation, la revendication identitaire du métier des sages-femmes (homme ou femme) va s'appuyer sur les savoirs d'expertise de la culture obstétrique. Un tel ancrage crée, de fait, une distinction entre l'homme ou la femme et le ou la professionnel(le). Pour les femmes sages-femmes la distinction sert « à défendre les frontières de leur métier » (Cottard, 2014, p. 100). Pour les hommes sages-femmes, elle interdit l'ambiguïté.

Le contexte de pratique va déterminer l'importance de la norme de genre sur l'identité et la place donnée aux deux cultures de l'accompagnement à la naissance.

En milieu hospitalier, la culture obstétrique est prédominante. Elle valorise les savoirs d'expertise et a tendance à redéfinir la

9. Faut-il y voir une défense de l'identité professionnelle ? Un désir d'accroissement du champ d'intervention ? Une opposition dans un même registre à une forme de toute puissance de la médecine ?

10. La dénomination telle que choisie a fait l'œuvre d'un débat, les hommes préférant conserver sage-femme intégrant ainsi dans la dénomination l'altérité.

norme de genre au masculin. L'identité de la sage-femme sera ainsi plus marquée par cette culture et le discours légitimé qui l'accompagne. La culture maïeutique, tout en étant présente dans la prise en charge de la naissance dans le contexte hospitalier, ne constitue pas un ancrage identitaire légitimé et elle est peu valorisée. Le cadre hospitalier voit disparaître tous les étayages pour penser et mettre en récit une dimension religieuse de l'identité de la sage-femme. En effet, les prédispositions ne sont plus prises en compte dans un choix professionnel, le contexte[11] permet de ne plus avoir à exercer des pratiques « transgressives », le rôle de la sage-femme dans le collectif n'est plus considéré comme central à son devenir ; en cela, elle a quitté les histoires sur l'origine des bébés racontées aux enfants, l'explication biologique ayant pris leurs places. L'absence de discours religieux non seulement sur l'identité de la sage-femme mais plus généralement sur la naissance a été appelé par certains auteurs, « un vide spirituel paradoxal » (Bélanger-Lévesque, Dumas, Berthiaum, et Pasquier, 2012).

Le deuxième contexte de pratique est l'activité libérale de la profession, soit comme indépendante, soit en maison de naissance. Dans un tel contexte, les sages-femmes se sont réappropriées une culture maïeutique, réappropriation qui rend possible des étayages pour penser et mettre en récit la dimension religieuse de l'identité de la sage-femme et, plus généralement, de la naissance. La réappropriation se lit jusque dans le lexique utilisé pour qualifier de nouveaux contextes de pratique. En effet, la « maison » de naissance renvoie au domestique, à l'accouchement à domicile, autre forme de pratique qui met au centre de la vie sociale l'événement de la naissance. Dans une société qui perd ses repères, le retour à un ancrage à l'environnement physique et social de la naissance prend tout son sens (et de la valeur). Dans ce contexte, le contexte de la naissance et le type d'accompagnement peuvent produire des discours religieux, tant sur l'événement de la naissance que sur le rôle de la sage-femme.

11. Mis à part dans l'exemple canadien cité précédemment et, sans doute, qu'il peut se retrouver dans les maisons de naissance « accolées » à des maternités.

La pratique libérale laisse une plus grande possibilité de se raconter, de créer des ancrages identitaires. Cependant, ce contexte de pratique n'empêche pas, tout comme dans le contexte hospitalier, de légitimer tel ou tel discours. Un discours légitimé sur l'identité permet de se sentir appartenir, il peut être tout autant déterminant quand le groupe professionnel est diffracté dans des lieux et pratiques à fortiori différents.

Conclusion

Comment une sacrée sage-femme devient-elle une sage-femme « sacrée » ? Répondre à cette question nécessite d'explorer l'ensemble des étayages sur lesquels pourrait se constituer un discours religieux, et cela, dans une perspective historique. Premier étayage, les prédispositions supposées de la personne qui accompagne la naissance. Percevoir, prévoir un processus caché sans la médiation par la technique peut, au yeux d'un groupe, donner un statut « à part » à la sage-femme par la mise en récit. Deuxième étayage, les pratiques en particulier celles qui maintiennent la vie ou la « redonnent ». Dans celles-ci, les pratiques identifiées comme transgressives par la sage-femme semblent être une forme d'étayage singulier. La rencontre entre la reconnaissance par le groupe ou l'extérieur, d'une expérience « hors norme », avec le vécu transgressif de cette expérience, peut être un espace privilégié d'élaboration d'un récit à caractère religieux. Troisième étayage, la place prise par la sage-femme et attribuée par le groupe. Elle peut par et dans cette fonction porter plus que des destinées personnelles et veiller, en partie, à la destinée d'un collectif. Dans ce sens, la mise à disposition d'un collectif dans l'objectif d'avoir un rôle particulier dans sa persistance, peut faire émerger un discours religieux. Dernier étayage, le rôle de la sage-femme dans l'origine des bébés, dans la proximité avec l'origine de la vie. Elles connaissent, dans les récits racontés aux enfants dans toute l'Europe et cela jusqu'après le Deuxième guerre mondiale, où aller chercher les bébés. Elles sont à la frange, aux frontières de ce qui est autorisé à voir, à connaître.

La professionnalisation du « naître » qui débute au XIX^{e} siècle va progressivement ôter tous les étayages d'un possible discours

religieux autour de la naissance et de l'identité de la sage-femme. En modifiant les conditions d'entrée en formation, de cadre et de type de transmission, en proposant un contexte institutionnel et médicalisé de pratique, la professionnalisation va imposer une nouvelle culture autour du naître, culture qui s'appuie sur l'écrit forgeant par ce biais des identités. Les récits de pratiques souvent oraux, construits et transmis par un collectif d'appartenance « naïf » bénéficiaire de ces pratiques ont été remplacés, dans ce mouvement, par des écrits sur la pratique, constitués par des médecins obstétriciens et transmis dans un cadre de formation. L'identité donnée par deux collectifs, l'un social, l'autre professionnel, assigne à la personne qui accompagne la naissance une place, une identité. La culture commune qui va naître au XX^{e} siècle, synthèse des deux cultures, va produire de récits notamment à dimension religieuse en fonction des contextes de pratique et des discours légitimés dans ce cadre.

Bibliographie

Azcue, Mathieu (2012). L'engendrement vu du don. Ce qu'accoucher dans un monde biomédicalisé veut dire. *Revue du Mauss*, *1* (39), 163-179. DOI : 10.3917/rdm.039.0163.

Barras, Vincent (2002). La médecine et ses professionnels, XIX^{e}-XX^{e} siècles. In R. Hofstetter et B. Schneuwly (dir.), *Sciences de l'éducation XIX^{e}-XX^{e} siècles* (p. 335-346). Berne : Peter Lang.

Bélanger-Lévesque, Marie-Noëlle, Dumas, Marc, Berthiaume, Maryse et Pasquier, Jean-Charles (2012). Le « vide spirituel paradoxal » en salle de naissance : hypothèse de travail et enjeux méthodologiques. *Studies in Religion*, *4* (3), 439-454.

Brignon, Béatrice et Ravestein, Jean (2015). Apports et limites de la clinique de l'activité au développement de l'identité professionnelle des étudiants infirmiers. *Le Travail humain*, *3* (78), 257-283. DOI : 10.3917/th.783.0257.

Charrier, Philippe (2007). Des hommes chez les sages-femmes. Vers un effet de segmentation ? *Sociétés contemporaines*, *3* (67), 95-118. DOI : 10.3917/soco.067.0095.

Cottard, Laura (2014). Homme et sage-femme : un choix, une pratique, une construction identitaire. *Nouvelle Revue de psychosociologie*, *1* (17), 97-108. DOI : 10.3917/nrp.017.0097.

Favre, Adeline (1982). *Moi, Adeline, accoucheuse*. Sierre : Monographic.

Fournier, Claude-Alexandre (2013). *Odette Fournier, sage-femme. Attitudes religieuses face à la naissance en Valais entre 1930 et 1970*. Genève : Labor et Fides.

Fournier, Claude-Alexandre (2016a). La ritualité autour de la naissance en institutions de soins : des Sœurs hospitalières de Sion aux soignant(e)s de l'Hôpital du Valais (1944-2014). In Jacques Besson et Pierre-Yves Brandt (dir.), *Spiritualité en milieu hospitalier* (p. 61-85). Genève : Labor et Fides.

Fournier, Claude-Alexandre (2016b). La mort de l'enfant à naître. In J.-H. Papilloud (dir.), *L'enfant en Valais 1815-2015 : santé, protection* (vol. 2, p. 21-31). Martigny : Société d'histoire du Valais romand.

Gélis, Jacques (1984). *L'arbre et le fruit*. Paris : Fayard.

Gélis, Jacques (2010). Le cycle vital. In René Frydman et Myriam Szejer (dir.), *La naissance. Histoire, cultures et pratiques d'aujourd'hui* (p. 136-141). Paris : Albin Michel.

Guggisberg, Hans, Jung, Paul, Koenig, René et Labhardt, Alfred (1919). *Manuel suisse d'accouchements à l'usage des sages-femmes*. Lausanne : La Concorde.

Sage Pranchère, Nathalie (2014). L'appel à la sage-femme. La construction d'un agent de santé publique (France, XIX^{e} siècle). *Annales de démographie historique*, *1* (127), 181-208.

Saint-Arnaud, Louise, Papineau, Marie et Marché-Paillé, Anne (2011). Des femmes au travail pour des femmes en travail : une enquête de psychodynamique du travail avec des sages-femmes. *Travailler*, *1* (25), 61-72. DOI : 10.3917/trav.025.0061.

Schmidt, André (2000). *L'arrivée des hirondelles. Simone Clivaz, sage-femme en Anniviers*. Genève : Votre histoire.

Schüle, Rose-Claire (1977). De l'ermite à la cigogne… l'origine des enfants en Valais et en Vallée d'Aoste. *Le Monde alpin et rhodanien*, *1*(4), 363-372.

Schüle, Rose-Claire (1979). L'accouchement dans le Valais central de 1850 à 1950. *Gesnerus*, *36*, 55-62.

Schüle, Rose-Claire (2003). La remplaçante de l'ermite. In *Le travail au féminin* (p. 57-61). Aoste : Région autonome de la vallé d'Aoste.

Vouilloz Burnier, Marie-France (1995). La formation des sages-femmes au XIX^{e} siècle : l'exemple du Valais. *Bulletin du centre Pierre-Léon d'histoire économique et sociale*, *2* (3), 21-34.