

LES SAGES-FEMMES VAUDOISES FACE A L'ACCOUCHEMENT SANS DOULEUR (ASD) (1950-1989)

Marilène Vuille

Haute Ecole de la Santé La Source (HELS)

Rapport de recherche

remis au Réseau d'Etudes Appliquées des Pratiques de Santé, de
Réadaptation et de Ré/insertion (RéSaR), Haute Ecole de la Santé,
Genève

Réf. Projet Ra&D RéSaR 05/O/07, n° SAGE-X 20603

Lausanne, mai 2009

INTRODUCTION

Présentation de la recherche

Ce rapport scientifique présente les tâches réalisées et les résultats obtenus au cours de la recherche intitulée «Les sages-femmes vaudoises face à l'Accouchement sans douleur (ASD) (1950-1989)», conduite à la Haute Ecole de la Santé La Source (HELS) à Lausanne par Marilène Vuille, chargée de recherche, avec l'expertise de Denise Francillon, professeure d'histoire et archiviste. La requête de financement a été déposée en octobre 2007 auprès du réseau de recherche RéSaR (Réseau d'Etudes Appliquées des Pratiques de Santé, de Réadaptation et de Ré/insertion) pour une durée de 18 mois, portée à 11 mois en raison d'une demande de redimensionnement du projet par le conseil scientifique du réseau. La recherche elle-même s'est déroulée d'avril 2008 à février 2009.

L'objet de cette étude était de retracer l'implantation de la méthode d'Accouchement sans douleur par la Psychoprophylaxie obstétricale (ASD par la PPO) dans le canton de Vaud et de discerner son impact sur la formation et la pratique des sages-femmes. Méthode d'analgésie non médicamenteuse de l'accouchement, l'ASD est mise au point à Paris au début des années 1950 et se diffuse très rapidement dans de nombreux pays, dont la Suisse; elle est à l'origine de ce que les sages-femmes appellent aujourd'hui «la préparation» à l'accouchement ou, plus généralement, à la naissance. Elle émerge dans un contexte où se consomme le déplacement du lieu d'accouchement du domicile vers l'hôpital et où, en conséquence de ce transfert, les conditions d'exercice du métier de sage-femme se transforment radicalement. Cette coïncidence temporelle m'a conduite à m'interroger sur la manière dont l'ASD s'articule aux transformations du monde obstétrical et en particulier du travail des sages-femmes dans la période d'après-guerre et les décennies qui suivent. Le présent rapport tente d'éclairer cette question par l'examen du contexte vaudois.

L'objectif et les questions de départ

L'objectif principal de la recherche était donc de déterminer de quelle manière la psychoprophylaxie obstétricale et ses techniques d'indolorisation s'articulent aux transformations que subit la profession de sage-femme, à partir du milieu du XXe siècle.

Plus précisément, l'étude était guidée par des questions portant sur les aspects suivants :

- *La réception et la diffusion de l'ASD dans le canton de Vaud : Par quels canaux et pour quels motifs la méthode d'ASD s'implante-t-elle ?*

- *La division du travail entre sages-femmes et gynécologues-obstétriciens* : L'ASD, dans sa définition orthodoxe, consiste en un accompagnement des parturientes sans moyen médicamenteux tout au long de la phase de dilatation du col de l'utérus, puis pendant la phase d'expulsion du foetus, pour autant qu'aucune complication ne se présente. Or, l'«accompagnement» est considéré comme le propre du travail des sages-femmes, les obstétricien ne s'intervenant pour agir avec des instruments, des médicaments lors de complications ou, dans les accouchements normaux, pour recevoir l'enfant et accélérer sa sortie. La méthode d'ASD, développée par des médecins, est-elle rapidement devenue un instrument de sage-femme en raison du fait qu'elle s'insérait bien dans une division traditionnelle des rôles et des tâches entre personnels médical et paramédical en milieu hospitalier ou a-t-elle contribué à la mise en place des frontières et prérogatives professionnelles actuelles entre médecins et sages-femmes au moment où ces dernières devenaient un corps de métier majoritairement salarié (le mouvement amorcé au cours des décennies précédentes s'avérant alors irréversible) ? Quel est l'impact des aspects économiques sur ce transfert de tâches, en particulier comment cette part spécifique du travail obstétrical est-elle financée, avant et après la révision significative de la loi sur l'assurance maladie LAMA (1964) ?
- *Les formes de pratique des sages-femmes* : L'ASD est à l'origine des cours de préparation à l'accouchement, dispensés tout d'abord par les médecins, mais qui vont très vite devenir l'apanage des sages-femmes. Certaines d'entre elles se spécialiseront du reste dans ce qu'elles appellent aujourd'hui encore «la préparation» tout court (sans qu'il paraisse nécessaire de préciser : à la naissance ou à l'accouchement). L'avènement de l'ASD coïncidant avec la période où s'achève la mise en maternité des parturientes, les sages-femmes souhaitant continuer à exercer en pratique libérale ne réaliseront pour ainsi dire plus d'accouchements à domicile, mais presque exclusivement des préparations à la naissance et des suites de couches. Dans quelle mesure l'ASD a-t-il été un instrument d'appui permettant à une fraction des sages-femmes de continuer à pratiquer en exercice libéral ?
- *Le mode de prise en charge de la douleur* : L'ASD, en tant que méthode de prise en charge de la douleur de l'accouchement dominante dès la fin des années 1950 et jusqu'à l'application courante de l'analgésie péridurale vers la fin des années 1980, devient rapidement un outil spécifique aux sages-femmes, peu d'obstétriciens ne s'en faisant un usage propre (à l'exception des initiateurs et propagateurs de la méthode qui y resteront fidèles). Cette forme d'«accompagnement» de la douleur, que bien des sages-femmes considèrent comme l'un des piliers de leur métier, n'a-t-elle pas fait obstacle au développement d'autres moyens d'indolorisation, plus efficaces ? D'autre part, l'attachement des sages-femmes à ce mode de prise en charge de la douleur n'explique-t-il pas la menace ressentie par une bonne part d'entre elles face au recours croissant à l'analgésie péridurale et la difficulté de certaines à redéfinir le sens de leur action dans un environnement négativement qualifié de «médicalisé» ?

En bref, il s'agissait

- de retracer l'implantation de la psychoprophylaxie obstétricale (PPO) dans le canton de Vaud
- et de considérer son impact sur la formation et la pratique des sages-femmes
- dans un contexte de transformation des conditions d'exercice du métier de sage-femme (puisque le lieu d'accouchement se déplace du domicile vers l'hôpital).

En d'autres termes, la question principale était de déterminer de quelle manière la PPO s'articule aux transformations que subit la corporation des sages-femmes dans cette période charnière des années 50, et ce qui s'ensuit.

Les sources et leur traitement

La recherche d'information sur les sages-femmes vaudoises et leur rencontre avec l'ASD fut conduite principalement à partir des deux sources suivantes :

- D'une part, j'ai dépouillé de façon systématique le *fonds «Association suisse des sages-femmes 1907-1989» (PP 656)* des Archives cantonales vaudoises (ACV). Il s'agit d'un fonds privé, propriété de la section vaudoise de l'Association suisse des sages-femmes avant son dépôt auprès des ACV. Son volume est de 10 boîtes (1 mètre 20 linéaire). La période couverte s'étend de 1907 à 1989, mais l'essentiel des documents portent sur la période 1960 à 1980. Lacunaires, ces archives concernent en fait trois instances professionnelles distinctes : a) l'Association suisse des sages-femmes (ASSF), organisation professionnelle faîtière, b) la section vaudoise de l'ASSF et c) la section genevoise de l'ASSF. Elles contiennent de la correspondance, des comptes rendus d'assemblées, des documents comptables, des coupures de presse ainsi que des brochures (par exemple de congrès).
- La seconde source principale fut le *Journal de la sage-femme*, organe officiel de la section vaudoise de l'ASSF, édité dès la fondation de celle-ci à l'orée du XXe siècle et dont la publication mensuelle a pris fin avec le numéro de décembre 1985.¹ Le *Journal de la sage-femme* a fait l'objet d'un dépouillement systématique sur une période de 47 ans, à savoir de janvier 1939 à décembre 1985, ce qui représente un volume d'environ 15 000 pages. Aucune rubrique n'a été ignorée. Les relevés que j'ai effectués proviennent le plus souvent d'articles et de procès-verbaux de séances, mais aussi d'éditoriaux, d'annonces officielles (des services cantonaux de la santé publique), parfois même de notices nécrologiques, d'offres d'emploi ainsi que de publicités.

¹ Souffrant de difficultés financières depuis la fin des années 1970 (après avoir failli disparaître pour le même motif en 1948), le bulletin des sages-femmes vaudoises est absorbé par le journal national *Die Schweizer Hebammme* en 1986.

Les voix qui émanent des archives de l'ASSF sont avant tout celles des dirigeantes de l'ASSF et de ses sections cantonales, dans une moindre mesure celle des autorités cantonales et des médecins avec lesquels les premières ont correspondu. On trouve aussi quelques lettres de membres de base des sections vaudoise et genevoise, mais d'une manière générale les sages-femmes sans fonction officielle dans les comités directeurs des organisations fédérale et cantonales sont extrêmement discrètes. Il en va de même pour le *Journal de la sage-femme*, qui ne publie pas de lettres de lectrices et où les sages-femmes non membres du comité proposent tout au plus, à de rares occasions, des poèmes de leur cru, mais jamais aucun article, ni prise de position sur quelque sujet que ce soit. L'opinion des sages-femmes sur la formation qu'elles reçoivent, sur leurs conditions de travail, sur les lois qui les concernent, n'apparaît ainsi que de façon indirecte, dans les procès-verbaux résumant les discussions en séance. Quant à leur avis sur les formes de pratique obstétricale et les avantages comparés d'une procédure, d'une technique, d'un médicament ou d'un autre, ces sources n'en conservent aucune trace. Le silence est total. On peut du reste supposer, à lire les ordres du jour et les comptes-rendus de séances au niveau cantonal et national, que les sages-femmes ne prenaient guère le temps de débattre ensemble des formes de leur pratique à domicile. Dans le *Journal de la sage-femme*, les seuls auteurs à aborder les pratiques concrètes, leurs avantages et leurs risques respectifs, sont des médecins. Par ailleurs, ce n'est qu'à partir de la fin des années 70 que paraissent dans le *Journal...* des extraits de mémoires de fin d'études de sages-femmes qui prennent la forme d'une petite recherche ou d'une réflexion sur un thème de nature psychologique ou psychosocial (la réaction du couple face à l'arrivée d'un enfant, le vécu de la paternité...) et non obstétrical au sens strict.

Quelles que soient leurs lacunes, ces deux sources présentent l'avantage de la complémentarité ainsi qu'un avantage temporel, car elles prennent fin *grosso modo* au même moment, à savoir dans la décennie 80. Il m'a paru utile de débuter la consultation du *Journal de la sage-femme* à l'immédiat avant-guerre afin d'avoir un aperçu des méthodes de prise en charge de la douleur obstétricale éventuellement discutées dans le bulletin professionnel des sages-femmes avant la période de réorganisation hospitalière et d'accélération des innovations obstétricales (emploi de nouveaux produits pharmaceutiques et de nouvelles méthodes de surveillance) d'après-guerre. Il me semblait en effet que de démarrer les recherches au moment même où le phénomène étudié se produit (en l'occurrence, l'année où la méthode d'Accouchement sans douleur est systématisée et diffusée à l'étranger par un petit hôpital parisien) porte en germe le risque d'une adhésion acritique à la vision que les acteurs de l'époque cherchaient à imposer, à savoir celle d'un «vide analgésique» dans l'univers de l'obstétrique avant la «révolution» psychoprophylactique.

Parallèlement au traitement de ces deux sources, j'ai effectué une recherche de documents imprimés (ouvrages, brochures, fascicules) sur la psychoprophylaxie obstétricale et consulté diverses revues médicales dans lesquelles ont pu paraître des articles adressant la question des douleurs de l'accouchement et de leur prise en charge (sociale et/ou médicale). Les revues suivantes ont été consultées, sur les

quatre décennies ciblées par la recherche : *Bulletin officiel de la Société française de psycho-prophylaxie obstétricale* (sans dépouillement systématique car lacunaire en Suisse); *Bulletin officiel de la Société internationale de psycho-prophylaxie obstétricale* (sans dépouillement systématique car lacunaire en Suisse); *Médecine et Hygiène; Praxis. Schweizerische Rundschau für Medizin – Revue suisse de médecine; Revue médicale de la Suisse romande*.

Les données recueillies ont été organisées par thèmes, sous forme de tableaux chronologiques, où chaque entrée (ligne de tableau) est datée le plus précisément possible. Les thèmes découlaient des questions au fondement de la recherche (formation des sages-femmes – pratiques – vie associative – douleur et analgésie – corps et genre – aspects idéologiques de la PPO – aspects financiers – aspects internationaux...), auxquels se sont ajoutés des thèmes regroupant des informations permettant de mieux cibler le contexte (état de la science obstétricale – construction et organisation hospitalières...). Certains tableaux sont très fournis, d'autres présentent des lacunes sur de longues périodes. Les données sur la PPO fournies par les deux principales sources sont très nombreuses et détaillées pour les années cinquante, après quoi elles perdent en systématique et deviennent éparses, avec des moments de silence qui peuvent s'étendre sur plusieurs années. Il s'est avéré plus difficile que prévu de les compléter par des témoignages oraux, les personnes interrogées étant souvent incapables de décrire les pratiques concrètes et leurs modifications, ainsi que de les situer dans une fourchette de dix ans. J'ai certainement sous-estimé le fait que des pratiques qui, pendant les études, ont été apprises par l'imitation des gestes de la monitrice, qui n'ont donc été que fort peu verbalisées, explicitées, sont très difficiles à restituer par oral après coup, surtout à des années de distance. Il en résulte que les pratiques concrètes, qui étaient au cœur de mes interrogations de départ, n'ont pu au final être que fort peu documentées.

N.B. : Dans ce rapport, la littérature secondaire est citée directement dans le texte (Auteur, année : page), tandis que les sources primaires sont citées en notes de bas de page.

Axes d'analyse et principaux résultats

Lors de la phase de recueil des données et de leur premier traitement, j'en suis venue à privilégier deux axes de travail qui correspondent aux deux thèmes de la psychoprophylaxie obstétricale d'une part et de la profession de sage-femme d'autre part. Si ces deux thèmes étaient complètement liés dans ma question de départ (impact de la PPO sur les sages-femmes ou positionnement des sages-femmes vis-à-vis de la PPO), ils ont toutefois à certains moments vécu leur propre vie, de manière indépendante l'un de l'autre :

- En ce qui concerne l'Accouchement Sans Douleur par la méthode psychoprophylactique, il n'a pas été élaboré ni mis en œuvre à ses débuts par des sages-femmes, mais par des gynécologues-obstétriciens et, secondairement, par des kinésithérapeutes (impliqués dans l'éducation respiratoire et posturale des femmes enceintes). En outre, ses développements ultérieurs n'ont pas été théorisés par des sages-femmes, du moins pas dans des écrits. Les sages-femmes l'ont en quelque sorte adopté comme un habit «prêt-à-porter» plutôt que cousu main par leurs soins. Toute une part, et non la moindre, de l'existence de la PPO se déroule donc un peu à l'écart du monde des sages-femmes.
- Vue du côté des sages-femmes, la question de l'irruption de la PPO dans la pratique obstétricale des années 1950 et des décennies suivantes est certes importante. Si toutes les sages-femmes ne se sont pas enthousiasmées pour cette méthode d'accouchement ni ne l'ont appliquée de manière stricte, toutes ont vu leur pratique se modifier dans un sens *psychoprophylactique*, c'est-à-dire à la fois vers la *prévention* des problèmes obstétricaux (le suivi des grossesses, le dépistage des anomalies) et vers la prise en compte des aspects *psychosociaux* de la grossesse, de l'accouchement, des suites de couches et de la vie de famille avec un nouveau-né. Il n'empêche que la PPO n'a évidemment pas été le seul élément important dans l'évolution de leur métier au cours de la deuxième moitié du XXe siècle. Afin de pouvoir mieux mesurer l'impact de la PPO et d'éviter de lui attribuer une importance trop grande ou au contraire trop restreinte, il a fallu que j'élargisse mon champ de recherche pour englober les circonstances majeures caractérisant le travail des sages-femmes pendant la période étudiée. Ainsi, l'examen des conditions matérielles de travail de ces professionnelles s'est assez vite imposé à moi comme nécessaire pour comprendre, ou du moins pour situer, l'évolution de leurs pratiques.

De ce fait, s'il s'agissait avant tout de voir l'évolution du métier de sage-femme à travers le prisme de la PPO, j'ai parfois été amenée à mettre celui-ci de côté pour creuser par exemple la question des conditions de travail des sages-femmes. J'ai donc élargi le champ que j'avais prévu de circonscrire pour cette recherche, mais en le restreignant d'un autre côté – ajustements habituels au cours d'une recherche. Ces deux axes de recherche donneront lieu dans le courant des prochains mois à des publications spécifiques que je ne manquerai pas de communiquer au RéSaR.

Le travail consacré à l'axe «PPO» m'a permis de répondre en grande partie aux questions que je me posais dans le projet de recherche. J'ai pu en effet situer le moment d'arrivée de l'Accouchement Sans Douleur en Suisse romande, repérer les principaux acteurs de sa diffusion, analyser les écrits romands consacrés à la méthode et les comparer à leurs homologues français. Seule la pratique concrète, plus insaisissable, surtout lorsqu'il s'agit d'une pratique révolue, a conservé une bonne part de son mystère. La pratique de l'ASD est décrite dans des articles médicaux, mais on peut se douter que de telles descriptions correspondent à la mise en œuvre idéale, qui n'est peut-être pas toujours réalisée dans les faits.

Le travail consacré à l'axe «sages-femmes» (à leurs conditions de vie et de travail, ainsi qu'à l'évolution de leur formation et de leur métier dans la période de l'avant-guerre jusqu'aux années 1980) m'a fait ouvrir une boîte de Pandore d'où tous les maux de ce groupe professionnel s'échappent. Je pourrai certes en donner un aperçu, mais il va de soi que d'autres recherches, plus approfondies, et portant sur des sources d'autre nature que celles sollicitées ici, seraient nécessaires pour bien traiter ce sujet.

La confrontation des résultats issus de ces deux axes de travail révèle que, s'il serait erroné d'affirmer que la PPO a été la cause des transformations du métier de sage-femme à partir des années 1950, elle a servi d'argument et d'instrument pour pousser ce corps professionnel de la technique obstétricale (maîtrise des accouchements normaux, autonomie dans la conduite des accouchements à domicile) vers la préparation et l'accompagnement psychologiques des femmes enceintes et en couches. Il apparaît clairement que bon nombre de médecins ont souhaité cette «relégation» des sages-femmes et y ont travaillé avec succès. Mais il apparaît aussi que de nombreuses sages-femmes ont participé à cette modification du contenu de leur métier, croyant par là «revaloriser la profession».

PARTIE I :

LA PROFESSION DE SAGE-FEMME : CONDITIONS D'EMERGENCE ET SITUATION AU MILIEU DES ANNEES 1950

Afin de bien situer mon propos, il m'apparaît nécessaire de retracer brièvement l'émergence de la profession de sage-femme et l'encadrement dont elle fait l'objet de la part des médecins qui dispensent la formation et des autorités sanitaires qui surveillent la pratique. Je souhaite montrer que, loin de l'image d'Epinal d'une praticienne indépendante jouissant d'une liberté presque entière hors des murs des établissements hospitaliers, la sage-femme d'avant l'institutionnalisation de la naissance subit des contraintes importantes et un contrôle étroit dans l'exercice de son métier. Dès lors, l'idée souvent avancée d'une «dépossession» progressive des prérogatives des sages-femmes lors de l'engagement par les hôpitaux, du passage à la salarisation, doit pour le moins être nuancée. Elle repose selon moi bien plus sur une reconstitution mythique de l'évolution de la profession, mise au service de revendications corporatistes ancrées dans le contexte contemporain, que sur une analyse historique approfondie. Elle brouille la compréhension de ce basculement vers le salariat, étape cruciale de l'histoire des sages-femmes qui mériterait à elle seule une étude approfondie. Dans ce rapport, je ne peux malheureusement que me contenter de brosser à grands traits les principales caractéristiques de la profession dans le contexte mouvant du milieu du XXe siècle, tels qu'ils ressortent des documents suisses et vaudois compilés.

La profession de sage-femme : une naissance sous tutelle

La motivation de former des sages-femmes

Nombre de sages-femmes se plaisent à répéter que leur métier est l'un des plus vieux, sinon le plus vieux du monde. C'est qu'elles établissent une filiation tout à fait mythique avec les matrones et différentes aides, attitrées ou non, qui assistaient les femmes avant qu'un secours de nature médicale ne soit disponible. Celles-ci n'exerçaient pas un métier au sens moderne du terme, n'étant pas ou très peu rémunérées pour un service qu'elles rendaient de façon irrégulière et la plupart du temps sans aucune préparation formelle. En réalité, le métier remonte au plus tôt au XVe siècle en France et en Allemagne, au XVIe en Suisse romande, si l'on retient comme critère la pension, à savoir l'engagement et la rétribution d'une accoucheuse par une commune. Si le critère retenu est celui de la formation, alors la profession s'établit à partir de la deuxième moitié du XVIIIe siècle (Tanner, 2001 : 15). Non seulement les sages-femmes ne sont pas les héritières directes des matrones, mais elles en ont été les concurrentes. Pour les médecins et les autorités à l'origine des

cours d'accouchements destinés à former des sages-femmes, il s'agissait précisément de faire disparaître les matrones, dont le savoir empirique était déconsidéré et les pratiques jugées dangereuses, et de les remplacer par des sages-femmes instruites et patentées.

L'historien de la naissance Jacques Gélis (1977, 1984, 1988) met le souci de former des sages-femmes en lien avec la nouvelle idéologie des Lumières qui se propage en Europe. L'idéologie chrétienne du salut dans une existence non temporelle est concurrencée par une nouvelle conception de la vie et une nouvelle conscience du corps, qui conduisent à une moins bonne acceptation de la mortalité des mères et des nouveau-nés. A la vision d'un destin humain incontrôlable, soumis à la seule volonté divine, les philosophes modernes opposent une vision optimiste de l'être humain capable de maîtriser sa vie et d'en vaincre les obstacles grâce à la science, l'éducation et le progrès. Dès lors, sauver les âmes ne suffit plus; il s'agit aussi de sauver les corps. Les hommes d'Etat restent d'autant moins indifférents à cette vision que les calculs démographiques du début du XVIII^e siècle font croire à tort que les pays d'Europe se dépeuplent. Avec la crainte de la dénatalité et le souci de préserver la vie temporelle, les regards commencent à se tourner vers les accoucheuses et les voix des hommes de science, des magistrats ainsi que des religieux se mêlent dès le milieu du XVIII^e siècle pour dénoncer leurs méfaits. Tout leur est reproché : ignorance, superstition, pratiques dangereuses, méthodes cruelles, empirisme, inconscience, témérité comme passivité, ineptie... Les premières accusations se font entendre au début du siècle, d'abord en Angleterre, puis se répandent sur le continent, pour se généraliser à toute l'Europe (Gélis, 1988). La Suisse romande ne fait pas exception, comme l'illustre bien le passage suivant :

«Depuis long-tems, on attribue l'une des causes de la dépopulation à l'insuffisance des lumières des sages-femmes : on pourroit aussi l'attribuer, à juste titre, à une témérité qui prend sa source dans leur ignorance. Combien ces motifs ne sont-ils pas pressans & capables de faire tenir la main à l'instruction de celles qui habitent les provinces ? Combien ne doivent ils pas exciter le zèle des magistrats qui veillent sur l'ordre de la société ? Cet ordre seroit-il plus précieux à l'Etat, que la conservation des hommes, & que la propagation de l'espece humaine ?»²

On assiste donc à une vaste entreprise de dénigrement des sages-femmes traditionnelles à l'échelle européenne. Les documents dont nous disposons ne nous permettent pas de déterminer le degré de vérité de ces accusations unanimes des hommes de science, auxquelles les autorités accordent foi : les accoucheuses et les accouchées n'ont pas écrit, aucun contre-témoignage ne vient s'opposer à des voix

² «Devoirs des Sages-femmes concernant leur état (Extrait de "Instructions succinctes sur les accouchemens", Yverdon, 1770). Par Mr. Raulin, Docteur en Médecine, Conseiller-Médecin ordinaire du Roi, Censeur Royal, de la Société Royale de Londres, des Académies des Belles-Lettres, Sciences & Arts de Bordeaux, de Rouen, & de celle des Arcades de Rome», extrait publié dans le *Journal de la Sage-Femme* (Lausanne), n° 11, Novembre 1985, p. 19.

unanimes – trop unanimes sans doute. Les explications de Gélis apparaissent donc des plus plausibles : l'hypothèse que les accoucheuses se seraient mises à pratiquer moins bien fait peu sens; par contre, l'opinion publique a pris conscience de l'importance de la mortalité en couches et ne s'y résigne plus. Des accoucheurs ambitieux, désireux d'occuper le champ de la naissance, profitent de ce nouvel élan «humanitaire» en faveur des mères et des nouveau-nés. Ce sont eux qui, du haut de leurs nouvelles connaissances de l'art obstétrical, attisent la méfiance des autorités envers les sages-femmes traditionnelles. «En Suisse Romande, Venel et Tissot citent abondamment dans leurs mémoires, adressés au gouvernement, les pratiques nocives et ignorantes des matrones de campagne.» (Tanner, 2001 : 24).

C'est dans ce contexte de préoccupations populationnistes des Etats européens et d'affirmation d'une nouvelle conception de la vie et du corps que sont mis en place les premiers cours pour sages-femmes. L'école du médecin vaudois Jean-André Venel (1740-1791) compte parmi les premières à s'ouvrir en Suisse. Mise en place à Yverdon en 1778, avec l'autorisation et sous le contrôle de Leurs Excellences de Berne (qui gouvernent alors le Pays de Vaud), elle offre des cours de quelques mois jusqu'à la mort de son fondateur en 1791. Les cours cessent ensuite quelques années, avant de reprendre en 1804, cette fois-ci sous l'autorité du Bureau de santé mis en place par le Petit Conseil du nouveau canton de Vaud.

Examinant dans leur détail les résultats des enquêtes et recensions de sages-femmes et matrones du Pays de Vaud commandées par L.L.E.E. de Berne au cours des dernières décennies du XVIII^e siècle, Martine Tanner parvient à la proportion à 62 % de sages-femmes patentées (2001 : 123). Elle estime que ce chiffre ne correspond sans doute pas à la réalité, qu'il est vraisemblablement trop élevé. Il indique toutefois que les accoucheuses ayant suivi des cours s'imposent peu à peu dans le Pays de Vaud. La constitution progressive de cette nouvelle profession sera étayée par des lois qui renforcent l'impact de la formation. En effet, une série d'ordonnances interdiront la pratique des «charlatans», «meiges» et autres «empiriques». Sans doute ces ordonnances ne sont-elles pas suivies d'effets immédiats; mais du moins, elles permettent aux sages-femmes nouvellement formées par les médecins de disposer d'un soutien légal pour dénoncer les matrones qui leur font concurrence et affirmer par là même leur métier émergent.

Un encadrement médical et étatique

Ainsi, la profession de sage-femme naît sous la tutelle du pouvoir politique et du pouvoir médical. Sophie Clerc (2004 : 16) mentionne également la tutelle des autorités ecclésiastiques, qui partagent avec les autorités politiques le souci de déclaration des naissances illégitimes et de répression des avortements. Ce rappel historique est nécessaire pour éviter de donner crédit à un récit fort répandu, mais qui n'en est pas moins un contresens, selon lequel la profession de sage-femme, dotée à son origine d'une grande autonomie, aurait perdu celle-ci au moment du transfert du lieu de la naissance du domicile vers l'hôpital. L'erreur repose en partie

sur l'ambiguïté du terme *sage-femme*, qui désigne aujourd'hui une professionnelle diplômée, mais a servi par le passé à désigner aussi bien les accoucheuses formées et patentées que les matrones (jusqu'à la disparition de celles-ci, au début du XXe siècle, en Suisse romande). Sophie Clerc, dans son étude de l'émergence des sages-femmes vaudoises, reprenant les analyses de Gélis, résume bien la différence entre les deux types d'accoucheuses (matrones d'une part, sages-femmes patentées de l'autre) :

«La sage-femme devient une intermédiaire entre la population et l'institution médicale et un moyen de pénétration de la culture urbaine dans les campagnes. Donc, derrière la sage-femme, c'est la ville qui pénètre la campagne; l'accoucheuse formée devient ainsi un élément fondamental de la médicalisation des campagnes et, par elle, les autorités politiques obtiennent aussi un contrôle étroit de la population. On voit qu'il y a un grand changement dans le rôle de l'accoucheuse : la sage-femme formée est au service du pouvoir alors que la matrone est au service de la communauté. La sage-femme devient dès le milieu du 18^e siècle un instrument d'un monde d'hommes, étrangers en général au milieu rural, par leur origine, leur morale, leur conception du corps et des couches. Ainsi, l'accoucheuse devenue sage-femme est-elle un moyen de pénétration de la culture urbaine et ceci dans le but d'améliorer les conditions sanitaires de l'accouchement et donc d'endiguer une trop forte mortalité.» (Clerc, 2004 : 16)

Au XIXe siècle, la formation des sages-femmes vaudoises se rapproche toujours plus des institutions hospitalières. Non seulement les cours théoriques sont donnés par les médecins hospitaliers³, mais une partie de l'enseignement pratique se déroule au sein des structures hospitalières. Une petite maternité existait à Lausanne en 1853 déjà, mais la première maternité vaudoise reconnue semble avoir ouvert en 1874 seulement au lazaret de Montmeillan, avant son transfert dans un pavillon du nouvel Hôpital cantonal en 1883. Dès la création de cette maternité en 1874, sa direction est confiée au Dr Oscar Rapin (1848-1902), qui prend également en charge l'enseignement des sages-femmes, jusqu'à sa mort. En 1890, à la fondation de l'université de Lausanne, Rapin est également nommé professeur extraordinaire en obstétrique (Tanner, 2001 : 145-146).

La loi du 13 mars 1886 sur l'organisation sanitaire, votée par le Grand Conseil, fait de la Maternité de L'Hôpital cantonal le lieu officiel d'instruction des sages-femmes. L'organisation de l'école au sein de la Maternité est définie par un arrêté de 1888, qui stipule qu'un médecin est chargé du service de la maternité, des cours d'instruction à donner aux élèves sages-femmes, ainsi que de la polyclinique annexée à ces cours. Une sage-femme, nommée par le Conseil d'Etat pour quatre ans et placée sous les

³ Ainsi, Matthias Mayor (1775-1847), chirurgien en chef de l'Hospice cantonal, y donna jusqu'à sa mort des cours de trois mois aux élèves sages-femmes.

ordres directs du médecin, est attachée à la maternité et au service de la policlinique.⁴

Dès la fin du XIXe siècle, la profession de sage-femme fait donc l'objet d'une réglementation étatique⁵, à l'élaboration de laquelle - est-il utile de le préciser ? - les sages-femmes elles-mêmes n'ont pas participé. La formation est intégrée au système sanitaire vaudois, rattachée à la maternité hospitalière - laquelle entretient des liens d'interdépendance avec la structure universitaire qui forme les médecins. Après la création de la faculté de médecine en 1890 et de sa chaire d'obstétrique, les tenants de cette spécialité médicale vont continûment redéfinir le domaine de compétence et l'étendue du pouvoir d'action des sages-femmes (leur *jurisdiction*, pour reprendre le concept du sociologue des professions Andrew Abbott), afin d'étendre leur propre juridiction et de promouvoir les intérêts des obstétriciens. Entre la fin du XIXe siècle et l'orée des années 1930, au fur et à mesure des progrès médicaux et de l'avancée des connaissances obstétricales, les compétences des sages-femmes se réduisent. Sophie Clerc a examiné plusieurs manuels d'accouchement à l'usage des sages-femmes du début du XXe siècle, ainsi que les *Instructions aux sages-femmes* publiées à intervalles réguliers par le gouvernement cantonal (1894, 1902, 1922) et remarqué que la terminologie s'affine et que les situations et les symptômes face auxquels les sages-femmes sont tenues de faire appel au médecin s'allongent. «Les médecins, forts de leur savoir et de leur technique, se gardent aussi d'enseigner certains gestes aux sages-femmes. Je ne parle pas d'interventions chirurgicales comme la césarienne, mais bien des petites interventions telles que la suture, l'application du forceps ou encore certains accouchements dystociques.» (Clerc, 2004 : 25) La formation que les médecins de la Faculté dispensent aux sages-femmes est centrée sur les accouchements normaux, et au fil du temps la normalité se resserre.

Certes, une fois formées, les sages-femmes, qui exercent alors au domicile de leurs clientes, disposent d'une grande marge de manœuvre. Toutefois, elles ne peuvent pas en user à leur guise. La loi sanitaire de 1886 leur impose la tenue d'un registre d'accouchements, qui permet aux autorités sanitaires de surveiller leurs activités et de contrôler qu'elles n'outrepassent pas leurs compétences. Si le médecin délégué constate des irrégularités, ou trop d'accidents (infectieux, par exemple), la sage-femme en question peut faire l'objet d'une enquête, être contrainte à effectuer un nouveau stage à la Maternité de Lausanne, et même perdre sa patente. En 1888, l'Etat instaure la tenue de réunions annuelles dans tous les districts du canton, auxquelles chaque sage-femme est tenue de se présenter. A cette occasion, le médecin délégué du district contrôle les registres d'accouchement et inspecte les trousses (mallettes contenant le matériel d'accouchement prescrit par les *Instructions aux sages-femmes*). Etroitement contrôlées par les autorités sanitaires, les sages-

⁴ Règlement du 26 juin 1888 concernant le service administratif et médical de l'Hôpital Cantonal, chapitre XI. In Recueil des lois, décrets et arrêtés et autres actes du gouvernement du canton de Vaud, Lausanne, Borgeaud, 1888, p. 85. (Cité in Tanner, 2001 : 146)

⁵ Par comparaison, ce n'est qu'en 1928 que l'Etat de Vaud prend pour la première fois le contrôle sur la profession infirmière, exigeant une autorisation de pratiquer (Francillon, 2006 : 15).

femmes sont également utilisées par l'Etat pour surveiller la population (Clerc, 2001 : 30). Elles sont tenues d'aviser le Juge de Paix en cas de constat ou de soupçon de délits tels qu'avortement provoqué, infanticide ou négligence criminelle envers un nouveau-né.

En résumé, la profession de sage-femme, telle qu'elle émerge au XVIII^e siècle par volonté médicale et étatique, ne se caractérise aucunement par son autonomie, si l'on entend par cette notion la possibilité de décider des règles d'entrée dans la profession et d'exercice de cette profession. Bien au contraire, les sages-femmes sont soumises aux directives édictées par des médecins et des édiles qui légifèrent par-dessus leur tête sans prendre la peine de les consulter. Du point de vue de l'autonomie dans la pratique elle-même, à savoir la capacité à décider de la conduite de l'accouchement, des manœuvres à effectuer et des soins à dispenser à tel moment, les sages-femmes en disposent en effet au domicile de leurs clientes. Là, elles échappent au contrôle direct des médecins, ce qui ne sera plus le cas à l'hôpital dans les décennies ultérieures. Mais aussi indirect soit-il, le contrôle des autorités sanitaires, soucieuses de la natalité de la population cantonale, n'en est pas moins très efficace. Au début du XX^e siècle, les sages-femmes semblent avoir très bien intériorisé ce contrôle et appliquent consciencieusement les directives édictées à leur intention (Clerc, 2004 : 29).

La formation professionnelle au début des années cinquante

Les cours dispensés par Venel dans la première école de sages-femmes de Suisse romande duraient trois mois. En 1883, l'enseignement dispensé aux élèves sages-femmes sous autorité cantonale dure quatre mois (Clerc, 2004 : 20). «Puis en 1902, la durée des études fut portée à neuf mois, passa à douze mois en 1905, pour être de deux ans dès 1919.»⁶ Dans l'après-guerre, il existe neuf écoles de sages-femmes en Suisse (à Aarau, Bâle, Berne, Coire, Fribourg, Genève, Lausanne, Saint-Gall et Zurich) et la durée des cours y varie de douze, quinze et vingt-quatre mois⁷. La formation dispensée à Lausanne, dans une maternité liée à un hôpital cantonal et universitaire, est l'une des meilleures du pays. En 1950, il existe une certaine fierté à avoir été formée à l'école de Lausanne qui, «depuis tant d'années, a une réputation mondiale».⁸

Jusqu'en 1949, c'est le Service sanitaire cantonal qui s'occupe de l'école vaudoise de sages-femmes; il se décharge alors de cette mission en faveur de l'Hôpital cantonal.⁹

⁶ «Journée des sages-femmes suisses, à Sion, en 1953. Rapport de la section romande», JSF 10, Octobre 1953, p. 5.

⁷ «Les sages-femmes, leurs conditions de travail suivant les cantons», JSF 7, Juillet 1948, p. 58.

⁸ «Remise des diplômes aux élèves sages-femmes le 15 octobre 1950» (Section romande), JSF 11, Novembre 1950, p. 21.

⁹ ACV, PP 656/11, «Hôpital cantonal Lausanne - Commission d'étude pour la formation professionnelle de la sage-femme - Procès-verbal de la séance du 4 mai 1961».

La formation des sages-femmes vaudoises est placée sous la responsabilité du professeur titulaire de la chaire de clinique obstétricale à la Faculté de médecine. Au début des années cinquante, celle-ci est occupée par le Professeur Rodolphe-Louis Rochat (1894-1971), successeur dès 1928 du Professeur Guillaume Rossier (1864-1929). La direction de la Maternité est confiée à une sage-femme, responsable de l'enseignement pratique hospitalier. Depuis 1913, cette fonction est assurée par une diaconesse de Saint-Loup. Cette habitude ne prendra fin qu'en novembre 1958, avec le départ de Sœur Aline, rappelée à un autre poste par sa congrégation. La responsabilité sera à ce moment-là assumée par une laïque, Mlle Violette Rosset, dotée à la fois du diplôme d'infirmière et de celui sage-femme.¹⁰ L'enseignement pratique des élèves sages-femmes se déroule également à la policlinique, service qui inclut des visites au domicile des accouchées de milieux modestes et pauvres. Dès 1933 et pendant presque trente ans, Mlle Marie Prod'hom (1889-1981) encadre les élèves sages-femmes à domicile dans les quartiers déshérités de Lausanne.¹¹

Les frais de formation des élèves sages-femmes sont souvent pris en charge, partiellement ou entièrement, par leur commune ou leur canton. Dans ce cas, la sage-femme est obligée de pratiquer pendant un certain nombre d'années dans ce canton ou cette commune (entre cinq et dix ans, selon le canton), sous peine de devoir rembourser tout ou partie de son écolage.¹²

Une fois formées, les sages-femmes sont tenues de présenter régulièrement leur registre d'accouchements et de faire inspecter leur trousse par le médecin délégué de leur district. Elles sont convoquées pour ce contrôle, tenues de s'y présenter, mais se voient allouer une indemnité pour leurs frais. L'inspection des trousses est l'occasion pour elles d'entendre une «causerie» médicale qui a pour but de remettre à niveau leurs connaissances sur un sujet obstétrical. La formation continue ne deviendra pas obligatoire avant les années 1960¹³, mais auparavant des cours et stages de perfectionnement sont organisés de manière irrégulière. Dans le canton de Neuchâtel, une réunion-conférence annuelle remplace dès 1959 les cours de répétition qui, auparavant, avaient lieu tous les sept ans.¹⁴ Les sages-femmes vaudoises sont plus chanceuses que leurs collègues de bien d'autres cantons. Lors des réunions tri-annuelles de leur section, qui se déroulent à la Maternité, le Professeur Rochat leur donne une conférence dans laquelle il traite d'un ou plusieurs sujets d'obstétrique ou de gynécologie, le plus souvent assortis de la présentation de cas cliniques, parfois de projection de radiographies ou de films. En outre, elles peuvent suivre les cours de perfectionnement organisés à l'Hôpital cantonal par l'Association suisse des infirmières et infirmiers diplômés (ASID) sur

¹⁰ «Assemblée de la Section ramande à la Maternité de Lausanne, le 27 novembre 1958», JSF 1, Janvier 1959, p. 17.

¹¹ «Bon anniversaire !... Mademoiselle Prod'hom (1889-1969)», JSF 4, Avril 1969, p. 11-13.

¹² «Les sages-femmes, leurs conditions de travail suivant les cantons», JSF 7, Juillet 1948, p. 58-59.

¹³ «Cours de perfectionnement pour sages-femmes», JSF 12, Décembre 1962, p. 19.

¹⁴ «Section de Neuchâtel», JSF 6, Juin 1959, p. 25.

des actualités médicales.¹⁵ Sans doute plus que la majorité de leurs consœurs helvétiques, les sages-femmes vaudoises ont la possibilité de se tenir au courant de l'évolution des connaissances obstétricales.

Nous pouvons donc conclure que, à l'échelle helvétique, les sages-femmes vaudoises comptent parmi les mieux formées au début des années 1950. Relevons toutefois que la composante théorique de la formation est dérivée de la médecine et que toute une série de savoirs sont transmis aux sages-femmes non pas afin qu'elles les appliquent, mais afin qu'elles renoncent à agir elles-mêmes. Une part importante de leur savoir doit en effet leur permettre de déceler une anomalie à temps pour faire appel à un médecin ou transférer leur patiente à l'hôpital, leur champ d'intervention étant limité aux seuls accouchements normaux.

Les conditions de travail

En 1944, une enquête sur les conditions de travail des sages-femmes de l'ensemble du territoire suisse est confiée par la Société suisse des sages-femmes (SSSF) au Secrétariat féminin suisse, fondé en 1943 (et qui intégrera en 1949 l'Alliance de sociétés féminines suisses fondée en 1900¹⁶). Relevons que, en 1943, une enquête similaire avait été réalisée pour les infirmières, par la VESKA, et avait abouti au Contrat-type fédéral de 1947 (Masson, 2001). Le Secrétariat féminin contacte tous les Départements sanitaires cantonaux en sollicitant la liste complète de leurs sages-femmes. Il s'avère que 2 322 sages-femmes sont enregistrées; 45 % d'entre elles répondent au questionnaire.¹⁷ L'enquête aboutit à la rédaction, par Mlle Gertrude Niggli, d'un rapport qui sera publié en 1946. Grâce à ce dernier, nous disposons de renseignements détaillés sur les conditions de travail et d'existence des sages-femmes de tous les cantons, qui laissent apparaître de grandes disparités cantonales et communales.

Niggli répartit les sages-femmes en trois groupes : celles qui travaillent librement, celles qui sont attachées à une commune et celles qui travaillent dans des cliniques ou des hôpitaux.

- Seules les dernières exercent leur métier à plein temps et peuvent se passer d'une activité secondaire. Elles gagnent entre 1 000 et 3 000 francs par an, mais sont en outre logées, nourries et blanchies. Leur gain est sûr et, en cas de maladie, elles touchent tout ou partie de leur traitement.
- Le revenu des sages-femmes de commune se composent de leurs honoraires et du subside que leur verse la commune. Les subsides varient fortement d'une

¹⁵ Par exemple, le comité de la section vaudoise de la Société suisse des sages-femmes recommande à ses membres de suivre le cours de l'ASID organisé à Lausanne du 20 au 24 septembre 1950. (JSF 9, Septembre 1950, p. 5-7.)

¹⁶ «Alliance de sociétés féminines suisses (ASF)», 15.11.2005, URL <http://www.hls-dhs-dss.ch/textes/f/F16500.php> (page consultée le 13.01.2008).

¹⁷ «Les sages-femmes, leurs conditions de travail suivant les cantons», JSF 7, Juillet 1948.

commune à l'autre; en 1943, les deux tiers des sages-femmes touchent un subside s'élevant à 300 francs par an. Les revenus globaux, subsides et honoraires, restent en dessous de 500 francs pour de nombreuses sages-femmes attachées à une commune de moins de 1 000 habitants. Seules quelques sages-femmes, installées dans une localité importante, voient leur revenu annuel dépasser 3 000 francs. La grande majorité des sages-femmes de communes gagnent entre 500 et 3 000 francs.

- Quant aux sages-femmes travaillant librement, leurs revenus sont des plus disparates. Un quart d'entre elles touchent moins de 500 francs par an, un tiers entre 500 et 2 000 francs, les autres gagnant jusqu'à 3 000 francs, rarement plus.¹⁸

Pour comparaison, les salaires reçus en 1950 (soit après l'entrée en vigueur de l'arrêté fédéral de 1947 sur le contrat-type de travail fédéral pour le personnel sanitaire) par les infirmières de base de La Source à Lausanne s'échelonnent de 180 à 270 francs par mois, soit 2 160.- à 3 240.- annuels, ceux des infirmières sages-femmes et des infirmières cheffes s'élèvent à 300.- par mois, soit 3 600.- par an. Les monitrices de l'école touchent 250 à 270 francs par mois (3 000 à 3 200 francs par an). Les salaires infirmiers ne sont guère plus élevés que celui de la secrétaire de l'école (240.- par mois, soit 2 880.- par an)... ou celui du jardinier (230.- par mois, soit 2 760.- par an) ! Quant à l'administrateur comptable, il gagne 880.- par mois (10 560.- par an).¹⁹ Autre point de comparaison : en 1954, le traitement mensuel du directeur du Centre de formation d'éducateurs pour l'enfance inadaptée de Lausanne est fixé à Fr. 800.- (9 600.- / an), avec financement paritaire des primes d'une caisse de retraite.²⁰ On peut supposer que, en 1950, un salaire de 2 000 francs par an à Lausanne est un salaire très modeste pour un personnel formé, et qu'en dessous de cette somme il est sans doute difficile de joindre les deux bouts.

Etant donné leurs gains faibles et irréguliers, il n'est pas rare que les sages-femmes en exercice libéral soient obligées d'exercer une autre profession pour survivre. Pour l'ensemble de la Suisse, ses professions sont très diverses : apiculture, travail à domicile ou en fabrique, commerce, couture, lessive, location de chambre, pension, soins, massages, pédicure, réception chez un médecin...²¹

Certains règlements cantonaux fixent un quota d'accouchements représentant le travail normal suffisant pour assurer l'existence matérielle d'une sage-femme à la campagne (ainsi, le règlement neuchâtelois de 1944 fixe un minimum de 50 accouchements par an). Dans ces cantons, les communes accordent à leur sage-

¹⁸ «Les Sages-Femmes : leurs conditions de travail suivant les cantons», JSF 1, Janvier 1950, p. 19-20

¹⁹ Chiffres communiqués par Denise Francillon, professeure et archiviste de la HELS.

²⁰ Claude Pahud, «La naissance d'une école d'éducateurs», in Geneviève Heller, Claude Pahud, Pierre Brossy, Pierre Avvanzino (2004), *La Passion d'éduquer. Genèse de l'éducation spécialisée en Suisse romande, 1954-1964*, Lausanne, Les Cahiers de l'éésp, p. 32.

²¹ «Les Sages-Femmes : leurs conditions de travail suivant les cantons», JSF 1, Janvier 1950, p. 19-20.

femme un subside proportionnel aux accouchements manquants pour arriver à ce chiffre.²²

La situation des sages-femmes vaudoises au début des années cinquante est résumée par le comité de la section romande de la Société suisse des sages-femmes, dans son rapport présenté à Sion lors de la 60^e assemblée des déléguées de la SSSF :

«La majorité des sages-femmes travaillent indépendantes [sic]. Cependant, quelques communes donnent des subsides qui varient de 400 à 1000 francs; parfois le logement et le bois sont donnés en plus du subside.

La section romande a pu obtenir quelques améliorations des tarifs ou des règlements. A deux reprises, le tarif minima pour accouchement d'indigente fut augmenté; il est actuellement de 80 francs. Le délai pour demander le paiement par l'Assistance a été prolongé de trois à huit jours après l'accouchement. Malheureusement, l'assistance n'est pas toujours accordée, certains fonctionnaires donnant par exemple comme prétexte que la femme n'était pas mariée ou que l'accouchement avait eu lieu dans un hôpital de district. Ainsi, la sage-femme travaille sans être payée, ni par l'indigente, ni par l'Assistance.

A la suite d'une réclamation faite par la section en mars 1953, le Service sanitaire a pris la décision suivante le 4 avril 1953 : "Les honoraires des sages-femmes seront payés par l'assistance, même si l'accouchement a dû avoir lieu dans un hôpital de district."

Les sages-femmes du canton, sauf celles de la ville de Lausanne, ont l'avantage de pouvoir soigner leur cliente, si celle-ci le désire, dans les infirmeries et hôpitaux de district et certaines cliniques privées. Les prix ne sont pas imposés, sauf pour l'Assistance. Si le nombre des accouchements à domicile diminue, par contre la sage-femme est souvent demandée pour d'autres soins : piqûres, ventouses, veilles, et peut être engagée, moyennant un cours d'instruction supplémentaire, par la "Ligue contre la tuberculose". Ces dernières activités ne sont autorisées que s'il n'y a pas d'infirmière diplômée dans la commune.

Actuellement, toutes les élèves qui terminent leurs deux ans d'études ont très facilement des places dans des cliniques, et l'on a de la peine à trouver une sage-femme qui veuille s'établir à son compte ou aller à la campagne.»²³

Ce passage réclame quelques commentaires explicatifs.

- Tout d'abord, en ce qui concerne les subsides alloués par les communes à leur sage-femme attitrée, ils ne correspondent pas toujours aux besoins de celle-ci. En outre, plusieurs communes, manquant de ressources, ne versent aucun subside à leur sage-femme.

²² «Les sages-femmes, leurs conditions de travail suivant les cantons», JSF 12, Décembre 1948, p. 101.

²³ «Journée des sages-femmes suisses, à Sion, en 1953. Rapport de la section romande», JSF 10, Octobre 1953, p. 5-7.

- Dans les villages surtout, mais aussi dans des bourgs d'une certaine importance et dans certains quartiers lausannois, la clientèle des sages-femmes est modeste. En tant que membres d'une profession indépendante, les sages-femmes décident de leurs honoraires. C'est du moins ce que prévoient les *Instructions aux sages-femmes du canton de Vaud*. Ainsi, la version 1945 stipule dans son article 44 «Des honoraires des sages-femmes» : «La sage-femme fixe elle-même, s'il ne s'agit pas d'indigents, le montant des honoraires auxquels elle estime avoir droit.» L'article précise que les critères devant être pris en compte pour fixer les honoraires, à savoir a) la durée et l'importance des soins donnés, b) la distance du domicile de la personne qui a réclamé les soins, c) le fait que les soins aient été donnés de jour ou de nuit et d) la situation économique de la personne qui a réclamé les soins.²⁴ Dans les faits, il semble que peu de sages-femmes parviennent à négocier des honoraires leur permettant de vivre convenablement. Gertrude Niggli ne manque pas de relever ce point dans son rapport : «Comme la sage-femme a une position indépendante, c'est à elle de retirer ses honoraires, de réclamer, d'envoyer des commandements de payer; souvent elle n'arrive à se faire payer que par annuité, et cela dure des mois ou même des années. Car en général la sage-femme ne soigne que la population la plus modeste de la contrée. Il faudrait un moyen d'enlever aux sages-femmes le souci de se faire payer. Les infirmières qui ont aussi eu ces mêmes difficultés, ont chargé maintenant leur bureau professionnel du soin de retirer leurs honoraires.»²⁵ Dans la première décennie du XXe siècle, les associations de gardes-malades fondent en effet des Bureaux de placement (Francillon, 2006 : 5) qui serviront d'organe à la fois de contrôle de l'activité de la garde-malade et de protection de la professionnelle et du client (idem : 10). Il en va bien différemment des sages-femmes : en 1947 seulement, sur proposition de la section zurichoise – qui a retenu la proposition de Gertrude Niggli ? –, la Société suisse des sages-femmes décidera de fonder un bureau de placement, ouvert à l'essai dès l'année suivante.²⁶ Ce bureau ne jouera toutefois qu'un rôle de centralisateur des demandes et des offres d'emploi permettant de faciliter quelque peu le recrutement de sages-femmes par les communes et hôpitaux, surtout pendant la période de pénurie de personnel paramédical des années 60 et 70; il ne servira pas de centrale d'encaissement des honoraires par les clientes et de redistribution aux sages-femmes. Ce n'est qu'avec la signature de conventions locales avec des caisses maladie que les sages-femmes parviendront à obtenir un paiement plus régulier de leurs honoraires, et encore non sans difficultés, les caisses refusant de prendre en charge certains frais. Ainsi, le constat de Denise Francillon à propos des gardes-malades vaut pour les sages-femmes dans la première moitié du XXe siècle : «Sur le plan des conditions

²⁴ L'article 44 des *Instructions aux sages-femmes du canton de Vaud* de 1945 est identique à l'article 50 des *Instructions...* de 1929. Les critères de fixation des honoraires sont restés inchangés.

²⁵ «Les sages-femmes, leurs conditions de travail dans les cantons», JSF 2, Février 1951, pp. 13-15.

²⁶ «Invitation à la 54^{ème} assemblée des déléguées à Lugano, lundi et mardi 23 et 24 juin 1947. Tractanda de l'assemblée des déléguées», JSF 4, Avril 1947, p. 27-27.

de travail des gardes-malades privées, la Suisse est à la traîne, car il n'existe pas de structure nationale de protection de la travailleuse à domicile.» (2006 : 14)

- En tant que travailleuses à domicile, les sages-femmes resteront en situation particulière, car elles ne sont pas placées par un bureau. Ce sont des indépendantes. A mon sens, ce qu'il faut surtout entendre par ce terme d'indépendantes, c'est «sans protection». La «profession» de sage-femme ne peut aucunement être assimilée à une profession libérale. Censées toucher des «honoraires» – terme utilisé dans les *Instructions aux sages-femmes du canton de Vaud* –, les sages-femmes elles-mêmes ne se servent pas de ce terme. Elles parlent des «taxes d'accouchement» et des «tarifs», ce qui selon moi est tout à fait révélateur de leur statut professionnel réel. La plupart d'entre elles se gardent de comparer leur situation à celle des médecins, qui pratiquent au domicile d'accouchées plus fortunées et réclament de réels honoraires. Loin de parvenir à imposer les honoraires qui leur permettraient de mener une existence confortable, les sages-femmes sollicitent de l'Etat une protection minimale contre la négociation à la baisse de leur rémunération, si ce n'est contre la gratuité de leurs services. Un arrêté du Conseil d'Etat fixe le tarif des honoraires applicables pour le traitement à domicile des accouchées indigentes, qui sont pris en charge par l'Assistance publique. Ces tarifs, communément désignés par l'expression de «taxes d'accouchement», sont très bas. Les accouchées non indigentes (c'est la Commission d'assistance du domicile de l'accouchée qui apprécie l'état d'indigence)²⁷ sont supposées verser à la sage-femme un montant plus élevé, mais il arrive souvent qu'elles ne consentent pas à le faire. Dans la pratique, il semble donc que seules les sages-femmes pratiquant auprès d'une clientèle aisée parviennent à toucher de réels honoraires, tandis que les autres vivent des «taxes d'accouchement», soit du tarif plancher fixée par le Conseil d'Etat, qui tient lieu de référence. Par conséquent, la rémunération des sages-femmes est fixée *par le bas*. Cette modalité de fixation des «honoraires» aura du reste des répercussions sur le défraiement des sages-femmes par les caisses maladie pour soins dispensés dans un cadre hospitalier, au moins jusqu'à la fin des années 1960 (voir annexe 1).
- L'indigence des clientes pose de réels problèmes aux sages-femmes indépendantes. Les tarifs trop bas et la difficulté à obtenir un remboursement des organismes d'assistance communale sont des questions qui reviennent souvent à l'ordre du jour des séances tri-annuelles de la section vaudoise des sages-femmes. Il ne s'agit pas là d'une spécificité vaudoise, comme le prouve le rapport de Gertrude Niggli sur la situation des sages-femmes en Suisse : «Selon les règlements, la sage-femme est protégée contre l'insolvabilité de sa cliente. Mais ceci n'est que sur le papier, en pratique, à cause de divers facteurs psychologiques et autres, c'est différent. Si la déclaration à l'assistance doit être faite dans les trois ou dix jours qui suivent l'accouchement, la sage-femme se

²⁷ *Instructions aux sages-femmes du Canton de Vaud*, 1945, article 45.

trouve dans une position difficile : elle ne peut pas renoncer à ses honoraires et, d'un autre côté, ne veut pas annoncer à l'assistance une famille qui, à cause de cette demande trop rapide, risque de lui retirer sa clientèle. Pour améliorer cette situation, on avait déjà demandé, en 1909, de mettre un délai de deux à trois mois.»²⁸ Les familles perçoivent souvent la déclaration d'indigence faite par la sage-femme pour obtenir le paiement de ses honoraires comme une *dénunciation* de leurs conditions misérables d'existence et la supplient d'attendre un peu afin qu'elles puissent verser elles-mêmes le montant minimal pour les soins reçus. En cédant, les sages-femmes laissent passer le délai fort court au-delà duquel elles ne peuvent plus obtenir de remboursement de leurs honoraires par l'Assistance publique, et s'exposent au risque de ne jamais être payées, ou alors que très partiellement, par la famille de leur «cliente»....

- Les sages-femmes se tournent vers le Service sanitaire chaque fois qu'un différend les oppose à une autre instance officielle, telle que l'Assistance publique qui recigne à les rembourser. Leurs démarches pour parvenir à se faire entendre sont nombreuses et souvent longues, mais elles obtiennent assez souvent satisfaction; précisons toutefois que leurs requêtes sont bien modestes ! Avec la diminution des accouchements à domicile et leur transfert dans les nombreux hôpitaux et les petites infirmeries couvrant toute la surface du canton dès la deuxième moitié du XIXe siècle (Donzé, 2003 et 2007), les sages-femmes indépendantes assistent toujours plus souvent les parturientes dans les établissements hospitaliers, qui ne disposent pas d'un personnel salarié en nombre suffisant pour pouvoir se passer de leurs services. En cas d'indigence, il arrive que ni l'établissement lui-même, ni l'Assistance publique n'accepte de payer la sage-femme indépendante. Les démarches de la section vaudoise de la SSSF permettront d'obtenir un remboursement par l'Assistance à partir de 1953. Mais celui-ci n'est pas automatique et nécessite des démarches renouvelées, beaucoup d'insistance et de ténacité de la part des sages-femmes concernées.
- La diminution du nombre d'accouchements à domicile et la faiblesse des taxes d'accouchement contraignent les sages-femmes à se tourner vers un métier d'appoint, comme nous l'avons vu, ou à tenter d'élargir la palette des soins qu'elles offrent à leur clientèle. Ainsi, elles soignent d'autres membres de la famille de l'accouchée, posent des ventouses, font des injections, entrant en concurrence directe avec les infirmières. Il en résulte des dénonciations. En 1939, des sages-femmes vaudoises réclament des autorités sanitaires le droit de porter le titre d'infirmière afin de pouvoir continuer à dispenser des soins infirmiers.²⁹ Cette requête leur est bien sûr refusée. Les documents recueillis dans les archives ainsi que le dépouillement du bulletin des sages-femmes à partir de 1939 font ressortir plus de frictions entre les sages-femmes et les professions connexes (infirmières, puis physiothérapeutes) qu'entre sages-femmes et médecins

²⁸ «Les sages-femmes, leurs conditions de travail dans les cantons», JSF 2, Février 1951, p. 13.

²⁹ «Assemblée de la Section romande du 2 mai à la Maternité de Lausanne», JSF 5, Mai 1939, p. 56-57, et «Assemblée de la Section romande à la Maternité de Lausanne, le 25 juillet 1939», JSF 8, Août 1939, p. 100-101.

(généralistes ou spécialistes). Les plaintes fusent de part et d'autres : les sages-femmes accusent les infirmières de donner des soins aux accouchées et aux nouveau-nés, tandis que les infirmières reprochent aux sages-femmes de donner des soins non strictement liés aux couches. Prenant la défense des sages-femmes, le Professeur Rochat estime qu'il serait «nécessaire de limiter l'activité débordante des sœurs visitantes ou infirmières non diplômées en raison des plaintes unanimes reçues de la part des intéressés [sic masculin] à ce sujet.»³⁰

Juste avant la guerre, une enquête par questionnaire est réalisée sur la situation des sages-femmes dans le canton de Vaud. Il en ressort, selon les termes du Professeur Rochat, que cette situation «est matériellement déplorable».³¹ Toutefois, le professeur, du haut de sa chaire et de sa position à la tête de la Maternité de l'Hôpital cantonal, «ne pense pas que MM. les médecins délégués et les sages-femmes intéressées se rendent compte de la complexité de la question, vu les solutions simplistes qui ont été proposées» pour résoudre cette situation désastreuse. A son avis, la cause du problème réside moins dans le nombre trop élevé de sages-femmes établies dans le canton que dans la «dénatalité» et secondairement dans les «nombreux services créés dans toutes les infirmeries du canton». Il s'en prend avec une ironie violente à la proposition «des plus saugrenues» de remédier à cette situation critique en limitant aux «cas anormaux» l'admission à la Maternité. «[Q]ui peut se prétendre capable de décider d'emblée l'évolution normale ou pas d'un cas», demande-t-il en rétablissant par là son autorité écrasante sur la question. D'autres propositions lui paraissent plus sérieuses, par exemple demander aux communes de mettre «un peu de bonne volonté» au paiement de subsides aux sages-femmes et l'assurance de leur paiement en cas d'indigence des accouchées. Lui-même estime qu'il serait envisageable de diminuer le nombre des élèves sages-femmes, ce qui présenterait le double avantage de stabiliser le nombre de sages-femmes formées et de permettre le remplacement des élèves constituant un personnel gratuit pour la Maternité par des sages-femmes diplômées et donc rétribuées. Les autres services hospitaliers disposant de lits d'accouchement devraient en outre employer des sages-femmes diplômées, sans pour autant fermer l'accès de leurs murs aux sages-femmes installées à la campagne. «C'est avec reconnaissance que nous constatons tous les efforts de M. le professeur pour améliorer cette situation si critique», conclut la procès-verbiste de la séance.³²

A partir de la fin du XIXe siècle déjà, le nombre des accouchements «normaux» conduits à l'hôpital, y compris par des femmes mariées et non indigentes, commence à s'élever. Dans l'entre-deux guerres, les services de maternité doublent leur capacité (Clerc, 2004 : 70) et attirent une clientèle toujours plus diversifiée du point de vue social. Le transfert du domicile vers la maternité s'accélère à la fin des années 1940, entre autre en raison de transports facilités, de l'urbanisation et du développement

³⁰ «Assemblée de la Section Romande du 30 avril à la Maternité de Lausanne», JSF 5, Mai 1940, p. 59.

³¹ Idem, p. 58.

³² Idem, p. 59-60.

important des caisses d'assurance maladie (Ingold, 1994 : 105). Dans le canton de Vaud, le nombre d'accouchements à domicile s'élève 2 605 contre 1 906 en clinique; en 1943, il s'abaisse à 2 564 contre 3 565 en clinique, hôpital ou maternité.³³ Le point de basculement est atteint. Entre 1950 et 1957, soit en huit ans, la Suisse enregistre 695 000 naissances vivantes, dont 64 % dans des établissements hospitaliers. Les 148 hôpitaux ou maternités répertoriées auraient théoriquement pu, à ce moment-là, accueillir l'ensemble des naissances.³⁴ Le processus d'institutionnalisation de la naissance semble alors inéluctable.

A partir de la reprise économique d'après-guerre, les hôpitaux, infirmeries et cliniques du canton engageront toujours plus de sages-femmes et les nouvelles diplômées s'engouffreront dans la voie du salariat. Bien rares seront les sages-femmes à vouloir s'établir à leur compte en ville ou à se mettre au service d'une commune de campagne. La situation salariée, plus stable, offrant une meilleure rémunération que l'exercice indépendant, même si les salaires hospitaliers restent bas, présente beaucoup plus d'attrait aux yeux de la jeune génération que la dure «autonomie» des sages-femmes de commune ou installées en ville à leur compte. En outre, l'attrait de la modernité jouera en faveur des hôpitaux.

Au début du XXe siècle, les sages-femmes s'indignaient encore de la concurrence que leur faisaient les hôpitaux et les cliniques, ainsi que certains médecins pratiquant à domicile :

«Les Maternités, en hospitalisant des femmes dont l'état de santé ou les conditions économiques ne l'exigent pas, les polycliniques, en soignant à domicile des accouchées plutôt aisées et surtout MM. les médecins, en acceptant de faire, dans des milieux fortunés, des accouchements sans sage-femme, avec simplement l'assistance d'une garde, ou même d'une bonne femme quelconque faisant métier de garde-malade, font nous l'estimons une concurrence déloyale.

Le champ d'activité des sages-femmes étant déjà très restreint, il n'est pas humain de le leur diminuer par tous les moyens sus indiqués.

Reprisant quelques-uns des chiffres du travail de Mme Wuittoz, nous constatons qu'il y a six ans, à Berne, pour 30 sages-femmes et les établissements, il y avait environ 1 000 accouchements par an. A Lausanne, situation pire encore, puisque 916 accouchements étaient à répartir entre 54 sages-femmes et les cliniques privées.»³⁵

Par contre, au milieu du siècle, les sages-femmes cessent de s'indigner (du moins, ouvertement dans leur bulletin) et de lutter contre les hôpitaux pour y entrer. Outre

³³ «Les sages-femmes, leurs conditions de travail dans les cantons», JSF 6, Juin 1950, p. 15.

³⁴ Pierre Dubuis et O. Zenklusen, «Les influences extra-médicales sur la mortalité maternelle obstétricale en Suisse de 1950 à 1957», *Journal de la Sage-femme*, n° 11, Novembre 1959, p. 9-19.

³⁵ ACV, PP 656/9, «Motion de la Société Suisse des Sages-femmes présentée à l'Assemblée générale de l'Alliance nationale des Sociétés féminines Suisses les 13 et 14 octobre 1917 à Aarau», non signé.

les atouts financiers, les sages-femmes ont dans les établissements des avantages en terme d'horaires et de vacances, surtout après qu'elles seront mises au bénéfice du contrat-type fédéral.³⁶ Délivrées à l'hôpital des responsabilités angoissantes reposant sur leurs consœurs de campagne, de l'obligation d'être disponible à toute heure et de parcourir plusieurs kilomètres pour se rendre, en toute saison et par tous les temps, au domicile des accouchées, les sages-femmes hospitalières ne voient pas en contrepartie l'intérêt de leur travail diminuer. Au contraire, l'exercice hospitalier semble à certains égards plus intéressant que l'exercice au domicile des patientes. Le rapport de Gertrude Niggli, du Secrétariat féminin suisse, mentionne également ce point : «[I]l y a des sages-femmes qui, malgré une très bonne formation, sont établies dans une commune isolée où il y a peu d'accouchements et qui ne peuvent agrandir le champ de leur activité professionnelle; elles perdent ainsi intérêt à leur travail et ne voient pas l'utilité de se perfectionner pour une situation qui ne peut s'améliorer.»³⁷

Une interprétation courante du rapport entre lieu de naissance et exercice professionnel veut que les sages-femmes aient été dépossédées des accouchements au profit des hôpitaux (et, corollairement, des médecins qui dirigent les services de maternité ou y pratiquent). Elles auraient en quelque sorte vu leur gagne-pain disparaître et auraient été forcées à se reconvertis à l'exercice hospitalier. Cette analyse n'est pas entièrement fausse, mais elle tient peu compte du changement d'attitude des sages-femmes au fil du temps. De fait, la concurrence des établissements hospitaliers contribue grandement à rendre encore moins rentable un métier qui s'est toujours avéré peu rémunératrice pour la majorité de celles qui l'exercent. (N'oublions pas non plus que, dès l'émergence de leur métier à la fin du XVIIIe siècle, les sages-femmes doivent faire face à la concurrence de médecins qui, en ville surtout, sont sollicités par une part de la clientèle aisée.) Mais tandis que les premières générations s'indignent de l'institutionnalisation de la naissance qui menace leur gagne-pain à domicile, les générations suivantes en viennent à voir dans les maternités un moyen de s'assurer une existence matériellement plus stable.

Les rapports du Bureau de placement des sages-femmes indiquent que, jusqu'au début des années 60 au moins, des communes cherchent encore à remplacer leur vieille sage-femme attitrée qui souhaite prendre sa retraite. Mais il est rare qu'elles parviennent à trouver une remplaçante, même en augmentant les subsides. Certaines sages-femmes de campagne pratiquent jusqu'à l'âge de 80 ans, à défaut de pouvoir être remplacées. Par conséquent, l'institutionnalisation de la naissance va de pair avec un changement d'attitude des générations de sages-femmes face aux établissements hospitaliers, que les plus jeunes perçoivent sous un jour plus positif que leurs aînées. Si ce changement d'attitude ne s'était pas produit, les sages-femmes auraient refusé d'entrer dans les hôpitaux, et auraient peut-être été remplacées par

³⁶ Arrêté du Conseil fédéral concernant l'application aux sages-femmes du contrat-type de travail pour le personnel sanitaire (Du 24 septembre 1948).

³⁷ «Les sages-femmes, leurs conditions de travail dans les cantons», JSF 6, Juin 1950, p. 18.

des infirmières spécialisées dans les services de maternité (ce remplacement s'est produit aux Etats-Unis d'Amérique, où la profession de sage-femme a cessé d'exister en tant que telle pendant plusieurs décennies). De mon point de vue, les sages-femmes suisses ne *vivent* pas la salarisation et donc la transformation de leur profession comme un traumatisme; le traumatisme est ressenti *a posteriori* par les générations des années 1970 et au-delà qui jettent un regard rétrospectif sur la perte d'autonomie subie sur le long terme. Dans le temps réel de ces transformations progressives, les réactions sont contrastées : à la résistance des premiers temps (celle des générations de la fin du XIXe jusqu'à la fin de l'entre-deux-guerres), fait place un accompagnement (par les générations de l'après-guerre) du mouvement de transfert de l'accouchement du domicile vers l'hôpital. Ce changement d'attitude peut s'expliquer par le contexte du développement économique, démographique et technologique sans précédent du début des «Trente glorieuses». Avec l'industrialisation sont prônés le travail salarié et les congés payés, dans le même temps que la bienfaisance de type privé recule. Comme toutes leurs contemporaines, les sages-femmes sont prises dans cette dynamique sociale. Elles aspirent elles aussi à des horaires fixes, à des congés, à des vacances, ainsi que, pour une part d'entre elles, à une intégration dans des hôpitaux modernisés qui incarnent une forme de progrès social.

Il m'apparaissait important de décrire avec précision la situation matérielle des sages-femmes au début des années 50 afin de mieux faire comprendre le contexte professionnel dans lequel l'ASD fait son apparition.

Les associations professionnelles et leur action

A la fin du XIXe siècle, les sages-femmes sont déjà concurrencées par des établissements hospitaliers qui ont perdu leur caractère caritatif d'autrefois pour devenir des lieux de soin attirant une clientèle payante. Les sages-femmes commencent alors à s'organiser en associations professionnelles, afin de mieux défendre leurs intérêts.

L'organe faîtier des sages-femmes suisses

Des associations locales ou unions cantonales de sages-femmes, plus ou moins structurées, préexistaient à la création de l'organisation nationale. Cette dernière est fondée le 3 mars 1894 à l'initiative de la sage-femme Anna Baumgartner, qui avait auparavant été à l'origine de la création de l'association des sages-femmes bernoises (Zürcher, 1994 : 24). Les six membres fondatrices sont alémaniques. L'organisation s'appelle tout d'abord *Schweizerischer Hebammenverein*, *Société suisse des sages-femmes*

(SSSF) en français. En 1955, elle prend le nom de *Schweizerischer Hebammenverband*, en français Association suisse des sages-femmes (ASSF).³⁸

Le but premier de la Société des sages-femmes est la défense des membres individuelles et la promotion de la profession. Les statuts de 1940 (voir annexe 2) précisent les axes de cet objectif :

- améliorer la situation matérielle des sages-femmes membres de la Société;
- tenter d'obtenir le libre exercice de la profession sur l'ensemble du territoire national;
- assurer aux sages-femmes une instruction scientifique uniforme;
- secourir les membres dans le besoin ou malades;
- entretenir des relations d'amitié entre les membres.

Autant dire que les terrains d'action sont nombreux et ambitieux. Suivre le fil de chacun de ces objectifs, les modifications qu'ils subissent au cours du temps, leur abandon définitif ou leur reformulation, serait en soi un travail passionnant. Relevons simplement ici que ces objectifs sont de nature diverse et impliquent une palette d'attitudes (défense de type corporatiste ou syndicale, entraide, travail de lobbying, sociabilité), ce qui aura pour conséquence une fluctuation de l'identification des membres dirigeantes et des membres de base d'une attitude vers l'autre selon les périodes. Si une attitude corporatiste militante caractérise les premiers temps de l'association (Clerc, 2004 : 73), la sociabilité domine dans l'après-guerre. A lire les procès-verbaux des séances de l'Association suisse des sages-femmes, celles-ci prennent à certaines périodes des allures de club de thé. «Dans un état de paralysie et de léthargie, soucieuse de compromis et de féminité, la direction de l'association refoula tous les problèmes d'actualité [de l'après-guerre]», résume sévèrement une membre de l'ASSF à l'occasion du centième anniversaire de sa fondation (Zürcher, 1994 : 42).

Lors de la 54^{ème} assemblée des déléguées de la Société suisse des sages-femmes (SSSF) de Lugano, en 1947, la section de Zurich avait déjà proposé de changer le nom de la faîtière en *association*, au motif que «[l]e but d'une association est la recherche commune des améliorations professionnelles; par contre, celui d'une société consiste dans le plaisir et la récréation.»³⁹ Cette proposition n'est toutefois pas acceptée. En 1950, la section «See et Gaster» relance la même proposition à la 61^e assemblée des déléguées de 1954 à Aarau, cette fois-ci au motif que : «Lors de la fondation de la Société suisse des Sages-Femmes, il ne s'agissait que d'un petit groupement. Aujourd'hui il a grandi. Nos 29 sections forment une association ayant pour but de protéger et de servir nos intérêts professionnels. (...) Les statuts de la société nécessitant déjà une révision, l'occasion serait propice pour introduire cette

³⁸ Appellations actuelles : Schweizerischer Hebammenverband – Fédération suisse des sages-femmes – Federazione svizzera delle levatrici – Federazium svizra da las spenderras.

³⁹ «Invitation à la 54^{ème} assemblée des déléguées à Lugano, lundi et mardi 23 et 24 juin 1947. Tractanda de l'assemblée des déléguées», JSF 4, Avril 1947, p. 27.

adaptation aux temps actuels.»⁴⁰. Cette fois-ci, le changement de nom est accepté. Il prendra effet dès 1955, suite à l'adoption des nouveaux statuts de l'organisation faîtière, lors de 61^e assemblée des déléguées à Aarau le 21 juin 1954.⁴¹

Si l'organisation nationale des sages-femmes semble avoir été plus militante et déterminée à défendre les intérêts de la profession à son origine qu'un demi-siècle plus tard, sa fondation a néanmoins été accueillie favorablement par les obstétriciens responsables de services de maternité et par les autorités sanitaires. Ces dernières se réjouissent d'avoir un relais avec un groupe homogène et organisé, sur lequel il est plus facile de faire peser leurs arguments que sur des sages-femmes individuelles exerçant chacune dans sa commune éloignée (Clerc, 2004 : 83). En 1919, lors de la conférence intercantonale des services sanitaires cantonaux, l'assemblée masculine propose de soutenir «moralement et financièrement» la Société suisse des sages-femmes et «d'appuyer les conférences des médecins» devant les sociétés de sages-femmes régionales.⁴² Les cantons ne prennent pas tous cette proposition avec le même sérieux. Comme nous le verrons plus loin, dans le canton de Vaud, les médecins vaudois se sont réellement engagés dans la formation destinée aux membres de l'association des sages-femmes.

La section vaudoise et les autres sections romandes

La section vaudoise est très ancienne, puisqu'elle est officiellement créée le 13 octobre 1898 à Lausanne et qu'elle réunit à ce moment-là 61 sages-femmes de tous les districts du canton⁴³. Il existait auparavant des associations locales, semble-t-il éphémères : «Les sages-femmes vaudoises ont, déjà à la fin du siècle dernier, essayé de se grouper. En premier lieu naquit la "Société vaudoise", puis vint la "Fidélia". Grâce au professeur Rossier, la "Section romande de la Société suisse des sages-femmes" vit le jour et recueillit la succession de la Fidélia».»⁴⁴ La section n'est pas à proprement parler dirigée par un médecin, car seules des sages-femmes occupent des fonctions officielles au sein du comité (présidente, vice-présidente, secrétaire, trésorière et membres adjointes); mais il arrive que le chef de la maternité participe à la partie administrative des séances et y fasse valoir son avis, toujours écouté avec déférence.⁴⁵

⁴⁰ JSF 4, Avril 1950, p. 7.

⁴¹ «Assemblées des déléguées à Aarau, le 21 juin 1954. Procès-Verbal», pp. 6-15.

⁴² ACV, KVIII b 96, Rapport de la conférence intercantonale par le Professeur Rossier, cité par Clerc (2004 : 74).

⁴³ ACV, PP 656 Association suisse des sages-femmes, Description de l'inventaire, p. 2.

⁴⁴ «Journée des sages-femmes suisses, à Sion, en 1953. Rappport de la section romande», JSF 10, Octobre 1953, p. 5.

⁴⁵ Il en va de même pour la section de Fribourg où le professeur chargé de l'enseignement des élèves sages-femmes donne, comme c'est le cas à Lausanne, une conférence lors des assemblées de l'association. Dans les procès-verbaux de ces séances, les sages-femmes l'appellent «notre (cher) chef».

La section vaudoise est tout d'abord dénommée «section romande», appellation qu'elle conserve jusqu'en juin 1959.⁴⁶ En 1953, elle compte 202 membres, dont 175 domiciliées dans le canton de Vaud, 9 à Genève, 8 à Neuchâtel, 4 en Valais, 3 dans le Jura bernois et 3 à l'étranger. Parmi ces 202 membres, 30 membres (soit 15 %) ne pratiquent plus.⁴⁷

L'existence de la section «romande» à Lausanne n'empêche pas d'autres sections régionales de se créer. Ainsi, la section neuchâteloise voit le jour en 1944, mais avec 17 membres seulement;⁴⁸ son existence restera discrète et relativement brève puisqu'en 1980, moins de quarante ans plus tard, elle fusionnera avec la section vaudoise.⁴⁹ (Actuellement, la section se nomme Vaud-Neuchâtel-Jura, formant en quelque sorte une seule entité qui conserve trois antennes pointant chacune vers son pôle géographique.) Quant à la section genevoise, c'est le 8 décembre 1954 qu'a lieu son assemblée constitutive.⁵⁰ Le canton de Fribourg voit la fondation de sa section sous l'appellation de *Société des sages-femmes fribourgeoises* le 15 mai 1917, avec 46 membres.⁵¹ De son côté, le Valais a deux sections linguistiques. Tout d'abord est fondée à Brigue en septembre 1926 la Section du Valais; trois mois plus tard, en décembre 1926, se crée une *sous-section* du Bas-Valais qui devient bientôt la *section du Bas-Valais*.⁵²

Au début des années 1970, au moment où le comité central de l'Association suisse des sages-femmes exprime le souhait de diminuer le nombre de ses sections⁵³, la présidente centrale de l'époque, Sœur Thildi Aeberli (d'Aarau), espère que toutes les sections francophones accepteront de fusionner⁵⁴, mais lesdites sections ne l'entendent pas de cette oreille et seules celles de Neuchâtel et Vaud se déclarent d'accord pour un rapprochement.

Pour information, en 1948, la Société suisse des sages-femmes se divisait en 29 sections.⁵⁵ En 1956, l'Association suisse des sages-femmes comptait 30 sections avec la nouvelle venue Genève.⁵⁶ En 1975, elle n'en comportait plus que 19⁵⁷, grâce aux fusions de sections alémaniques. Aujourd'hui, la Fédération suisse des sages-femmes compte 13 sections, à savoir : Aargau-Solothurn, Bas Valais, Beide Basel,

⁴⁶ JSF 7, Juillet 1959, p. 17.

⁴⁷ «Journée des sages-femmes suisses, à Sion, en 1953. Rapport de la section romande», JSF 10, Octobre 1953, p. 7.

⁴⁸ JSF 12, Décembre 1951, p. 19.

⁴⁹ JSF 4, Avril 1980, p. 5.

⁵⁰ JSF 4, Avril 1955, p. 8.

⁵¹ JSF 10, Octobre 1959, p. 4.

⁵² JSF 7, Juillet 1941, p. 87.

⁵³ 80^e assemblée des déléguées, 28 mai 1973, Olten (point 4 de l'OJ : «Discussion concernant le groupement des sections»), JSF 4, Avril 1973, p. 15.

⁵⁴ ACV, PP 656/28, Lettre (circulaire) de Thildi Aeberli à Marguerite Vittoz, 18 février 1974.

⁵⁵ JSF 10, Octobre 1948, p. 80.

⁵⁶ JSF 8, Août 1956, p. 6.

⁵⁷ JSF 1, Janvier 1975, p. 7.

Bern, Fribourg, Genève, Oberwallis, Ostschweiz, Schwyz, Tessin, Vaud-Neuchâtel-Jura, Zentralschweiz, Zürich und Umgebung.⁵⁸

La section vaudoise au milieu du XXe siècle

La section vaudoise, officiellement appelée «romande» jusqu'en 1959, comme nous venons de le voir, est particulièrement active. Dans les années cinquante et soixante, elle tient trois assemblées annuelles dans les locaux de la Maternité. Ces séances réunissent entre soixante et quatre-vingt participantes, y compris des membres retraitées, et comprennent une partie administrative, suivie ou précédée d'une conférence d'un médecin. Dans l'après-guerre, c'est le Professeur Rochat qui donne lui-même les conférences, souvent assorties de présentation de cas cliniques (les patientes sont amenées dans l'amphithéâtre), de projection de radiographies et de films. Les assemblées des sages-femmes «se terminent par un thé, aimablement préparé par le personnel de la Maternité, et pendant lequel des collègues habitant souvent fort loin les unes des autres se retrouvent et bavardent.»⁵⁹

La section vaudoise se dote très tôt d'un bulletin, cinq ans seulement après sa fondation, soit en 1899. Il est édité aux frais et sous la direction de la section. Par contre, le rédacteur en chef est un médecin; il est responsable de la partie médicale ou scientifique du bulletin. La version du bulletin intitulée *Le Journal de la Sage-Femme* paraît dès 1904. Le Pr Guillaume Rossier (1864-1929) est le premier à en assurer la rédaction médicale, suivi par le Dr Thélin, puis par le Pr Rodolphe-Louis Rochat (1894-1971), médecin-chef de la Maternité de Lausanne et directeur de l'école de sages-femmes.

Le Journal de la Sage-femme manque disparaître en 1948 en raison d'une crise financière; il cesse de paraître pendant quatre mois, puis reprend sa parution hebdomadaire chez un autre imprimeur, patronné par le Service sanitaire cantonal vaudois, qui lui offre une subvention annuelle⁶⁰, et grâce aussi à de nombreux annonceurs. A partir de 1960, le Pr Rochat est secondé par le Pr Pierre Dubuis (1909-1976) dans la rédaction du JSF.⁶¹ Depuis décembre 1960, Pierre Dubuis assure seul la rédaction, jusqu'à fin 1972. Le Dr Georges de Werra reprend la rédaction de janvier 1973 à fin 1983.⁶² Finalement, le Dr Claude Revaz assume la fonction de rédacteur pendant les deux dernières années de parution du journal. Par la suite, la section vaudoise n'aura plus de publication propre et il n'existera plus qu'un journal

⁵⁸ Site de la FSSF : <http://www.hebamme.ch> [10.03.09].

⁵⁹ «Journée des sages-femmes suisses, à Sion, en 1953. Rapport de la section romande», JSF 10, Octobre 1953, p. 7.

⁶⁰ ACV, PP 656/32, Lettre du Pr Rochat au Chef du Service sanitaire cantonal, 26 février 1949. La subvention sera suspendue dès 1984 (ACV, PP 656/31, Lettre de Charles Kleiber, chef du Service de la santé publique à Mme Nadine Pelichet, 21 octobre 1983).

⁶¹ JSF 1, Janvier 1960, p. 1.

⁶² JSF 1, Janvier 1973, p. 1; ACV, PP 656/8, Lettre de la section vaudoise de l'ASSF au Dr Claude Revaz, 5 janvier 1984.

national, *Die Schweizer Hebamme*, sans doute à la grande satisfaction de sages-femmes alémaniques, dont quelques-unes avaient tenté à plusieurs reprises de faire cesser la parution du journal francophone et de l'absorber dans un journal national.⁶³

Il semble qu'en dehors de la section vaudoise de la SSSF, une association d'entraide destinée plus spécifiquement au personnel hospitalier ait existé quelque temps. Le *Journal de la Sage-Femme* publie en effet, en novembre 1952, un «[a]vis important aux sages-femmes, aux gardes s.-f. et tout particulièrement aux débutantes dans la carrière», afin de leur annoncer qu'une «association d'entr'aide groupe les sages-femmes, gardes sages-femmes de la Maternité de Lausanne», dont les membres se réunissent une fois par an.⁶⁴ Aucune autre annonce de cette association ne paraîtra dans le bulletin par la suite.

Le poids des associations de sages-femmes

La SSSF – devenue ASSF en 1955 – parvient-elle à atteindre ses objectifs de défense des intérêts de ses membres ? La réponse, forcément mitigée étant donné les buts diversifiés que la faîtière se donne à sa création, est tout de même plutôt positive. Certes, les sages-femmes ne parviennent pas à contrer la transformation inéluctable de leur profession qui, exercé de manière indépendante à sa mise en place à la fin du XVIIIe siècle, sera majoritairement salariée à partir de la seconde moitié du XXe siècle. Mais il faut dire que cette évolution est décidée et organisée par d'autres qu'elles, par des médecins, par des autorités politiques, qui prennent rarement la peine de les consulter et ne les écoutent pas toujours lorsqu'elles leur font connaître leur opinion. Par ailleurs, leur vision d'une profession unifiée sur le plan national se heurte à la souveraineté cantonale en matière sanitaire.

Les sections régionales de l'ASSF sont inégalement actives et combatives. Les petites sections semblent privilégier la convivialité au détriment de la défense corporatiste. Mais la personnalité des dirigeantes joue sans conteste un rôle important dans l'action revendicative ou stratégique des sections.

Les rapports sociaux de sexe pèsent de tout leur poids dans la vie associative et professionnelle des sages-femmes. Ce sont des femmes, exclusivement. Comme toutes les femmes suisses, elles ne pourront pas voter avant 1971. Elles ne peuvent pas non plus être élues, être impliquées dans les instances cantonales où des décisions sont prises concernant leur formation et les modalités de leur pratique professionnelle. Longtemps, des médecins décident du contenu de leur formation. Elles sont donc obligées de s'appuyer sur des alliés, médecins, édiles, pour relayer leurs revendications dans les instances communales et cantonales, ou dans les commissions sanitaires intercantonaux. Leurs associations elles-mêmes sont créées

⁶³ Aujourd'hui, le journal s'appelle *Hebamme.ch* – *Sage-femme.ch* – *Levatrice.ch* – *Spandrera.ch*.

⁶⁴ JSF 11, Novembre 1952, p. 7.

le plus souvent sous l'autorité et la protection d'un ou de plusieurs médecins. Cette forme de protectorat est bien sûr une forme de tutelle. Les rédacteurs en chef de leurs organes officiels sont des médecins; le *Journal de la Sage-Femme* de la section romande ne s'autonomisera jamais de cette tutelle médicale, qu'il conservera jusqu'à son extinction, en décembre 1985. Par comparaison, les infirmières gagnent l'autonomie de leur publication, la *Revue suisse des infirmières*, en 1966.⁶⁵

Les membres de l'ASSF sont bien sûr aussi inégalement politisées, et leurs opinions divergent à plusieurs égards. La disparité de formation qu'elles reçoivent et les règlements différents auxquels elles sont soumises dans leur canton respectif est un facteur de division potentielle. Les autres facteurs de différenciation importants en Suisse, la langue et la religion, jouent aussi un rôle à certaines périodes. Beaucoup d'entre elles sont croyantes; la tradition d'ouvrir l'assemblée nationale annuelle avec le cantique «Grand Dieu, nous te bénissons» se maintient au moins jusqu'à la fin des années 60. Certaines sont même religieuses, catholiques comme protestantes; les sœurs prennent une part active dans les comités de plusieurs sections et, entre 1950 et 1980, au moins quatre sœurs occuperont la fonction de présidente centrale.⁶⁶ Une partie des membres adoptent des positions féministes, en faveur du droit de vote et même, dans les années 70, en faveur du droit à l'avortement (mais on peut supposer que cette position est restée très minoritaire dans la profession). Mais religiosité (qui rime souvent avec soumission, surtout pour les professions soignantes) et féminisme ne font pas le meilleur des ménages et, s'il est vrai que toute organisation d'une certaine envergure est confrontée à ce type de divisions idéologiques, de telles tensions ont dû compliquer l'élaboration par les sages-femmes suisses de stratégies collectives efficaces sur le long terme.

En outre, l'ASSF et ses sections semblent souffrir d'une crise générationnelle larvée. La longévité des membres dirigeantes des sections à la même fonction (en particulier, celle de présidente du comité) est frappante. En 1939 déjà, les membres retraitées sont nombreuses et le vieillissement n'est pas contrebalancé par un recrutement important de jeunes sages-femmes. Il est plausible que l'aspect générationnel croise celui du mode d'exercice, les jeunes sages-femmes salariées perçevant peu l'intérêt de rejoindre une organisation dont les dirigeantes d'âge mûr ont conduit l'essentiel de leur carrière hors des murs des établissements hospitaliers. L'aspect mutualiste pourrait aussi renforcer ce phénomène : les sages-femmes membres de l'ASSF, exerçant de manière indépendante et non couvertes par des assurances privées, ont la possibilité de s'affilier à la caisse maladie de l'association à des conditions avantageuses et de bénéficier ainsi d'une indemnité pour perte de gain en cas de maladie; par contre, les sages-femmes hospitalières, couvertes par leur employeur, ne sont pas intéressées par la caisse de l'ASSF.

⁶⁵ Information transmise par Denise Francillon, Haute école de la santé La Source, Lausanne.

⁶⁶ Sœur Ida Niklaus (1950-1953), Sœur Alice Meyer, de Muttenz (BL) (1962-1966), Sœur Thildi Aeberli, d'Aarau (1971-1974), Sœur Elisabeth Stucki (1975-1979).

Confrontées à de très nombreux obstacles, les sages-femmes se sont battues pour sauvegarder leurs intérêts ou ce qu'elles considéraient comme tels, avec des armes très inégales face à leurs adversaires, et prenant parfois ces adversaires pour des alliés. Auraient-elles pu enrayer le mouvement de fond qui a conduit à l'institutionnalisation de la naissance en Suisse ? On peut en douter. Quelque forme qu'ait pris l'organisation des sages-femmes en Europe, le processus s'est déroulé presque partout de la même manière, avec tout au plus deux ou trois décennies d'écart. Seules les sages-femmes hollandaises sont parvenues à préserver l'exercice indépendant de leur profession, à domicile (Abraham-Van der Mark, 1993). Il n'empêche que, au début des années 1950, les organisations de sages-femmes semblent bien amollies.

PARTIE II : L'IMPLANTATION DE LA PPO

L'Accouchement sans douleur (ASD) par la Psychoprophylaxie obstétricale (PPO) en bref

L'Accouchement Sans Douleur (ci-après, ASD) vise à supprimer la douleur sans recourir à des moyens médicamenteux. La méthode se fonde sur le postulat que l'accouchement, processus naturellement indolore, devient douloureux en raison d'un conditionnement social : les préjugés, récits effrayants, représentations erronées de l'accouchement conditionnent les femmes à souffrir par la création, dans leur cerveau, et plus précisément dans leur cortex, d'un lien artificiel entre contraction utérine et douleur. En France, les promoteurs de la méthode, médecins proches du Parti Communiste Français (PCF) – parmi lesquels le docteur Lamaze est resté le plus connu –, se réfèrent à la théorie des réflexes conditionnés de Pavlov et à ses expériences de laboratoire (dont celle des chiens conditionnés à saliver au son d'une clochette). Leur objectif est de déconditionner leurs patientes à souffrir lors des contractions pour les reconduire à enfanter «sans douleurs et dans la joie»⁶⁷. Il s'agit d'inculquer aux femmes enceintes une représentation de l'accouchement conforme au schéma pavlovien, de «rééduquer leur psychisme»⁶⁸ afin d'éradiquer toute crainte, de leur apprendre des postures physiques et un mode de respiration censés favoriser une mise au monde rapide et indolore.

Intéressé par les méthodes d'indolorisation non médicamenteuses de l'accouchement, le Dr Lamaze a l'occasion de participer à un voyage en Union soviétique organisé en 1951 par le PCF, avec un petit groupe de médecins communistes ou proches du parti. A cette occasion, il demande à voir comment la méthode «sans douleur» et sans médicaments ou narcose est pratiquée, et il obtient d'assister à un accouchement qui le convainc de la réalité de la chose. Il décide alors de tenter l'expérience en France, avec la collaboration de l'ensemble du personnel de la Maternité dont il a la responsabilité, et avec le soutien enthousiaste du directeur du Centre de santé dont elle fait partie. Ainsi, la méthode psychoprophylactique d'Accouchement Sans Douleur est mise au point dans la maternité du Centre de santé des Métallurgistes «Pierre-Rouquès», dite maternité des Métallurgistes ou «des Bluets» (du nom de la rue du XIe arrondissement de Paris où le centre était installé). Le propriétaire et gestionnaire de ce centre (policlinique) est l'Union fraternelle des métallurgistes (UFM), à savoir la branche métallurgie de la Confédération Générale du Travail, syndicat lié au PCF.

⁶⁷ Fernand Lamaze (1954). «L'expérience française de l'accouchement sans douleur», *Bulletin du cercle Claude Bernard. Médecine nouvelle*, n° 8, pp. 3-5.

⁶⁸ Fernand Lamaze et al. (1956b). *Qu'est-ce que l'accouchement sans douleur par la méthode psycho-prophylactique. Ses principes, sa réalisation, ses résultats*, Paris, La Farandole, p. 36.

Une fois mis au point, l'ASD fait l'objet d'une vaste campagne de promotion soutenue en France et dans d'autres pays (dont la Suisse) par les organisations communistes dans le contexte de «guerre froide» des années 1950. Ce soutien est bien sûr motivé par le fait que les bases de la psychoprophylaxie obstétricale ont été jetées en URSS et par la conviction qu'elle fournirait aux yeux du monde une preuve éclatante de la supériorité de la science soviétique «prolétarienne» sur la science «bourgeoise», incapable d'élucider l'éénigme de la douleur dans l'accouchement et de créer les conditions sociales propices à l'éradication de cette souffrance.

Le battage médiatique organisé autour de l'ASD lui permet d'avoir une audience très considérable, d'essaimer dans de nombreux hôpitaux et de trouver des adeptes parmi les médecins et sages-femmes de divers milieux politiques - même si d'aucuns la voient aux gémonies du fait de ses origines. Gagnant en popularité, elle perd en dogmatisme (le postulat d'indolorosité de l'accouchement sera abandonné au profit de l'idée que la peur et la tension augmentent l'intensité de la douleur) et en systématичité (les postures, la respiration des parturientes, ainsi que les actions du personnel médical varieront d'un établissement à l'autre). Toutefois, les cours de formation des médecins et sages-femmes dispensés pendant de nombreuses années à la maternité des Métallurgistes et le matériel didactique diffusé (livres, revues, films et disques) permettent d'assurer des bases communes à toutes les praticiennes et praticiens désireux de réaliser des accouchements sans recourir à une analgésie médicamenteuse. Le dispositif idéal de l'ASD, c'est-à-dire le mode d'application de la méthode censé indoloriser les accouchements avec moins de 10 % d'échecs, est décrit dans plusieurs ouvrages rédigés par des membres ou des proches de l'équipe du Dr Lamaze (Vuille, 2008); les femmes enceintes dans les années 50 et au-delà les lisent pour réviser les cours de préparation à l'accouchement organisés dans les maternités.

Alors que, jusqu'au début des années 50, toute forme d'analgésie et même de petite anesthésie (par exemple, endormissement de la parturiente au gaz au moment du dégagement de la tête fœtale) est communément appelée *accouchement sans douleur(s)*, l'un des coups de force des promoteurs de la méthode psychoprophylactique est de parvenir à monopoliser cette appellation au profit de leurs seuls procédés. Ils parviennent à repousser dans l'ombre pour une longue durée toutes les autres possibilités d'atténuer les douleurs de l'enfantement, et à s'approprier l'expression d'*«accouchement sans douleur»* au point que, aujourd'hui, plus personne n'aurait l'idée de s'en servir pour parler d'une autre méthode. On peut du reste aussi mesurer le succès de leur entreprise par le fait que le nom de leur méthode a rapidement été réduit à l'acronyme ASD, resté jusqu'à nos jours parfaitement compréhensible et immédiatement traduisible dans les milieux obstétricaux francophones.

La diffusion de la PPO

L'entrée de l'ASD par la PPO dans la presse médicale

En décembre 1952 paraît le premier article médical du Dr Lamaze consacré à ce qui deviendra l'«Accouchement Sans Douleur par la méthode psychoprophylactique» (ASD par la MPP). Intitulé «L'accouchement sans douleur par la méthode psychophysique. Premier résultats portant sur 500 cas. Travail de la Maternité du Métallurgiste», il est signé par les docteurs Fernand Lamaze et Pierre Vellay et paraît dans la *Gazette médicale de France*.⁶⁹ Si, à ce moment-là, la méthode n'a pas encore acquis son appellation définitive, elle possède d'ores et déjà ses trois composantes pédagogiques caractéristiques, qui se maintiendront dans pour ainsi dire toutes les méthodes ultérieures de «préparation à la naissance» :

- une information sur la physiologie de l'accouchement;
- une instruction à des techniques de relaxation;
- un enseignement de techniques respiratoires.

Par contre, les présupposés et le corps de connaissances théoriques qui fondent la méthode selon cet article initial subiront des modifications diverses dans le courant des années 50 et dans les décennies ultérieures, au point que l'on peut parler d'une véritable refonte théorique. Celle-ci révèle, *a posteriori*, que la théorie et la pratique de l'ASD n'entretenaient que des liens adventices, mais néanmoins tout à fait importants dans le contexte d'apparition de la psychoprophylaxie obstétricale (PPO) en Europe de l'Ouest.

Mais n'anticipons pas sur les développements ultérieurs de la PPO. Dans les toutes premières années de son implantation en France et dans les pays limitrophes, la théorie explicative de l'indolorisation de l'accouchement, fondée sur la réflexologie pavloviennne, ne variera pour ainsi dire pas.

Diversité des publications et autres moyens de diffusion

Le Dr Fernand Lamaze (1891-1957), médecin chef de la Maternité des (ou du) Métallurgiste(s), et ses collaborateurs, les obstétriciens Pierre Vellay et Roger Hersilie, le kinésithérapeute André Bourrel, les psychiatres René Angelergues et Bernard Muldworf (les quatre derniers sont membres du PCF), publient ensemble ou séparément dans des revues médicales non partisanes (*Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, *Médecine et Hygiène*) et dans une revue médicale communiste à l'existence éphémère (*Revue de la Nouvelle médecine*). Leurs articles dans la presse médicale non partisane ne sont pas très nombreux et s'avèrent très répétitifs dans leur contenu.

⁶⁹ *Gazette médicale de France*, tome 59, n° 23, décembre 1952.

Très vite, Lamaze et ses collaborateurs privilégient la publication de livres. *Qu'est-ce que l'accouchement sans douleur par la méthode psycho-prophylactique*, ouvrage destinée au grand public, paraît en 1956. L'avantage de publier des ouvrages directement accessibles aux femmes enceintes plutôt que des articles médicaux auxquels elles n'ont pas accès est indéniable pour la diffusion de la méthode. Du reste, si Lamaze et son équipe prennent garde de publier un article médical avant de diffuser trop largement les résultats de leur pratique de l'ASD à la Maternité des Métallurgistes, ils ne manquent pas de s'adresser à la grande presse au moment de la parution de l'article dans la *Gazette médicale de France*. La couverture de cet «événement médical» sera énorme, aussi bien dans la presse quotidienne que dans les hebdomadaires. La presse communiste (*L'Humanité*, *L'Humanité Dimanche*, les magazines *Radar*, *Regards* et les quotidiens régionaux très nombreux dans l'après-guerre) est bien sûr très prolixe sur l'ASD. Mais les journaux d'autres tendances politiques, français et étrangers, ne manquent pas de relayer la nouvelle exceptionnelle de la victoire sur la douleur de l'accouchement.

Les organisations de masse du PCF, telles que l'Union des Femmes Françaises (UFF) et France-U.R.S.S., accordent leur soutien à la campagne en faveur de cette «prodigieuse œuvre de paix» qu'est l'Accouchement Sans Douleur. La revue de l'UFF, *Heures Claires des Femmes Françaises*, publie dans chaque numéro des reportages sur l'ASD, des témoignages de femmes, et la carte de la diffusion de la méthode dans les hôpitaux de France (Vuille, 2005). Outre les livres, des disques et des films sont produits et très largement diffusés.

Des tournées de conférences sont organisées dans toute la France et dans le monde. Le Dr Lamaze, âgé de plus de 60 ans, commence alors une nouvelle carrière de conférencier, interrompue par sa mort en 1957. Tandis que certains médecins à l'origine de la PPO (par exemple, Bernard Muldworf) se contentent de sillonnner la France, le Dr Lamaze, fort de sa plus grande notoriété, voyage beaucoup à l'étranger : Cuba et d'autres pays d'Amérique latine, l'Europe, notamment l'Italie où le Parti communiste italien lui organise tout un itinéraire.

Parallèlement, des visites de la Maternité des Métallurgistes sont organisées à l'intention des médecins, afin de les inciter à venir voir de leurs propres yeux les parturientes accoucher sans douleur. Ces visites prennent rapidement la forme de cours, puis de véritables stages de formation de médecins et de sages-femmes, venus de toutes les régions de France, d'Europe de l'Ouest et même d'autres régions du monde.

La campagne pour l'ASD relayée par les médias grand public vaudra quelques déboires aux médecins de la Maternité des Métallurgistes. Une plainte sera déposée au Conseil de l'Ordre pour publicité. Elle donnera l'occasion au réalisateur communiste Jean-Paul Le Chanois de présenter le Conseil de l'Ordre des médecins comme un repaire de réactionnaires envieux, dans son film de fiction sur l'ASD, *Le Cas du Docteur Laurent*, sorti en 1956, avec Jean Gabin dans le rôle du vieux médecin révolutionnaire. Au final, la campagne sera couronnée de succès : dès le milieu des

années 50, l'ASD est devenu une méthode dont plus personne, en France, ne peut ignorer l'existence. En outre, grâce à des motions déposées par le groupe communiste à l'Assemblée nationale, la PPO sera consacrée dans les hôpitaux français par le remboursement des cours par la Sécurité sociale, dès le début des années 1960 (Vuille, 2004).

La réception en Suisse romande

A peine plus de deux ans après la publication du premier article médical de Lamaze sur sa méthode d'ASD en France (décembre 1952), celle-ci est introduite en Suisse romande, c'est-à-dire dans les hôpitaux cantonaux de Fribourg, Genève et Lausanne, au tout début de l'année 1955. L'article que le Dr Gédéon Rossel consacre aux premiers essais d'accouchement par la méthode psychoprophylactique à la Maternité de Lausanne débute par un rappel du battage médiatique autour de l'ASD : «Il s'agit certes d'une question à l'ordre du jour, d'une question dont s'est même emparé le grand public. Par la presse, le cinéma, la T.S.F. même, l'opinion a été informée de méthodes nouvelles permettant d'accoucher sans douleur.»⁷⁰ La partie du public romand qui lisait les journaux quotidiens suisses ou français était donc tout à fait au courant de l'existence de la méthode avant que les médecins ne tentent de la mettre en œuvre dans les maternités helvétiques.

La proximité géographique et culturelle (du moins, linguistique) de la Suisse romande par rapport à la France semble permettre à elle seule d'expliquer que les échos du tapage organisé par le PCF autour de l'Accouchement Sans Douleur aient retenti jusque dans nos contrées. J'ai néanmoins cherché à retrouver plus précisément les canaux de diffusion.

En Suisse romande, un couple genevois, Sylvia et Gérard Roth, ont joué un rôle d'intermédiaires dans l'implantation précoce de l'ASD dans les hôpitaux cantonaux genevois et vaudois. Les quelques renseignements sur ce couple proviennent des archives de l'UFM que j'ai consultées et dont j'ai dressé l'inventaire à Paris en 2000. Sylvia est licenciée en psychologie. Elle et son mari se sont rendus à Paris en avril 1954 pour suivre un stage à la Maternité des Métallurgistes. Il est probable qu'ils soient communistes ou sympathisants du parti, car ils font partie d'un «groupe Pavlov» à Genève.⁷¹ A l'occasion de ce stage, le Dr Lamaze leur fait part de son souhait de se rendre à Genève pour présenter l'ASD devant des médecins. Sylvia Roth prend alors contact avec le Professeur Hubert de Watteville (1907-1984), médecin chef de la Maternité cantonale de Genève et qui jouit à l'époque déjà d'une

⁷⁰ Dr G. Rossel, «La méthode psycho-prophylactique d'accouchement sans douleur», JSF 3, Mars 1955, p. 8.

⁷¹ UFM, Boîte J-2 «Correspondance», Classeur «Conférences faites et à faire - Mr Lamaze». Lettres de Sylvia et Gérard Roth adressées à Fernand Lamaze et à François Le Guay, Maternité de la Polyclinique des Métallurgistes, 23.04.1954 et 06.05.1954.

réputation internationale⁷², qui accepte de recevoir Lamaze dans son service. Par l'intermédiaire du Dr Tillot de Lausanne, elle sollicite également le Professeur Rochat, médecin chef de la Maternité cantonale de Lausanne, qui met son cours à disposition de Lamaze. Ce dernier effectue donc un court séjour en Suisse romande, hébergé par les Roth. Il donne une conférence intitulée «La méthode psychoprophylactique d'accouchement sans douleur» dans les services des professeurs de Watteville (13 mai 1954) et Rochat (14 mai), avec projection du premier film 16 mm tourné à la Maternité des Métallurgistes. Lamaze accepte en outre de consacrer sa soirée du 13 mai à une petite présentation suivie d'un débat au sein du «groupe Pavlov» genevois.

Ces conférences portent leurs fruits. Le Pr de Watteville envoie ses collaborateurs William Geisendorf (1906-1981) et Isidore Bonstein se former à la Maternité des Métallurgistes. De son côté, le Pr Rochat envoie son interne Gédéon Rossel avant de s'y rendre lui-même avec le Dr Dubuis deux ans plus tard. Dès leur retour de stage (qui duraient environ une semaine et lors desquels les médecins et sages-femmes pouvaient suivre les cours de préparation dispensés aux femmes enceintes et assister aux accouchements à la Maternité des Métallurgistes), les jeunes médecins romands commencent à préparer les patientes des Maternités cantonales. De son côté, Sylvia Roth prépare à son propre domicile les clientes qui lui sont envoyées par différents médecins. Elle rend compte de ses premières expériences avec douze femmes qu'elle a préparées et dont elle a suivi l'accouchement à l'occasion de l'enquête réalisée fin 1954 par l'équipe de Lamaze auprès des premiers stagiaires de toute nationalité.⁷³

D'autres médecins de Suisse romande – et même quelques rares Alémaniques et Tessinois – visitent le service de maternité de Lamaze dès que se propage la nouvelle révolutionnaire de la possibilité de supprimer la douleur des couches sans médicaments. Le médecin fribourgeois Marius Nordmann fait partie des premiers Suisses à faire le voyage et à mettre la MPP en pratique à son retour. Son expérience est relatée dans l'ouvrage de témoignages publié par le couple Vellay en 1956.⁷⁴ Lui-même publiera deux ans plus tard un manuel d'ASD en collaboration avec le couple Spreng⁷⁵ – l'ASD est aussi une affaire de couple, mais cet aspect sort du cadre de cette recherche. Le Dr Isidore Bonstein, de Genève, publie la même année que Nordmann un manuel destiné à la formation des médecins et des femmes enceintes, autrement dit un ouvrage tout à fait similaire à celui de son collègue, mais en

⁷² En 1954, il devient le premier président de la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique, FIGO, fondée à l'occasion du Ve Congrès international de Gynécologie et d'Obstétrique organisé à Genève en juillet 1954 (Ludwig, 2004).

⁷³ UFM, Boîte C «Courrier», Dossier «Résultats médecins». Sylvia Roth, «L'accouchement sans douleur à Genève».

⁷⁴ Dr Pierre Vellay, Aline Vellay (1956), *Témoignages sur l'accouchement sans douleur*, Paris, Éditions du Seuil.

⁷⁵ Marius Nordmann, Alfred Spreng et Liselotte Spreng (1958), *L'Accouchement sans douleur par la méthode psychoprophylactique*, Neuchâtel et Paris, Delachaux & Niestlé S.A.

anglais, car il est entre-temps parti exercer son art aux Etats-Unis.⁷⁶ Toujours en 1958 paraît une thèse de médecine, soutenue à l'Université de Lausanne, consacrée à l'ASD; mais son auteur, Yves Champod, semble ne pas s'être rendu en stage à Paris; il a étudié l'application de la MPP à la Maternité de l'Hôpital cantonal vaudois.⁷⁷

Une part non négligeable des médecins, sages-femmes, infirmières, physiothérapeutes, psychologues et autres personnes intéressées qui se rendent dans le service du Dr Lamaze à Paris sont communistes, surtout parmi les premières et les premiers à faire le voyage. Mais le Dr Lamaze, lui-même «compagnon de route» (Caute, 1979), c'est-à-dire sympathisant des idées communistes, et non pas membre du PCF, est attentif à éviter une assimilation de l'ASD à de la propagande politique communiste. Il a l'ambition de faire de sa méthode «la base même de l'obstétrique».⁷⁸ Il est bien conscient du fait que la plus grande part du corps médical ne partage pas ses sympathies partisanes et il est surtout très attentif à ne pas heurter les sensibilités catholiques. Si le soutien communiste lui a sans conteste permis de gagner sa notoriété et de promouvoir sa méthode aux dépens des autres – en effet, d'autres méthodes d'indolorisation de l'accouchement, très proches de la MPP, sont appliquées à la même époque dans des hôpitaux et petites cliniques françaises et européennes (voir à ce sujet Chertok, 1958) –, ce même soutien peut jouer en sa défaveur dans certains milieux et il a tout intérêt à s'abstenir d'allusions idéologiques. Le PCF soutient l'ASD, fruit de la «science prolétarienne» soviétique, mais le Dr Lamaze fait référence au «grand savant Pavlov» comme à n'importe quelle autre autorité scientifique incontestée, récipiendaire en 1904 d'un prix Nobel pour ses travaux en physiologie de la digestion. La figure de Pavlov prend une tout autre signification pour les non communistes et les communistes; or, les premiers peuvent rester dans l'ignorance de ce que les autres y voient. C'est une figure bien commode, à laquelle les promoteurs de la psychoprophylaxie obstétricale attribuent la lointaine paternité de l'ASD. Pour Lamaze, elle permet d'asseoir sa méthode sur la notoriété internationale de travaux dont la scientificité est établie; cela augmente le crédit de sa méthode aux yeux des médecins comme du large public de tous bords politiques. C'est pourquoi, après quelques rares réactions irritées ou ironiques de médecins hostiles à une méthode se réclamant ouvertement d'origines soviétiques, le monde de l'obstétrique s'ouvre largement à la psychoprophylaxie. Il ne faut donc pas s'étonner que des médecins chrétiens, tel le genevois William Geisendorf (Bettoli, 2007), n'hésitent pas à s'emparer de l'ASD et à le mettre en pratique dans les hôpitaux publics et les cliniques privées où ils officient. Les expressions de Lamaze fournissent même à Geisendorf le moyen de réinterpréter le message biblique dans un sens favorable à l'analgésie. Lamaze répète en effet souvent dans ses écrits et

⁷⁶ Isidore Bonstein (1958), *Psychoprophylactic Preparation for Painless Childbirth. Its theory and practical approach with the complete course of lectures*, London, William Heinemann Medical Books Ltd.

⁷⁷ Yves Champod (1958), *La Méthode psycho-prophylactique d'accouchement dans le service universitaire d'obstétrique de la Maternité de Lausanne du 1er mai 1955 au 1er mai 1957*, Thèse de médecine, Faculté de Médecine de l'Université de Lausanne, Yverdon, Imprimerie du Journal d'Yverdon.

⁷⁸ Fernand Lamaze et al. (1956), *Qu'est-ce que l'accouchement sans douleur par la méthode psychoprophylactique. Ses principes, sa réalisation, ses résultats*, Paris, La Farandole, p. 19.

conférences que sa méthode permet d'accoucher sans douleur, mais non pas sans efforts.⁷⁹ Le Dr Geisendorf se saisit de l'expression et la propose aux sages-femmes genevoises auxquelles il fait un exposé sur l'ASD le 22 janvier 1958 : «Nous apprenons qu'à travers les siècles, les peuples chrétiens se sont laissés diriger dans leurs conceptions sur la naissance par un passage biblique mal traduit, car au lieu de lire "tu enfanteras dans la douleur", il faudrait adopter la vraie traduction de l'hébreu : "tu enfanteras dans l'effort".»⁸⁰

En Suisse romande, les milieux communistes tentent comme en France de se servir de l'ASD comme d'un outil de propagande de leurs idées politiques et, potentiellement, de recrutement. Ainsi, *La Voix Ouvrière*, organe du Parti du Travail genevois, encourage vivement l'introduction de la méthode (Bettoli, 2007 : 132). Des échos de débats *pro* ou *contra* ASD au vu de ses origines soviétiques/communistes parviennent même jusqu'à Zurich (Ingold, 1994 : 54ss). Mais je tends à croire que ce débat a gardé des proportions limitées en Suisse, même si je n'ai pas creusé cette question dans le cadre de cette recherche. En me concentrant sur le milieu des sages-femmes, il m'est apparu que cette question n'est pas débattue au sein de la profession, du moins pas de manière publique. L'ASD arrive à elles par les médecins qui les forment dans les écoles et qui encadrent leur travail dans les services hospitaliers. Et les médecins romands s'embarrassent peu d'idéologie et de convictions politiques. Ils prennent ce qui leur sert et abandonnent le reste.

L'accueil de l'ASD par les sages-femmes

L'attitude face à la douleur et aux moyens de l'atténuer

Comme je l'ai mentionné au début de ce rapport, j'ai commencé le dépouillement du *Journal de la sage-femme* en 1939, afin de pouvoir déterminer comment la question de la douleur était abordée avant l'avènement de l'ASD. Or, il s'est avéré que le bulletin des sages-femmes ne traite pour ainsi dire pas de cette question. La première mention de la douleur apparaît fin 1939. Il s'agit d'une reprise d'un article paru dans le journal *La Source* en 1933, dont l'auteur est le Dr P. Demiéville (alors professeur honoraire de l'Université de Lausanne). L'article ne porte du reste pas sur la lutte contre la douleur en obstétrique, mais sur... la toxicomanie. Il s'agit d'une mise en garde contre l'abus de produits susceptibles d'entraîner une dépendance (dans la terminologie actuelle) des patients. Demiéville enjoint les gardes-malades à se garder d'avoir «la main trop large» ou d'administrer sans ordre formel et précis «la

⁷⁹ Ainsi, par exemple, dans ce passage issu de son ouvrage principal : «Accoucher sans douleur ne veut pas dire accoucher sans efforts; l'accouchement correspond pour la femme à une grande dépense d'énergie. Vous aurez des efforts importants à fournir; vous n'y ferez face que si vous vous êtes préparée.» (Fernand Lamaze *et al.* (1956), *Qu'est-ce que l'accouchement sans douleur par la méthode psycho-prophylactique*, op. cit., p. 146; souligné par les auteurs).

⁸⁰ «Assemblée de la Section genevoise de l'Association suisse des sages-femmes», JSF 4, Avril 1958, p. 11.

redoutable drogue» analgésique, sous quelque prétexte que ce soit, «ni manifestation de douleurs plus vives ni plaintes exagérées» de la part des patients.⁸¹

Fait très intéressant, après cette première mention de la douleur et des produits analgésiques, parue dans le bulletin à la fin de l'année 1939 (mais datant de 1933), plus une seule ligne ne paraît sur le sujet dans le bulletin des sages-femmes jusqu'en septembre 1949. Le silence sur la douleur dure dix ans ! Toutefois, à lire ce deuxième article, on devine que, dans ce silence, un grand travail s'est produit, et que la douleur peut désormais être nommée pour être mieux prise en charge et même combattue. Ce court article de 1949 s'intitule «Accouchement sans douleurs» :

«Un des grands succès de la médecine moderne est certainement la suppression de la douleur par des calmants. Nous désirerions aussi pouvoir faire profiter la clientèle à domicile de ces analgésiques, supprimer les grandes douleurs de l'accouchement, diminuer l'apprehension et ainsi maintenir plus intactes les forces et la résistance de l'accouchée. Ceci nous paraît essentiel et même dans les cas normaux on devrait pouvoir en faire usage. Les sages-femmes isolées à la campagne devraient avoir à leur disposition ces remèdes. Le directeur d'une grande maternité, lors d'une conférence, s'est prononcé en faveur des calmants, de leur usage et de leur application possible auprès de chaque parturiante. L'assemblée fut unanime à approuver cette suggestion.

Il reste à trouver comment chacun sera apte à l'appliquer même dans l'intérieur le plus pauvre. La possibilité d'apporter du soulagement aux douleurs de sa cliente serait, pour la sage-femme, un allégement de son travail et de ses soucis. Le dicton : "Le riche peut adoucir ses douleurs tandis que le pauvre doit les supporter" perdrait sa signification.

La mise à la disposition de la sage-femme de médicaments ne se ferait que sous contrôle médical et il serait indispensable qu'elle soit initiée à leur emploi pendant ses années d'étude et pendant les cours de répétition.

De même pour les contractants utérins. Nul ne peut comprendre l'angoisse d'une sage-femme isolée en cas d'hémorragie, jusqu'à ce que lui parvienne une ampoule. Que de pertes de sang seraient enrayerées si cette ampoule se trouvait dans sa trousse.»⁸²

L'article n'est malheureusement pas signé, mais il est précisé qu'il s'agit d'une traduction de Mme Devanthéry. Cette dernière est la sage-femme qui assure la traduction allemand-français pour ses collègues lors des assemblées générales de la SSSF. On est donc en droit de penser que l'auteure de ce court texte est une sage-femme alémanique, vraisemblablement d'un canton doté d'un hôpital cantonal où l'analgésie obstétricale est appliquée et les contractants utérins utilisés.

⁸¹ Dr P. Demiéville, «Des calmants aux toxicomanies», JSF 12, Décembre 1939, p. 154.

⁸² «Accouchement sans douleurs», JSF 9, Septembre 1949, p. 15.

Le même sujet réapparaît dans le numéro suivant du bulletin, en octobre 1949. On y apprend que, lors de leur dernière assemblée, les sages-femmes fribourgeoises ont demandé à leur «maître», le Dr de Buman, de leur parler de «l'accouchement sans douleurs», c'est-à-dire de leur exposer «les différents procédés permettant de faciliter l'accouchement et d'en atténuer les douleurs». Le Dr de Buman leur «en fait remarquer les inconvénients et les graves dangers courus par la mère et l'enfants.»⁸³ Les moyens de rendre indolore l'accouchement dont il est traité lors de cette assemblée ne sont pas plus précisés que ceux discutés par les sages-femmes alémaniques. Il est probable qu'il s'agisse de moyens anesthésiques, avec inhalation de gaz, dont les premières tentatives en obstétrique remontent au tout début de l'apparition de l'anesthésie, soit cent ans plus tôt⁸⁴. Dans tous les cas, le Dr de Buman déçoit l'espoir des sages-femmes fribourgeoises par sa mise en garde sévère contre des méthodes dangereuses.

S'ensuit, dans le *Journal de la sage-femme*, un nouveau silence de trois ans. En novembre 1952, le sujet de l'analgésie/anesthésie obstétricale réapparaît dans une communication du Département de l'Intérieur du canton de Vaud qui informe les sages-femmes vaudoises que «l'utilisation par elles du gaz "Trilène" (trichloréthylène) est strictement interdite». La communication précise que «[l']emploi du gaz "Trilène" au moyen du masque, s'il peut rendre de grands services au médecin-accoucheur, présente cependant des dangers réels soit pour la mère, soit pour l'enfant, s'il n'est pas administré avec la prudence nécessaire que seul peut observer le médecin entraîné à ce genre d'anesthésie.»⁸⁵ Les sages-femmes vaudoises ne manquent pas de discuter de cette communication lors de leur assemblée de novembre. Le comité de la section en appelle à la fermeté des membres : «Comme vous l'aurez lu dans le dernier numéro, le Service sanitaire interdit aux sages-femmes de se servir du gaz "trilène". Donc si dans une infirmerie on vous l'offre, vous devez refuser.»⁸⁶ Il ne sera par la suite plus jamais question dans le bulletin de l'utilisation de produits anesthésiques par des sages-femmes. Plus aucun communiqué du service sanitaire cantonal, plus aucune trace dans les procès-

⁸³ Assemblée de l'Association fribourgeoise des sages-femmes du 18 octobre 1949, JSF 5, Octobre 1949, p. 15.

⁸⁴ Le 16 octobre 1846, William T. G. Morton, un dentiste de Boston, démontre pour la première fois que «the vapor of sulphuric or diethyl ether could prevent the pain of surgery» (3). Morton administre son «Letheon Gas» à un jeune imprimeur opéré par un chirurgien en vue de Boston, John Collins Warren, d'une grande tumeur du visage. L'opération ne réussit pas à enlever tout à fait la tumeur, mais l'éther parvient à rendre le patient largement insensible à la douleur.

L'usage de cette nouvelle découverte se répand avec une rapidité inédite. Dans les trois mois qui suivent la démonstration de Morton, les principaux (*leading*) hôpitaux de New York, Londres et Paris commencent à employer l'anesthésie à l'éther. A Vienne, St-Petersbourg et même à Canton, les chirurgiens adoptent rapidement la nouvelle découverte. «By 1848, nitrous oxide (laughing gas), chloroform, and other compounds had been added to the list of known anesthetics. The new painkillers found employment in dentistry, obstetrics, and therapeutics, in addition to surgery. Some enthusiastic prophets predicted the imminent end of all human suffering.» (Martin S. Pernick, *A Calculus of Suffering. Pain, Professionalism, and Anesthesia in Nineteenth-Century America*, New York : Columbia University Press, 1985, pp. 3-4)

⁸⁵ «Communication du Département de l'Intérieur du canton de Vaud : L'utilisation du gaz "Trilène" est interdite», JSF 11, Novembre 1952, p. 3.

⁸⁶ «Assemblée du 27 novembre 1952 à la Maternité», JSF 12, Décembre 1952, p. 7.

verbaux des assemblées de sages-femmes d'une discussion à ce sujet. Peut-on en conclure que les sages-femmes ont abandonné toute velléité de s'approprier des techniques dont elles admettent la dangerosité pour leur clientèle et qui pourraient également avoir des retombées négatives sur elles en cas d'accident ? Cela m'apparaît fort possible. Comme nous l'avons vu au chapitre précédent, l'ardeur revendicatrice des sages-femmes romandes est amortie au tournant des années cinquante et elles semblent se conformer sans difficulté aux consignes de l'autorité médicale. En comparaison, les sages-femmes d'autres pays semblent plus combatives à la même époque; ce qui ne préjuge pas, bien entendu, du succès de leurs luttes. Ainsi, le thème du soulagement de la douleur est au programme du Congrès international de sages-femmes qui se déroule à Londres les 4-11 septembre 1954. La sage-femme suisse qui relate le congrès mentionne le fait que les sages-femmes anglaises - qui en réalité sont en grande majorité infirmières, mais revendentiquent d'être appelées sages-femmes - reçoivent dans leur formation des cours d'anesthésie : «L'Angleterre donne des cours d'anesthésie et veut arriver, même à domicile, et sans docteur, à l'accouchement sans douleur. Le ministre de la Santé autorise l'emploi du protoxyde d'azote et du kylène.»⁸⁷ (La véracité de cette information embrouillée reste à vérifier.)

Silence, on souffre

Le court article alémanique traduit dans le JSF, ainsi que les sollicitations d'information des sages-femmes fribourgeoises adressées au Dr de Buman, indiquent que les sages-femmes souhaiteraient pouvoir bénéficier de moyens efficaces pour soulager leur clientèle à domicile. Certaines sages-femmes alémaniques réclament une formation à l'emploi des techniques d'indolorisation pendant les études et, pour les diplômées, lors des cours de répétition. Qu'apprennent, en effet, les élèves sages-femmes au sujet de l'analgésie ? Quels moyens de soulager la douleur leur enseigne-t-on ? Mais, tout d'abord, leur en enseigne-t-on ? On peut en douter. Les manuels d'accouchement sont largement muets à ce sujet. Bien sûr, la douleur de l'enfantement est mentionnée, mais avant tout comme synonyme de contraction.

Les *Instructions aux sages-femmes du canton de Vaud* traitent notamment des devoirs des sages-femmes, de la conduite qu'elles doivent tenir pendant l'accouchement, en particulier des situations dans lesquelles elles sont tenues de faire appel au médecin, des soins à donner aux accouchées et aux nouveau-nés, ainsi que du matériel dont elles doivent disposer. La description du contenu de la trousse des sages-femmes est détaillée. Mais rien, dans cette liste, aussi bien celle des *Instructions...* de 1929 que de 1945, ne peut servir à soulager les douleurs. Le terme «douleur» apparaît deux fois en 1929, mais exclusivement comme synonyme de «contraction» (en l'occurrence, la

⁸⁷ «Petit aperçu du Congrès international de sages-femmes à Londres, du 4 au 11 septembre 1954», JSF 10, Octobre 1954, p. 18.

sage-femme doit appeler le médecin en cas d'«écoulement des eaux sans que les douleurs se produisent»).⁸⁸ Dans les *Instructions...* de 1945, le terme n'apparaît plus du tout. Précisons encore que les *Instructions...* ne contiennent pas d'interdiction de recourir à un quelconque produit analgésique; tout simplement, aucun moyen analgésique n'est mentionné.

Le relevé des sujets traités par le Pr Rochat aux sages-femmes lors de leurs assemblées tri-annuelles entre 1935 et 1952 ne mentionne strictement rien à propos d'analgésie ou d'anesthésie obstétricale. Pourtant, les thèmes abordés par Rochat sont nombreux et variés : fibromes, carcinomes, malformations des nouveau-nés, césariennes basses, éclampsie, accouchement provoqué, contractants utérins, prolapsus utérin, stérilité masculine et féminine, insertion vicieuse du placenta, hydramnios, tétanos post abortum, puberté retardée, etc. Mais pas un mot au sujet de la douleur et des moyens de l'atténuer.⁸⁹

Comment expliquer ce silence ? Jusqu'à la Deuxième Guerre mondiale, il est peu question de douleur en médecine. La douleur est omniprésente, consubstantielle à de nombreuses maladies et blessures, suscitée ou augmentée parfois par la thérapeutique et par les soins dispensés. Elle est tellement *évidente* que les médecins et les soignants n'en parlent pas. Quant à la douleur de l'accouchement, elle fait tellement partie de l'événement que les médecins et sages-femmes se servent constamment du terme «douleurs», mais pour désigner les contractions qui font avancer le travail plutôt que pour désigner les sensations vécues par la parturiente ! Leur souci est que «les douleurs» ne soient ni trop faibles, car l'accouchement en serait ralenti, ni trop fortes, car il pourrait en résulter une hémorragie ou une autre complication. Mais, focalisés sur la marche du travail, ils entendent par «la douleur» la force agissante permettant à la naissance de se produire, et le sens premier du terme, la *souffrance*, passe pour eux au second plan.

Dans l'après-guerre, l'attitude face à la douleur commence à se modifier. Des médecins, comme le chirurgien français René Leriche ou l'anesthésiste américain John Bonica, se saisissent avec passion du problème de la douleur, approfondissant sa compréhension théorique de la douleur et explorant les possibilités de traitement, et s'en prennent dans leurs écrits à l'attitude d'acceptation de la douleur et à l'endurance prêchée aux malades (Rey, 1993; Baszanger, 1995). Lentement, la nouvelle attitude anti-doloriste qu'ils préconisent fera son chemin dans la communauté médicale. En janvier 1955, le Pr Rochat consacre un article à la douleur en gynécologie, dans lequel il commence par citer le Pr Leriche. Rochat se déclare d'accord avec «le grand spécialiste de l'étude de la douleur» sur le fait que cette dernière est «un sinistre cadeau qui diminue l'homme» et que le strict devoir du médecin est de toujours s'efforcer de la diminuer, même de la supprimer s'il le peut.

⁸⁸ *Instruction aux sages-femmes du canton de Vaud*, Lausanne, Imprimerie du Léman (S.A.), 1929, Chapitre IV, § 30, g), p. 13.

⁸⁹ ACV, PP 656/6, «Ces cliniques présentés par M. le Professeur Rochat aux assemblées des sages-femmes de 1935 à 1952».

Le professeur lausannois nuance toutefois l'opinion de Leriche selon laquelle la douleur représente pour les médecins «un symptôme ennuyeux, bruyant le plus souvent, pénible», souvent dépourvu de valeur diagnostique et pronostique.⁹⁰ Il n'empêche que, en vingt ans, les idées de René Leriche ont fait leur chemin.⁹¹

L'accueil de l'ASD par les sages-femmes vaudoises

Le Pr Rochat a donc envoyé son interne le Dr Rossel observer à Paris la pratique de l'ASD. A son retour, le jeune médecin démarre sa propre expérience à la Maternité de l'hôpital cantonal, puis, peu de temps après, expose les principes théoriques et la pratique de la méthode devant l'assemblée des sages-femmes vaudoises. Les sages-femmes sont intéressées et il leur propose des cours d'ASD, qui rencontrent un grand succès. Hélène Cornaz (1892-1983), présidente du comité de la section romande de l'ASSF, exprime dans le *Journal de la sage-femme* son opinion sur la méthode et les attentes qu'elle suscite :

«En mars et avril, quatre cours ont été donnés à la Maternité par M. le Dr Rossel; une nombreuse participation les ont suivis [sic]. Par un exposé simple et persuasif, M. le Dr Rossel a su, pendant ces quelques heures, démontrer que la méthode était à la portée de chaque femme et de chaque sage-femme qui voudrait bien se donner la peine de l'enseigner à sa future cliente, et à celle-ci de s'y prêter. Seul le résultat est encore à attendre. Toutefois, la chose mérite d'être étudiée, et s'il est possible d'adoucir les douleurs d'accouchement de nos clientes, nous en serions les premières reconnaissantes.

Le docteur a été écouté avec beaucoup d'attention et les personnes qui ont suivi les quatre cours pouvaient s'inscrire et seront convoquées à leur tour pour assister à des exercices de la méthode sur des futures mamans.

Nous remercions encore M. le Dr Rossel qui a bien voulu nous consacrer ces quelques heures et toute la peine qu'il y a prise.»⁹²

Hélène Cornaz émet les seuls propos nuancés sur la méthode que j'ai pu trouver dans le bulletin et les archives, et qui consistent simplement à relever que «seul le résultat est encore à attendre» et à suggérer que la douleur sera *adoucie* plutôt que *supprimée*. En sage-femme expérimentée – elle est alors âgée d'une soixantaine d'années –, elle demande à voir, mais elle est intéressée et exprime le souhait que la méthode remplisse ses promesses.

Dès lors, «de nombreuses sages-femmes» s'inscrivent à une série de quatre cours de démonstration dispensés par le Dr Rossel; pour le remercier, elles lui offrent un panier garni et une petite somme !⁹³ C'est dire qu'elles sont ravies qu'un médecin se

⁹⁰ Dr Prof. Rod. Rochat, «La douleur en gynécologie», JSF 1, Janvier 1955, pp. 3-10.

⁹¹ L'ouvrage le plus célèbre de René Leriche, *La Chirurgie de la douleur*, est paru en 1937 (Paris, Masson).

⁹² Mme Cornaz, «A propos du cours sur l'accouchement sans douleurs par le Dr Rossel», JSF 5, Mai 1955, p. 18.

⁹³ «Assemblée du jeudi 2 juin, à la Maternité», JSF 6, Juin 1955, p. 12.

donne la peine de leur enseigner un moyen de soulager la douleur de leurs clientes; il semble bien qu'elles n'attendaient que cela.

1955-1975 : Le règne de la PPO

A partir du moment où l'ASD fait son entrée dans les maternités vaudoises et même romandes, son intérêt est reconnu et la préparation psychoprophylactique s'établit comme une routine dont personne ne conteste l'utilité. De même qu'en France et dans d'autres pays, des doutes sont émis ça et là sur la réalité de l'indolorisation de l'accouchement. Mais de même que leurs confrères étrangers, les médecins romands dubitatifs sur l'analgésie estiment que les bénéfices dérivés de la méthode justifient qu'on la conserve. A Lausanne, les Drs Georges de Werra et Pierre Dubuis relatent en 1961 leur expérience de l'ASD en clientèle privée et font part de leur appréciation très favorable : «Il est (...) une chose que ces chiffres [le pourcentage de réussite de l'ASD] sont impuissants à traduire et qui nous paraît essentielle, c'est le changement de climat de toute la grossesse, le changement d'atmosphère de l'accouchement, la transformation totale de l'attitude de la femme vis-à-vis de son enfantement; ces femmes sont délivrées de l'inquiétude et de la peur; elles sont détendues, dociles, heureuses et cela seul suffirait déjà à justifier l'emploi de cette méthode.»⁹⁴ Durant une vingtaine d'années, la PPO fonctionne comme technologie de prise en charge du comportement, des affects et, associée ou non à d'autres moyens analgésiques, de la douleur des femmes dont l'accouchement est eutocique (c'est-à-dire normal, non pathologique).

La PPO sous le contrôle des médecins

La plus grande partie des ouvrages et des articles consacrés à l'Accouchement Sans Douleur dans les journaux médicaux romands paraissent dans la deuxième moitié des années 50, l'essentiel se concentrant entre 1955 et 1958. Par la suite, les publications se raréfient; le thème n'est plus traité que de loin en loin dans la presse médicale généraliste romande (*Revue médicale de la Suisse romande*, *Médecine & Hygiène...*) comme dans la presse médicale spécialisée en gynécologie-obstétrique. Plusieurs éléments permettent d'expliquer cette diminution :

- *Création de revues spécialisées* : En 1959, sous l'impulsion du Dr Pierre Vellay (devenu la grande référence en matière de PPO après le décès du Dr Lamaze en 1957), sont fondées deux sociétés de psychoprophylaxie, la Société française et la Société internationale de PPO, chacune dotée de sa revue spécialisée, à savoir le *Bulletin officiel de la Société française de psycho-prophylaxie* et le *Bulletin officiel de la Société internationale de psycho-prophylaxie obstétricale*. Les médecins intéressés par l'ASD disposent donc désormais d'organes *ad hoc* où débattre avec leurs

⁹⁴ G. de Werra et P. Dubuis, «Considérations sur la méthode psycho-prophylactique de l'accouchement en clientèle privée», *Journal de la sage-femme*, n° 2, Février 1961, p. 19.

collègues spécialistes. Le bulletin international est placé sous la responsabilité de trois rédacteurs en chef : les Drs Vellay, Monjardino (du Portugal) et Geisendorf (de Genève). Deux autres Suisses font partie équipe constituée à la fondation du bulletin : le Dr Nordmann (Fribourg) se retrouve dans le comité de rédaction, les Pr de Watteville (Genève) et Wenner⁹⁵ dans le comité de patronage. Toutefois, force est de constater que l'investissement des médecins suisses en termes de production d'articles pour ces bulletins restera très limité.

- *Saturation du message* : A examiner de près leurs publications, on réalise que les médecins romands n'ont pas innové en matière de PPO. Leurs articles reprennent exactement la même structure et comportent les mêmes éléments que ceux publiés par les promoteurs parisiens de l'ASD : les fondements théoriques de la méthode sont expliqués de la même manière (ce qui paraît justifié), l'application telle qu'elle est décrite apparaît quasiment identique à ce que préconise l'équipe de la Maternité des Métallurgistes, le contenu des cours dispensés aux femmes enceintes est semblable, les évaluations des résultats de la méthode se fondent sur les mêmes critères. Les ouvrages et articles publiés sont d'une répétitivité remarquable : on a l'impression d'avoir affaire au même texte, la principale différence entre ses versions successives résidant non pas dans le contenu, mais dans la signature de l'auteur. Non seulement les mêmes idées sont répétées, mais les métaphores sont reprises à l'identique et la terminologie elle-même ne varie quasiment pas. Il est donc probable qu'une fois que chaque médecin romand avait écrit «son» article sur l'ASD, ou au plus deux ou trois articles sur la question, il avait fait le tour de ce qu'il pouvait en dire.

Reste à expliquer ce phénomène de répétition que je serais tentée de qualifier de «plagiat autorisé», car ces médecins ne se citent pas entre eux ou alors, quand il leur arrive de faire allusion à un prédécesseur, ils ne fournissent presque jamais la référence précise de son texte. N'ayant pas approfondi un autre sujet d'obstétrique (par exemple l'hypertension, la toxémie...), je ne peux émettre que des hypothèses. Peut-être la politique de publications en obstétrique (voire même en médecine), en Suisse romande, autorisait-elle n'importe quel médecin à faire paraître sous son nom un article tout sauf original, en raison d'un nombre trop faible d'articles réellement novateurs pour assurer des publications régulières ? Peut-être que l'entrée dans le sérail des médecins reconnus passait par de nombreuses publications et que le contenu de celles-ci importait moins que la preuve d'intérêt pour le débat médical qu'elles représentaient aux yeux de la communauté ?⁹⁶ Dans tous les cas, le fait est que les textes romands consacrés

⁹⁵ Il s'agit selon toute vraisemblable du professeur de gynécologie-obstétrique bâlois Robert Wenner, décédé en 1979.

⁹⁶ Cette hypothèse est sans doute plus plausible que la première. Dominique Dirlewanger et Catherine Fussinger (1995 : 240) relèvent, au travers de l'examen des nécrologies de médecins romands du XIXe siècle et du début du XXe siècle, l'importance de la dimension scientifique – attestée notamment par des publications –, pour le statut professionnel. Il ressort de leur étude approfondie sur un échantillon de médecins surtout lémaniques que la dimension scientifique gagne en importance lorsqu'on s'approche de l'élite médicale, mais qu'elle touche cependant l'ensemble des médecins. Les professeurs genevois publient plus que leurs homologues vaudois, les

à la PPO entre 1955 et le début des années 60 n'apportent rien de plus à ceux publiés par Lamaze et Vellay en 1952.

- *Déplacement des intérêts* : Un troisième élément permet selon moi d'expliquer la disparition assez rapide de l'ASD des journaux médicaux romands, qui fait suite à l'engouement que le thème suscite dans la seconde moitié des années 50. Il réside dans l'accélération des connaissances médicales et des réalisations technologiques au service de l'obstétrique, qui amène sur le devant de la scène des sujets sans doute plus passionnants aux yeux de beaucoup de médecins que la douleur et les états d'âme des parturientes. Le *Journal de la sage-femme* permet de suivre, avec quelques mois ou années de décalage, le défilé de ces sujets. Dès le début des années 60, les premières expériences de fabrication d'embryons humains en éprouvettes font couler beaucoup d'encre; en même temps est révélé le rôle de médicaments (tel le Softenon) administrés aux femmes enceintes dans un nombre important de cas de malformation congénitale; les ocytociques aussi sont mieux étudiés et leur utilisation révisée. Le thème du surpeuplement de la planète apparaît en 1963 dans le JSF, aussitôt suivi d'articles en faveur des méthodes anticonceptionnelles; il occupera le devant de la scène jusqu'à la fin de la décennie. A partir de la fin des années 60, le prématûr devient un personnage important, et la jeune science de la néonatalogie fait déjà beaucoup parler d'elle. Il est alors indubitable que le regard s'est résolument tourné vers la sécurité du fœtus et les moyens d'assurer la meilleure surveillance de l'accouchement. La rhétorique du danger et de la sécurité est déjà prédominante, si bien que l'accouchement, même normal, est considéré comme potentiellement dangereux pour l'enfant à naître (le lien entre asphyxie néonatale et infirmité moteur-cérébrale est lourdement appuyé). Tous ces thèmes (contraception, fécondation *in vitro*, malformations, prématûrité, surveillance fœtale continue...), aussi différents soient-ils en apparence, ont tous un point commun, celui de se focaliser sur le *produit* de la conception, dont il s'agit d'améliorer la qualité.

Les médecins romands, sans cesser tout à fait de s'y intéresser, se dessaisissent donc progressivement de la PPO et la transfèrent en quelque sorte aux sages-femmes, sans toutefois la leur abandonner complètement. Dans leurs premiers articles, ils se déclarent jaloux de l'ASD, s'offusquant de ce que les médias de masse s'autorisent à

médecins spécialistes publient plus que les généralistes et les médecins de campagne publient légèrement moins que leurs collègues citadins.

Un homme comme le professeur Rochat, tenant de la chaire d'obstétrique de la Faculté de médecine de l'Université de Lausanne, publiait des articles dans les revues médicales et dans le *Journal de la Sage-Femme*, en sus de ses activités d'accoucheur à l'Hôpital cantonal et à la clinique privée de Montchoisi qu'il avait ouverte pour une clientèle très aisée. Les sujets traités étaient très diversifiés : en tant que professeur de gynécologie-obstétrique, il devait pouvoir traiter de *tous* les sujets de gynécologie et d'obstétrique connus à cette époque. Il n'est donc, au fond, pas surprenant que les médecins reprenaient parfois l'essentiel d'articles de collègues étrangers (ou même suisses), en ajoutant tout au plus quelques paragraphes sur les résultats obtenus dans leur service en appliquant la même procédure.

En ce qui concerne la republication d'articles déjà parus, c'est seulement vers la fin des années 70 que la référence des articles non originaux repris dans le *Journal de la sage-femme* commence à être indiquée plus complètement (nom du journal - remercié pour l'autorisation accordée -, date de la publication originale).

en parler avec bien entendu des «simplifications abusives». «L'analgésie est affaire de médecin. Lui seul en effet est à même de proposer les solutions nuancées adaptées aux problèmes complexes de l'accouchement sans douleur», tient à rappeler le Dr Rossel au début de sa première présentation aux sages-femmes de la section vaudoise de l'ASSF.⁹⁷ Cette pétition de propriété, de monopole médical sur l'analgésie est très important; il reste déterminant dans la division actuelle des prérogatives et du travail entre médecins et sages-femmes - j'y reviendrai plus loin.

En Suisse romande, seuls des médecins publient à propos de l'ASD. Les sages-femmes n'écrivent pas sur le sujet. Mais je dois immédiatement préciser que ce fait n'est nullement spécifique à l'ASD. J'aurais pu me contenter de la formulation générale suivante : «En Suisse romande, seuls des médecins publient; les sages-femmes n'écrivent pas.» Cela aurait suffi. L'ASD n'échappe pas à cette règle. Pas plus que la Suisse n'est une exception en Europe. Les quarante membres de la Société internationale de psychoprophylaxie obstétricale (SIPPO) sont tous des hommes, médecins; seules les deux secrétaires de rédaction du bulletin sont des femmes. De très nombreuses sages-femmes participent aux congrès organisés par la Société, mais aucune ne fait pas partie de son comité. Les sages-femmes françaises, italiennes ou belges n'écrivent pas plus dans les revues médicales que ne le font leurs consœurs helvétiques. Quelle que soit l'importance de leur rôle dans l'élaboration des pratiques ou dans la réalisation des expériences d'ASD, elles ne sont pas nommément citées par les médecins qui rendent compte de ces expériences. L'un des articles de l'équipe de Lamaze, paru dans le *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, les mentionne exceptionnellement, mais en les maintenant groupées dans un anonymat de fonction. Les auteurs sont en effet présentés dans l'ordre suivant : Fernand Lamaze (médecin chef), Pierre Vellay (son principal collaborateur), Roger Hersilie (le troisième obstétricien pratiquant à la Maternité des Métallurgistes), René Angelergues (le psychiatre du Centre de santé des Métallurgistes), André Bourrel (le kinésithérapeute chargé de donner les cours de techniques posturales et de «relâchement» aux femmes enceintes)... *et les Sages-Femmes ferment la marche !*⁹⁸ Les auteurs apparaissent dans un ordre strictement hiérarchique : hiérarchie statutaire (entre le chef et ses adjoints), entre les spécialités médicales (obstétrique et psychiatrie), entre les médecins et les non médecins, puis entre les hommes et les femmes. Chaque homme est individualisé et nommé, quel que soit son titre et son rôle par rapport à l'accouchement. On est en droit de penser que la fonction de sage-femme était, à la Maternité des Métallurgistes comme n'importe où ailleurs, plus importante au cours de l'accouchement que celle de psychiatre ou de kinésithérapeute. Mais point n'est besoin de les identifier : ce sont non seulement des subalternes (le kinésithérapeute ne l'était-il pas aussi ?), mais des

⁹⁷ Dr G. Rossel, «La méthode psycho-prophylactique d'accouchement sans douleur», JSF 3, Mars 1955, p. 8.

⁹⁸ Fernand Lamaze, Pierre Vellay, Roger Hersilie, René Angelergues, André Bourrel et les Sages-Femmes (1954), «L'accouchement sans douleur en France. Expérience pratiquée à la maternité du Centre "Pierre-Rouquès" sur la méthode d'accouchement sans douleur par psycho-prophylaxie», *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, tome 138, n° 3 et 4, pp. 52-58.

femmes. Le poids du genre semble encore, dans les années 50, plus important que celui de la fonction et du rôle dans le travail médical.

Cependant, les sages-femmes peuvent prendre la parole, à titre individuel, lors de congrès professionnels. En 1957, le 11^{ème} congrès de la Confédération Internationale des Sages-Femmes (ICM) se déroule à Stockholm. L'ASSF, qui vient tout juste d'adhérer à cette organisation internationale⁹⁹, envoie en délégation sa présidente centrale, la vaudoise Hélène Paillard (1893-1984), alors âgée de 64 ans. La communication de cette dernière porte précisément sur l'ASD. Après avoir posé les principes fondateurs de la méthode en remontant à la réflexologie pavloviennne, la conférencière retrace son implantation en Suisse romande :

«La Méthode A.S.D. telle que nous l'appliquons à Lausanne est celle que notre chef de clinique le Dr Rossel et nos docteurs ont apprise dans le service du Dr Lamaze à Paris. Ils y ont fait des stages et il nous plaît au début de cet exposé de rendre hommage à l'accueil toujours si chaleureux et généreux que le Dr Lamaze et son école ont bien voulu leur réservé. Dès le retour de Paris de son chef de clinique, le professeur Rochat, convaincu des immenses bénéfices d'une telle méthode d'accouchement, a mis tout en œuvre pour généraliser dans son service l'application de l'A.S.D. Des conférences ont été faites à tout le personnel de la Maternité, puis aux sages-femmes du canton de Vaud et de la Suisse romande.»¹⁰⁰

Hélène Paillard expose ensuite le contenu des cours de préparation à l'Accouchement Sans Douleur (dont les intitulés sont quasiment identiques à ceux des cours dispensés à la Maternité des Métallurgistes, à savoir Physiologie pavloviennne et accouchement – Education respiratoire – Education neuromusculaire – Description de l'accouchement normal – Comportement de la parturiente pendant la dilatation – Comportement de la parturiente pendant l'expulsion – Organisation nerveuse supérieure et accouchement – Révision générale, en présence des maris) et explique comment la douleur peut être abolie grâce à une activation cérébrale puissante. Elle termine son exposé en affirmant que «[c]ette nouvelle méthode si rationnelle doit être à la base de l'obstétrique moderne.» A lire cette prose lamazienne de seconde, ou plutôt de troisième main, on doit bien rendre hommage à la pédagogie fondée sur la répétition : le message passe, un peu déformé par endroits, mais intact dans ses grandes lignes. Preuve que les médecins vaudois ont bien suivi leurs cours à Paris et les ont parfaitement restitués aux sages-femmes vaudoises, qui elles-mêmes n'ont pas fait le déplacement aux Métallurgistes.

A Genève, par contre, le Pr de Watteville envoie quelques sages-femmes en stage à Paris, dont Anne Stefano (en 1958), qui se spécialisera dans la préparation à l'ASD et

⁹⁹ Après un ajournement de deux ans de la prise de décision, les déléguées de l'ASSF optent en faveur de l'entrée dans la Confédération internationale des sages-femmes, qui deviendra effective au 1^{er} janvier 1956. JSF 11, Novembre 1953, p. 7-9 et JSF 12, Décembre 1955, p. 1.

¹⁰⁰ ACV, PP 656/23. Hélène Paillard, «Préparation psychique à l'accouchement – Suisse», *Confédération internationale des sages-femmes. Compte-rendu du congrès international, Stockholm, 23-28 juin 1957*, non paginé.

jouera un rôle décisif dans la création de l'Association genevoise de préparation psychoprophylactique à l'accouchement (AGPPO), à ma connaissance la seule société de PPO ayant vu le jour en Suisse.¹⁰¹ C'est que le Pr de Watteville officie auprès d'une clientèle fortunée et de têtes couronnées venues accoucher dans de luxueuses cliniques genevoises. Pour préparer ces dames de la haute société à leur accouchement, il envoie à leur domicile ou dans leur hôtel des sages-femmes indépendantes spécialisées dans la préparation à l'ASD, telle Anne Stefano, qui assistent ensuite à l'accouchement mais en tant que *monitrices d'accouchement* (dont le rôle est parfois comparé à celui du «coach» pour les sportifs), mais ne réalisent pas la surveillance de l'avancée du travail ni les gestes techniques, confiés à une autre sage-femme. Il semble que le Pr Rochat, qui accouchait aussi des femmes fortunées et des vedettes dans la clinique privée de Montchoisi à Lausanne, n'ait pas envoyé des sages-femmes vaudoises se former à Paris dans le même but. Sans doute n'en a-t-il pas eu le temps; atteint dans sa santé, il se retire en effet prématurément de ses fonctions à l'Université de Lausanne et à la Maternité de l'Hôpital cantonal, à la fin de l'année 1957.¹⁰²

Transfert de la PPO aux sages-femmes

Nous avons vu que la méthode d'ASD par la PPO fait son entrée dans le canton de Vaud par le biais des médecins et non des sages-femmes. Ce sont également les médecins qui donnent les cours de préparation aux femmes enceintes. Toutefois, le transfert de la préparation des gestantes aux sages-femmes est très vite mis à l'ordre du jour. En 1955, le Dr Rossel l'évoque déjà dans un article, suite à un deuxième séjour à la Maternité des Métallurgistes, lors duquel il constate que «les sages-femmes de la salle d'accouchement des Bluets (6 sages-femmes pour 1500 accouchements par an) participent aujourd'hui à la préparation des femmes enceintes et partagent leur temps entre la salle de travail et la salle de cours. J'ai assisté à leurs leçons et constaté les résultats obtenus (...) et je dois dire que l'expérience est particulièrement concluante.»¹⁰³

Je n'ai pas réussi à obtenir de renseignements précis sur la date et les modalités de transfert des cours d'ASD aux femmes enceintes, mais il est probable que les médecins se soient assez vite déchargés de cette tâche au profit d'autres professionnel·le·s, du reste pas exclusivement des sages-femmes, mais aussi des psychologues (comme Sylvie Roth à Genève) ou des maîtres·ses de gymnastique. Il est possible que quelques médecins aient tenu à continuer à dispenser eux-mêmes les cours. C'est du moins le cas de Georges de Werra, rédacteur en chef du *Journal de*

¹⁰¹ Entretien avec Anne Stefano, Genève. Voir aussi son récit *Tu n'enfanteras plus dans la douleur*, Pully, Belle Rivière, 2000.

¹⁰² ACV, PP 656/6 B, «Vœux au Professeur Rochat», anonyme, 05.12.1957.

¹⁰³ Dr G. Rossel, «L'accouchement sans douleur à la Maternité universitaire de Lausanne. Résultats d'une première série de 35 accouchements préparés selon la méthode psycho-prophylactique», *Journal de la Sage-Femme*, n° 8, Août 1955, p. 15-17.

la sage-femme de 1973 à fin 1983, et qui, sollicité à ce titre par la présidente de la section vaudoise de l'ASSF à faire une «causerie» lors d'une assemblée générale de la section, en mai 1973, propose le sujet de «la participation du médecin et du mari à la préparation à l'accouchement». Dans une lettre adressée à la présidente, il explique qu'il vient «de faire en janvier aux anciennes infirmières de la Source une causerie de 2h sur l'accouchement sans douleur, plus particulièrement sur l'importance que ce soit le médecin qui donne ces cours de préparation».¹⁰⁴ Mon hypothèse explicative de cette résistance du Dr de Werra à déléguer la préparation à l'accouchement est qu'il s'agit d'un médecin qui exerce dans son cabinet lausannois, auprès d'une clientèle privée. Le rapport qu'il introduit par ses cours avec les parturientes est le rapport classique d'un maître vis-à-vis de son élève, qui vient redoubler l'asymétrie constitutive de la relation entre médecin et patient (*a fortiori* entre médecin homme et patiente); on peut imaginer que cette double (sinon triple) posture dominante est valorisante pour lui. Il est par contre peu probable que les médecins hospitaliers, dont l'intérêt au travail et le prestige s'établissent selon d'autres critères qu'en cabinet particulier, aient longtemps hésité à se délester d'une tâche supplémentaire contraignante; certes, il s'agit d'une tâche d'enseignement, mais auprès d'un public peu valorisant, un public de profanes.

En ce qui concerne la mise en œuvre pratique de la méthode au moment de l'accouchement, il est probable que le transfert ait également été rapide. En effet, la méthode d'ASD, si elle doit être appliquée de façon stricte, nécessite une présence, sinon continue dès l'entrée des femmes à la maternité, du moins très importante sur toute la durée de l'accouchement, ainsi qu'un contrôle étroit du comportement des parturientes et un rappel des consignes apprises (Vuille, 2008). Or, même dans cette «maternité pilote», modèle en matière d'ASD, qu'est la Maternité des Métallurgistes, ce n'est qu'au moment où commencent les poussées expulsives que les médecins interviennent pour diriger l'accouchement, rappelant aux parturientes la position du corps ou le mode respiratoire à adopter. Pendant toute la phase de dilatation du col, la plus longue de l'accouchement, c'est une sage-femme qui se charge de la surveillance (intermittente, le plus souvent) et du guidage de la parturiente. A cet égard, l'ASD ne modifie pas la division du travail traditionnelle instaurée au sein des hôpitaux entre le personnel auxiliaire qui surveille le travail au long cours et le personnel médical qui intervient lorsque la naissance est imminente ou qu'une manœuvre spécifique s'avère nécessaire. Du reste, cette division existe également à domicile, lorsqu'une femme décide de faire appel à un médecin de ville ou de campagne : ce dernier se fait souvent assister par une sage-femme, une garde-malade ou même une aide non formée, qui assiste la cliente jusqu'au moment où celle-ci manifeste le besoin de pousser. Il est intéressant de relever qu'à la fin du XIXe siècle déjà, le Dr Hermann Häberlin, obstétricien zurichois, responsable du premier journal de la Société des sages-femmes suisses (le *Schweizerische Mutter- und Hebammenzeitung*), convaincu qu'une naissance ne pouvait être heureuse sans

¹⁰⁴ ACV, PP 656/31. Lettres du 20 et du 26 février 1973 adressées par le Dr Georges de Werra à Marguerite Vittoz, présidente de la section vaudoise de l'Association suisse des sages-femmes.

l'assistance d'un médecin et que les sages-femmes devaient être de strictes auxiliaires médicales, laissait néanmoins volontiers à ces dernières la surveillance de l'accouchement. Il n'était en effet pas disposé «à demeurer quelques 6, 12 ou 24 heures au chevet de la parturiante.» «D'ailleurs», affirmait-il, «ce n'est pas l'affaire d'un homme que d'écouter patiemment, pendant de longues heures, les plaintes et les lamentations d'une femme, ni de l'assister avec les petits gestes nécessaires.» (cité par Zürcher, 1994 : 28)¹⁰⁵

L'ASD s'insère donc très bien dans la division du travail obstétrical, qu'elle ne bouscule pas, mais qu'elle tend plutôt à renforcer. La nouvelle méthode offre même aux gynécologues-obstétriciens hospitaliers un argument en faveur du cantonnement de la sage-femme dans un rôle de collaboratrice du médecin et d'assistante à la parturiante au détriment d'un rôle d'accoucheuse. Cantonnement qu'ils ne présentent bien sûr pas comme tel, mais au contraire comme une valorisation professionnelle. Début 1957, le Pr Rochat et le Dr Rossel cosignent un article qu'ils concluent ainsi : «Et c'est ici l'occasion d'insister une fois de plus sur un point : si l'accouchement sans douleur représente pour chacun un effort supplémentaire, s'il nécessite plus de présence, il permet aussi à la sage-femme, dont la condition allait s'amenuisant toujours plus, de retrouver sa véritable voie, de jouer son vrai rôle dans une collaboration directe avec le médecin et une assistance active de la parturiante.»¹⁰⁶

Le transfert de la PPO des médecins vers les sages-femmes ne se présente donc pas comme le don généreux d'une activité valorisée que les premiers font aux secondes, mais plutôt comme la réaffirmation des attributions de chaque corps dans le cadre d'un nouveau dispositif de travail, l'accouchement psychoprophylactique. Dans ce nouveau dispositif, tout le monde est supposé trouver son compte : la parturiante parce qu'elle peut «participer» à son accouchement et «assister» à la naissance de son enfant avec effort mais sans (trop de ?) douleurs; le personnel de maternité dans son ensemble parce que l'atmosphère devient plus agréable et le travail facilité dès lors que les femmes collaborent sans crier; et même le père de l'enfant, qui a le droit d'être présent sans être considéré comme un gêneur, en vertu de son rôle de soutien de sa compagne avec qui il peut respirer de manière précise et dont il peut contrôler le relâchement musculaire.

La décision d'introduire ou non l'ASD dans un service de maternité est prise par le médecin chef de ce service; elle n'appartient pas aux sages-femmes. Du moins les sages-femmes n'ont-elles pas pris l'initiative de se renseigner sur la méthode et de dispenser des cours de préparation pour les femmes enceintes, ni à l'Hôpital cantonal vaudois ni dans les cliniques privées lausannoises, pas plus qu'à Genève;

¹⁰⁵ Dr Hermann Häberlin : «...6, 12-24 Stunden bei einer Kreissenden zu verweilen»; «Ausserdem ist es nicht Sache des Mannes, stundenlang dem Jammer und den Klagen einer Frau geduldig zuzuhören, ihr die kleinen notwendigen Hülfeleistungen zu bieten.» *Schweizerische Mutter- und Hebammenzeitung*, Jg. 1895, Nr 1.

¹⁰⁶ Prof. R.-L. Rochat, Dr G. Rossel, «650 accouchements préparés selon la méthode psycho-prophylactique à la Maternité universitaire de Lausanne», *Journal de la sage-femme*, n° 2, Février 1957, p. 16.

les médecins les ont devancées et les ont instruites en la matière. A partir du moment où leurs premières expériences les ont convaincus des avantages de la PPO, les médecins hospitaliers romands ont délégué la mise en pratique concrète de l'ASD, à savoir les cours de préparation des femmes enceintes et le suivi - ou, pour reprendre un terme fétiche dans le milieu professionnel des sages-femmes aujourd'hui, «l'accompagnement» - des parturientes. Je crois pouvoir affirmer que, dans leur ensemble, les sages-femmes ont accepté ces tâches avec satisfaction. Elles en ont fait par la suite un élément identificatoire de la profession de sage-femme, ainsi qu'un domaine propre d'activité qu'elles ont cherché à défendre contre d'autres corps professionnels.

L'ASD par la PPO revalorise-t-il la profession de sage-femme ?

Chaque année, en octobre, se déroule à Lausanne la cérémonie d'assermentation des sages-femmes nouvellement diplômées, au terme de leurs deux ans de formation. Plusieurs discours officiels sont prononcés à cette occasion, dont celui du directeur de l'Hôpital cantonal, Raymond Gafner. En 1955, ce dernier laisse entendre que l'ASD pourrait contribuer à améliorer le recrutement des élèves dont les effectifs sont insuffisants, car les hôpitaux entrent alors dans une période de pénurie de personnel soignant qui ne fera qu'empirer dans les années 60. «La méthode de l'accouchement sans douleur donne un intérêt nouveau à ce qui est déjà, et sera encore davantage, une vocation», affirme Gafner.¹⁰⁷ L'année suivante, il répète son credo psychoprophylactique : «L'an passé, on commençait à appliquer la nouvelle méthode dite "accouchement sans douleur", ceci grâce à l'impulsion et à l'appui de M. le professeur Rochat. On peut dire aujourd'hui que les résultats sont excellents et que les espoirs prévus n'ont pas été déçus. La profession de sage-femme a revêtu un intérêt accru.»¹⁰⁸

Au niveau national, l'ASD est évoquée lors de l'assemblée des déléguées de l'Association suisse des sages-femmes de mai 1956. On lit au procès-verbal : «Les cours d'A.S.D. donnés en Suisse romande revalorisent la profession de sage-femme, mais il faut du personnel supplémentaire dans les maternités et hôpitaux.»¹⁰⁹ La rhétorique de la plus-value que la PPO représente pour le métier de sage-femme, de la revalorisation professionnelle grâce à l'ASD, apparaît dans des discours aux émetteurs variés : administrateurs hospitaliers, médecins, sages-femmes. Le thème de la *revalorisation* devient un leitmotiv. Mais quel sens revêt-il exactement ?

¹⁰⁷ «Remise des diplômes aux nouvelles sages-femmes», JSF 11, Novembre 1955, p. 6-8.

¹⁰⁸ «Une nouvelle volée de sages-femmes», JSF 11, Novembre 1956, p. 16.

¹⁰⁹ «Assemblée des déléguées, à Lucerne, les 27 et 28 mai 1956», JSF 8, Août 1956, p. 8.

Une opposition entre travail technique et travail d'accompagnement

L'ASD bat son plein en Suisse romande à la fin des années 50. Lors d'une assemblée de la section genevoise de l'ASSF en 1958, le Dr William Geisendorf expose le nouveau rôle de la sage-femme dans la répartition du travail entre médecin et sage-femme au sein des services hospitaliers, dans des termes proches de ceux utilisés par le Pr Rochat à Lausanne. Il met en évidence «le rôle important que la sage-femme est appelée à jouer. C'est elle qui accueille la future mère, c'est elle qui conseille, dirige, informe, encourage. Il serait souhaitable, pense le conférencier, que la sage-femme participe toujours davantage à la préparation des mères. Là où la méthode ASD est appliquée, la sage-femme voit son travail revalorisé. Ce n'est plus à ses capacités techniques seules qu'on fait appel, mais à ses qualités humaines, à son pouvoir de créer ce climat de confiance, essentiel à la réussite de la méthode.»¹¹⁰ La messe est dite : la séparation entre qualités techniques et qualités humaines, pas vraiment nouvelle sous le soleil et dans les rapports sociaux de sexe, est entérinée grâce à la PPO. Entre ces deux aspects, technique et humain, c'est le second qui est censé revaloriser le travail d'un corps professionnel qui, dans les services hospitaliers, est placé sous l'autorité du corps médical, dans une position d'auxiliaire qui n'était pas celle des sages-femmes indépendantes pratiquant en ville ou au service d'une commune. Ces propos de Geisendorf nous offrent en quelque sorte la matrice de ce qui représente aujourd'hui encore la tension du métier de sage-femme, entre deux aspects qui apparaissent – oserai-je m'en étonner, alors que le fait est consacré ? – opposés, tels le pôle nord et le pôle sud.

Les sages-femmes suisses ne contestent guère cette opposition et leur affectation dans une activité d'ordre avant tout relationnel. Au contraire, beaucoup d'entre elles revendentiquent les aspects psychosociaux et relationnels de la naissance comme leur rôle propre et le fondement de leur métier. Prenons la jeune sœur zurichoise Georgette Grossenbacher, présidente de la Confédération internationale des sages-femmes (ICM), dotée d'une visibilité particulière dans la communauté des sages-femmes helvétiques. Invitée en sa qualité de représentante de l'ICM au VIIe Congrès mondial de la Fédération internationale de gynécologie et obstétrique (FIGO) qui se déroule à Moscou en août 1973, elle rend compte de cet événement à ses collègues et leur fait part de son impression en ces termes : «En tant que sage-femme, j'ai toutefois regretté l'absence des thèmes ayant trait à la femme en général, à son attitude psychique lors de la grossesse, la naissance et lors des couches. On me communiqua que l'étude de ces sujets aurait nécessité un dialogue avec des experts d'autres domaines. En tout cas, je ressentis que l'approche psychosomatique de la femme est et devrait en réalité constituer notre véritable mission.»¹¹¹

¹¹⁰ «Assemblée de la Section genevoise de l'Association suisse des sages-femmes», JSF 4, Avril 1958, p. 11.

¹¹¹ Sœur Georgette Grossenbacher, «Informations de la présidente de l'ICM : Rapport du voyage à Moscou», JSF 11, Novembre 1972, p. 15.

Le point de vue de Grossenbacher sur ce qui fait le cœur, voire l'essence du métier de sage-femme, semble assez largement partagé en Suisse. Sur ce plan, les sages-femmes françaises sont plus polarisées, entre celles qui revendentiquent d'être formées à l'usage des techniques de contrôle prénatal, de surveillance et de conduite de l'accouchement, et d'autre part celles qui se refusent à toucher à ces techniques de médecins au nom d'un suivi de grossesse et d'une prise en charge de l'accouchement les plus «naturels» possible (en d'autres termes, une «médicalisation» *a minima*). En Suisse, si tant est qu'une telle polarisation ait existé, elle n'est pas perceptible au travers des informations publiées dans le *Journal de la sage-femme*, pas plus que dans les documents conservés aux ACV. Il est en tout cas extrêmement rare que des demandes d'élargir les prérogatives des sages-femmes à des médicaments ou à des gestes réservés aux médecins apparaissent dans les procès-verbaux des assemblées nationales. Lorsque c'est le cas, la proposition est balayée en quelques mots. Ainsi, lors de l'assemblée des déléguées de 1956, la section de Bâle-Ville propose de solliciter auprès du Département sanitaire la possibilité de faire une injection aux parturientes en cas d'hémorragie et de la facturer. Le procès-verbal est lapidaire: «Comme c'est une loi cantonale, ceci n'intéresse que Bâle-Ville.»¹¹² Certes, le fait que la réglementation sur les sages-femmes soit du ressort cantonal ne facilite pas la solidarité au niveau national; mais, après tout, on aurait aussi bien pu s'attendre à ce qu'une idée émise dans un canton soit reprise dans un autre, voire que toutes les sections adressent une demande identique à leur autorité cantonale respective.¹¹³ Il est probable que, si une prise de position collective en faveur d'une orientation du métier de sage-femme avait été nécessaire dans le courant des années 50 et 60, moment de grande mise en danger de la pratique indépendante, les sages-femmes suisses se seraient paradoxalement déclarées en faveur des aspects psychosociaux plutôt que techniques de la naissance. Paradoxe, car, comme je l'ai montré dans le chapitre précédent, la génération des jeunes sages-femmes s'engouffre dans l'exercice hospitalier, où la naissance est précisément «médicalisée» et soumise à des procédures de contrôle toujours plus techniques.

Les gynécologues-obstétriciens romands, dont les déclarations montrent on ne peut plus clairement que leur vœu est de faire cesser les accouchements à domicile et d'accélérer leur transfert non seulement vers les hôpitaux, mais encore vers des services de maternités dirigées par des spécialistes, voient en la PPO un instrument

¹¹² «Assemblée des déléguées, à Lucerne, les 27 et 28 mai 1956», JSF 8, Août 1956, p. 11.

¹¹³ Lors de l'assemblée des déléguées de 1960, une proposition de la section zurichoise est traitée de manière identique : «La Section de Zurich demandait qu'on fasse une requête à la Société suisse de gynécologie, dans ce sens que la protection du périnée soit réservé à la sage-femme : une grande et oiseuse discussion a suivi, qui n'a abouti à aucun résultat, chaque canton ayant des pratiques différentes. Il importe à la Section de Zurich de faire valoir elle-même son point de vue à la Société suisse de gynécologie.» (E. Pasche, «Rapport de la section vaudoise. Assemblée des déléguées à Arth-Goldau, les 30 et 31 mai 1960», JSF 8, Août 1960, p. 11) Ici encore, on aurait pu s'attendre à une coopération intercantionale, d'autant plus que l'autorité sollicitée était la Société suisse de gynécologie, et non pas un département sanitaire cantonal. Les sections des cantons dont les pratiques étaient les plus favorables aux sages-femmes auraient pu avancer des arguments en soutien de la demande zurichoise; les autres auraient pu faire valoir une revendication identique. Mais le fait que les pratiques diffèrent entre cantons suffit au contraire à faire écarter du revers de la main la possibilité d'une demande commune.

au service de leur objectif. Le Dr Pierre Dubuis (1909-1976), professeur extraordinaire d'obstétrique et de gynécologie à la Faculté de médecine de l'université de Lausanne, et rédacteur en chef du *Journal de la sage-femme* entre 1960 et 1972, signe en 1966 un bref éditorial dans lequel il exprime cette vision de façon limpide :

«Nous sommes persuadé que la méthode psycho-prophylactique de l'accouchement sans douleur ne peut qu'être une meilleure propagande en faveur de la centralisation des accouchements en milieu favorable. Dans les maternités suisses où cette méthode est instituée, elle intéresse de plus en plus les futures mères, les oblige, lors des derniers mois, à des contrôles médicaux fréquents, leur fait prendre conscience de l'importance de la physiologie obstétricale, les familiarise avec les locaux des maternités, où elles seront bientôt accueillies comme dans un foyer familial. Les avantages que comporte cette méthode éducative en matière de prophylaxie et en matière de propagande pour l'accouchement en maternité, c'est-à-dire dans un domaine dont dépend finalement les deux tiers environ des causes de mortalité, nous font espérer sa généralisation à tout le pays, quelles que soient les régions.»¹¹⁴

Le Pr Dubuis est persuadé, comme sans doute la majorité des obstétriciens et des pédiatres de cette époque – et cela n'a pas changé jusqu'à aujourd'hui –, que de bons résultats périnataux ne peuvent être obtenus que dans un cadre hospitalier, en aucun cas à domicile. L'ASD lui apparaît comme un outil idéal pour vaincre la résistance des femmes et les attirer à l'hôpital. Les cours de préparation à l'accouchement qui se déroulent à l'hôpital les familiarisent avec le milieu hospitalier et avec l'idée de contrôles réguliers. La préparation à la naissance est, le mot est fort, une forme de *propagande* en faveur de la maternité; les femmes s'y font éduquer non seulement à respirer d'une manière particulière et à se relaxer, mais aussi à accepter les examens prénatals et la prise en charge médicale au moment de leur accouchement. Cet avantage de la préparation psychoprophylactique est souligné aussi bien en France, en Suisse, que dans les autres pays où elle a été adoptée. Au congrès de l'ICM à Madrid, en juillet 1963, une sage-femme espagnole souligne à quel point l'ASD facilite le travail de l'équipe obstétricale en raison du fait que la préparation préalable de la femme enceinte permet d'obtenir «sa collaboration intelligente».¹¹⁵

Contre la vision commune qui oppose la PPO à la médicalisation de la naissance, je prétends que ce courant obstétrical était assez flexible et ambigu pour pouvoir servir des objectifs très différents les uns des autres, comme le montre bien l'opinion du Pr Pierre Dubuis. Du reste, si les médecins avaient perçu dans ce courant une quelconque menace de leur définition de l'accouchement en tant qu'un événement toujours potentiellement dangereux et à contrôler dans un milieu spécialisé, ils ne l'auraient pas adoptée. Or, nous avons vu qu'ils l'ont eux-mêmes promue auprès des

¹¹⁴ Professeur Dr P. Dubuis, «Editorial», JSF 4, Avril 1966, p. 1.

¹¹⁵ «Résumé de Mlle Francisca Diaz Ramos, Espagne, JSF 7, Juillet 1964, p. 21.

sages-femmes. Grâce à la préparation à l'Accouchement Sans Douleur, les femmes deviennent dociles et collaborent activement avec l'équipe obstétricale. Par les cours qu'elles dispensent aux gestantes dans les derniers mois de grossesse, par les explications qu'elles leur donnent sur la nécessité des contrôles, par l'attention qu'elles leur portent lors de l'accouchement et par les consignes qu'elles leur rappellent, les sages-femmes participent à cette «disciplinarisation» si utile des femmes. Le travail pédagogique et psychologique des sages-femmes, loin de s'opposer au travail technique des médecins, lui est donc fonctionnel et le facilite. La remarque d'André Petitat sur le rôle joué par les infirmières en voie de professionnalisation dans l'éducation des populations à de nouvelles normes d'hygiène et de santé peut être transposée aux sages-femmes confrontées à la PPO. Le sociologue montre que, dans la «pédagogie scientifique de masse» du XIXe siècle, «l'infirmière est appelée à jouer un rôle fondamental de traduction, d'explication, de persuasion. Elle est celle par qui la science se fait norme en arrivant à notre corps, celle qui explique l'explication, celle par qui le complexe socio-médical s'installe entre nous et la maladie.» (Petitat, 1994 : 247) Il en va un peu de même des sages-femmes, qui sont celles par qui le service de maternité et ses procédures s'installent peu à peu entre les femmes enceintes et l'accouchement. Disciplinées, les sages-femmes contribuent à discipliner les gestantes et les parturientes.

En résumé, la *revalorisation* du travail des sages-femmes grâce à la PPO, qui occupe les discours des années cinquante et soixante, équivaut à un développement accru des aspects affectifs de ce travail, évalués en regard de ses aspects techniques, si ce n'est en opposition pure et simple à ces derniers. Les médecins délèguent aux sages-femmes hospitalières, qu'ils considèrent comme un personnel auxiliaire, ce travail sur les affects, la psychologie, ce travail d'accompagnement à la fois empathique et contrôlant. Ils ne veulent pas s'en charger eux-mêmes, mais sont très conscients de son utilité, mieux de sa nécessité.

Une nouvelle possibilité d'orientation professionnelle

Une autre manière d'envisager la «*revalorisation*» professionnelle des sages-femmes grâce à la PPO est de déterminer si celle-ci leur offre la possibilité d'orienter leur carrière de manière intéressante sous l'angle des tâches et de la rémunération. Une de mes hypothèses de travail était que l'ASD avait pu servir d'instrument d'appui pour une fraction de sages-femmes désireuses de continuer à pratiquer en exercice libéral, au moment où le nombre d'accouchements à domicile diminue drastiquement. Ma recherche ne m'a pas permis de confirmer cette hypothèse, même si certaines données lui apportent crédit. Les résultats m'amènent à considérer ce point d'une manière bien plus nuancée, comme je vais tenter de le montrer ci-dessous.

Il est certain que la PPO est très vite intégrée dans le corps de compétences dont une sage-femme peut disposer dans les années 50 et 60, et qui contribue à rendre son bagage professionnel intéressant aux yeux des employeurs. Dès février 1956

paraissent dans le *Journal de la sage-femme* les premières annonces d'hôpitaux cherchant des sages-femmes au courant de l'ASD.¹¹⁶ Parmi les annonceurs, les hôpitaux neuchâtelois sont ceux qui réclament le plus souvent des sages-femmes connaissant la PPO, peut-être parce que, dans les autres régions romandes, les médecins ont formé eux-mêmes les sages-femmes avec qui ils collaborent ou les ont envoyées se former à Paris (nous avons vu que c'est le cas dans les cantons de Vaud et de Genève, et on peut imaginer que la même chose s'est produite dans le canton de Fribourg sous l'égide du Dr Nordmann). La connaissance de l'ASD est en tout cas demandée explicitement dans quelques annonces jusqu'au début des années 70. Quels avantages offre-t-elle aux sages-femmes qui peuvent s'en prévaloir ?

- *Avantage en terme de recrutement* : Même s'il apparaît évident étant donné que cette compétence spécifique est mentionnée dans certaines annonces, l'avantage que l'ASD présente pour les sages-femmes au moment de leur recrutement mérite d'être relativisé. Souvenons-nous en effet que la période où ces offres d'emploi paraissent coïncide avec une grave pénurie de personnel soignant (infirmières, aides-soignantes, sages-femmes) dans l'ensemble des hôpitaux suisses, et où, comme l'indiquent les rapports du Bureau de placement de l'ASSF, le nombre d'offres d'emploi excède toujours le nombre de sages-femmes cherchant un premier ou un nouveau poste. En 1965 par exemple, trois postes sont repourvus par le Bureau, contre une quarantaine qui restent vacants.¹¹⁷ Les hôpitaux ne peuvent pas se permettre de faire le tri entre des sages-femmes inégalement qualifiées. Dans le *Journal de la sage-femme*, les mêmes annonces paraissent plusieurs mois de suite. Les établissements tentent de faire valoir les conditions de travail et de traitement qu'ils peuvent offrir, until vantant sa semaine de quarante-huit heures, un autre ses deux jours de congé hebdomadaire, le troisième la possibilité de loger sur place, si ce n'est ses infrastructures modernes et sa cafétéria accueillante.
- *Avantage en terme d'intérêt au travail* : En salle d'accouchement, le cahier des charges des sages-femmes formées à l'ASD est identique à celui de leurs collègues sans formation spécifique à la PPO. Etonnamment, même à Genève qui est certainement la ville suisse où la psychoprophylaxie a le mieux et le plus vite percé, elle n'a pas été intégrée à la formation des élèves sages-femmes avant la deuxième moitié des années 60. Interrogée par sa collègue Viviane Luisier (2006), une sage-femme hospitalière raconte : «[M]oi, j'ai fait l'Ecole [genevoise] en 1964, et on n'avait pas de préparation à la naissance dans le cadre des études. On avait fait un peu de relaxation avec une monitrice et, pour le reste, c'était sur le tas. On a appris plus avec nos collègues qu'à l'Ecole.»¹¹⁸ Concrètement, dans les services où l'ASD a été introduit, les nouvelles sages-femmes doivent s'y mettre, mises au

¹¹⁶ JSF 2, Février 1956, p. 27 et p. 29.

¹¹⁷ D. Bolz, «Rapport annuel 1965 du Bureau de placement», JSF 9, Septembre 1966, p. 5.

¹¹⁸ Mme Rozant, dans le chapitre 2 «Préparation à la naissance», in Viviane Luisier (Coord.), *Sages-femmes. La Cornette sous le paillasson ?, Chêne-Bourg / Genève, Editions Médecine & Hygiène*, 2006, p. 55.

parfum par leurs collègues déjà instruites. Le travail en salle d'accouchement devient-il alors plus intéressant pour elles ? Les avis divergent sur ce point; certaines sages-femmes se souviennent que respirer avec les parturientes est fatigant et les résultats pas toujours exaltants. Mais, comme nous l'avons vu précédemment, la centration de la PPO sur la psychologie de la femme enceinte et sur ses réactions émotionnelles et affectives, ainsi que sur les aspects relationnels de l'accouchement, est considérée - du moins, dans les prises de position officielles des sages-femmes (et des médecins !) - comme valorisante en soi pour la profession.

- *Avantage financier* : Quant à un éventuel avantage financier que les sages-femmes pourraient retirer de leur connaissance de l'ASD, il est nul pour la majorité de celles qui exercent dans le cadre hospitalier, dont le traitement est mensualisé et ne varie pas en fonction du nombre de femmes «préparées». Un petit nombre seulement de sages-femmes hospitalières ont pu améliorer leur salaire grâce à des cours dispensés en plus de leurs activités habituelles, comme l'indique une annonce de l'Hôpital de Nyon qui, en 1971, souhaite engager deux sages-femmes ou infirmières sages-femmes et leur offre la «[p]ossibilité de donner des cours ASD contre indemnité supplémentaire.»¹¹⁹

Qu'en est-il des sages-femmes indépendantes ? Peuvent-elles s'appuyer sur la PPO pour conserver une clientèle privée, qu'elles préparent à l'ASD et qui accoucheent en milieu hospitalier ? Si cette hypothèse, que j'avais émise avant de commencer la recherche, peut sembler plausible, je ne suis pas parvenue à rassembler suffisamment d'éléments pour y répondre de façon claire. Les sages-femmes préparatrices que j'ai pu identifier n'étaient pas des indépendantes qui se sont servies de la PPO pour conserver une clientèle, mais des jeunes sages-femmes qui soit n'avaient pas pratiqué auparavant, soit n'avaient qu'une courte pratique hospitalière à leur actif. Je ne peux toutefois rien en conclure de façon définitive. Les sages-femmes installées en pratique libérale depuis plusieurs années se seraient-elles moins intéressées à l'ASD que les autres ? Le témoignage de la Valaisanne Adeline Favre (1908-1984) laisse penser que cela ne fut pas le cas. Dans son récit publié, elle explique que les premiers cours d'ASD pour sages-femmes ont été donnés à Lausanne et que, apprenant leur existence par le *Journal de la sage-femme*, elle va les suivre trois années de suite; en 1957, le stage dure neuf jours. Peu nombreux la première année, les stagiaires, médecins et sages-femmes, viennent ensuite de toutes les régions. Suite à sa formation, Favre «prépare» les futures mères et applique la méthode en clientèle privée. Elle ne donne malheureusement pas d'explication précise quant à la façon dont elle pratiquait l'ASD, mais elle se déclare satisfaite de la méthode (Favre, 1999 [1981], 143-5; 180-1). Rien, cependant, dans son témoignage, ne laisse entrevoir l'influence que la pratique psychoprophylactique aurait pu exercer sur l'évolution de sa clientèle.

¹¹⁹ Offre d'emploi, JSF 12, Décembre 1971, p. 13.

Penchons-nous donc sur les jeunes sages-femmes indépendantes qui «entrent en psychoprophylaxie». Quelles sont leurs motivations et les avantages qu'elles retirent de cette orientation ? Lorenza Bettoli affirme qu'à son introduction à Genève «[l']ASD devient (...) un enjeu professionnel. Un nouveau métier est créé avec son introduction : celui de préparateur/trice.» (Bettoli, 2007 : 130) C'est vrai, une nouvelle fonction apparaît, qui peut être endossée par des sages-femmes... ainsi que par d'autres professionnels, tels que physiothérapeutes et maîtres-ses de gymnastique. La sage-femme genevoise Anne Stefano est sans doute le meilleur exemple de cette nouvelle orientation possible du métier. Au terme de son école de sage-femme à Lausanne (1942-1944), elle exerce peu de temps avant de se marier et de cesser toute activité professionnelle pendant plusieurs années. En 1958, au moment où elle reprend un travail à l'Hôpital cantonal de Genève, elle est envoyée à Paris par le Pr Hubert de Watteville pour se former à la PPO. Le Pr de Watteville l'emploie alors régulièrement pour préparer ses clientes fortunées à leur domicile ou à leur hôtel (parmi elles se trouvent en effet des étrangères venues à Genève pour accoucher avec un professeur réputé dans une clinique luxueuse) et les «coachier» au cours de leur accouchement. De son propre aveu, Anne Stefano n'aimait pas le métier de sage-femme; elle a par conséquent utilisé l'ASD comme moyen d'échapper aux contraintes hospitalières (les horaires, le travail fatigant) et même aux gestes techniques (qu'elle pouvait, en tant que monitrice d'ASD, laisser à la sage-femme de salle d'accouchement). Ce parcours est exemplaire. Mais, reconnaissions-le, le créneau est très étroit et rares sont les élues qui se voient adresser la riche clientèle des chefs de cliniques privées.

Pour les autres sages-femmes indépendantes préparatrices à l'ASD, le remboursement des cours est un obstacle à l'accroissement de leur clientèle dont les revenus sont modestes ou moyens. De fait, si les conditions de vie de la majorité des sages-femmes libérales ont toujours été difficiles, c'est non seulement en raison d'un nombre insuffisant d'accouchements effectués à domicile contre une rétribution modeste, mais aussi de leur difficulté à se faire payer leur travail soit par une clientèle modeste soit par les organismes d'assistance publique. La promulgation de la première Loi fédérale sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents (LAMA), adoptée en votation populaire et entrée en vigueur en 1912 n'améliore pas leur situation. En effet, la LAMA assimile l'accouchement à une maladie, ce qui permet aux femmes de bénéficier de prestations identiques à celles prévues en cas de maladie. Mais ce sont avant tout des indemnités pour perte de gain qui sont versées par les caisses maladie. A partir de 1930, les choses changent : «[L]es assurances-maladie affectent la majeure partie de leurs ressources à la couverture des frais médico-pharmaceutiques et non plus au versement d'indemnités journalières pour incapacité de travail. L'assurance n'apparaît alors plus comme un organisme de prévoyance, mais bien comme un instrument de financement du système sanitaire.» (Gobet, 2002 : 294) Dès lors, les femmes qui ont contracté une assurance mixte peuvent, en plus des indemnités journalières, se faire rembourser les frais médico-

pharmaceutiques découlant de leur accouchement. Mais la loi ne prévoit que le remboursement des honoraires et non pas ceux des sages-femmes.

La révision de la LAMA de 1964 corrige, trop tard, cette lacune. Et encore les sages-femmes ne bénéficient-elles d'un remboursement qu'à bien plaisir. Même lorsque la cliente a contracté une assurance prévoyant la couverture des frais médico-pharmaceutiques, les caisses rechignent à rembourser la note globale de la sage-femme, ou alors prennent prétexte de ce qu'elle a envoyé à sa cliente une note complémentaire (que la cliente est tenue de régler elle-même) pour contester le paiement de la note principale. En 1965 par exemple, l'avocat engagé par la section vaudoise de l'ASSF défend auprès d'une caisse maladie une sage-femme qui a adressé à une de ses clientes une note d'honoraria en complément du montant perçu de ladite caisse, ainsi que la LAMA l'autorise à le faire. Après avoir rappelé la teneur de la loi à son correspondant, l'avocat attire, sans ménagement, son attention sur la rémunération dérisoire des sages-femmes vaudoises : «Vous conviendrez d'ailleurs que ces notes complémentaires demeurent extrêmement modestes. Nous avons calculé qu'au tarif que les caisses-maladies voudraient imposer, les sages-femmes travailleront pour moins de fr. 2.- de l'heure...»¹²⁰

En l'absence d'une convention spécifique établie entre un organe représentant les sages-femmes en pratique indépendante et les caisses maladie, leur capacité à recouvrer leurs frais demeure chancelante. C'est le 1^{er} janvier 1966 qu'une telle convention entre en vigueur dans le canton de Vaud, passée entre la section vaudoise de l'ASSF d'une part et, d'autre part, la Société vaudoise et romande de secours mutuels ainsi que la Fédération des caisses maladie du canton de Vaud.¹²¹ En vertu de celle-ci, les caisses malades s'engagent à honorer le coût des soins fournis par les sages-femmes indépendantes lorsque ceux-ci sont effectués ambulatoirement. Les tarifs prévus s'élèvent, pour un accouchement normal durant moins de six heures, à Fr. 200.- si l'accouchement a lieu de jour et Fr. 220.- s'il a lieu de nuit. Outre l'accouchement lui-même, ce forfait englobe quatre visites ou consultations prénatales, quatre analyses d'urine avant l'accouchement et dix jours de soins consécutifs à l'accouchement. Aucune prestation non strictement médicale n'est prévue. Les négociations ont été rudes et la section vaudoise de l'ASSF doit se contenter de cet accord. Au cours des années suivantes, elle continue à réclamer, par l'entremise de son conseil, une augmentation des tarifs pour les sages-femmes indépendantes, ainsi que le remboursement d'autres prestations, parmi lesquelles la préparation à l'accouchement. En 1973, la présidente informe les membres de la section vaudoise que leur avocat mène de nouvelles négociations, mais que «[p]our le moment, les sages-femmes indépendantes doivent appliquer le tarif courant.

¹²⁰ ACV, PP 656/5. Copie d'une lettre de maître von der Mühl, avocat conseil de la section vaudoise de l'ASSF, adressée à la Société vaudoise et romande de secours mutuels à Lausanne, le 3 septembre 1965.

¹²¹ ACV, PP 656/5. Convention soumise à ratification du Conseil d'Etat vaudois, conclue pour une durée de trois ans à partir du 1^{er} janvier 1966, et Tarif applicable en vertu de ladite convention.

D'autre part, les assurances refusent de payer aux futures mères les cours d'accouchement sans douleur.»¹²²

Le fait que la préparation psychoprophylactique ne soit pas remboursée aux clientes des sages-femmes indépendantes est certainement un obstacle au développement de cette pratique. On est en droit de penser que seules des femmes aisées ou déterminées à faire suivre leur grossesse par une sage-femme indépendante à domicile sont prêtes à payer elles-mêmes les cours. Or cette clientèle n'est pas très nombreuse.

Faire carrière en tant que préparatrice d'ASD s'avère donc une voie bien étroite pour les sages-femmes; peu nombreuses sont celles qui peuvent l'emprunter et en vivre, à moins que ce ne soit en complément à d'autres activités. Il n'est donc pas surprenant que, parmi les membres de l'ASSF répertoriées en 1970 (1612 en tout, dont 568 ne travaillent plus et 458 travaillent à l'hôpital), sur les 586 sages-femmes qui pratiquent librement, seules 14 se sont déclarées «préparatrices pour l'accouchement préparé». ¹²³ Ce chiffre dérisoire ne représente que le 2.4 % des membres de l'ASSF en pratique libérale et 1.3 % de l'ensemble des membres actives. Même s'il est fort possible qu'un certain nombre de sages-femmes indépendantes ne se déclarent pas «préparatrices», par exemple du fait que les cours d'ASD ne représentent qu'une petite part de leur activité, la proportion de sages-femmes réellement engagées dans la PPO au point que cette pratique soit constitutive de leur identité professionnelle reste sans doute réduite.

L'exception genevoise

Les sages-femmes genevoises semblent être les seules en Suisse à voir dans la PPO une voie de spécialisation viable pour les sages-femmes et à vouloir défendre cette pratique contre d'autres groupes professionnels. Dans le court rapport des activités menées par la section genevoise depuis sa création en décembre 1954, présenté lors de l'assemblée nationale de l'ASSF de juin 1966, Mme Braun évoque le sujet : «Actuellement notre champ de bataille est d'obtenir la reconnaissance d'une association paramédicale des préparateurs à l'accouchement psychoprophylactique afin de les protéger, car trop de personnes non compétentes accèdent à ces cours sans préparation aucune. Nous devons encore définir la teneur du programme et l'examen à passer à tout nouveau préparateur désirant être reconnu officiellement.»¹²⁴ La visée est clairement protectionniste : il s'agit de faire interdire les cours d'ASD aux psychologues, physiothérapeutes, maîtres-ses de gymnastique et autres professionnel·le·s sans formation préalable de sage-femme.

¹²² «Section vaudoise. Assemblée du 15 février 1973 à l'auditoire de la Clinique infantile», JSF 4, Avril 1973, p. 17.

¹²³ «Rapport présidentiel pour 1971 de l'Association suisse des sages-femmes», par la présidente centrale, sœur Thildi Aebrli, JSF 7, Juillet 1972, p. 13.

¹²⁴ «Rapport pour 1965 de l'Association suisse des sages-femmes : Rapport de la Section genevoise présenté par Mme Braun», JSF 10, Octobre 1966, p. 5-7.

Les Genevoises acquises à la PPO sont actives et efficaces. Elles peuvent en outre compter sur l'appui du Dr William Geisendorf, qui «effectue des démarches auprès des autorités compétentes pour que la préparation ASD soit réservée aux seules sages-femmes et soit inscrite dans la loi.» (Bettoli, 2007 : 130) Leurs efforts sont couronnés de succès et, à partir de 1967, des diplômes officiels de préparatrices ASD sont distribués à de jeunes diplômées de l'école genevoise :

«Pour la première fois, huit [des] nouvelles sages-femmes [diplômées] avaient désiré se spécialiser comme préparatrices à l'accouchement psychoprophylactique, très encouragées par Mlle H. Hasler, leur monitrice en salle d'accouchement et très fervente adepte de cette méthode.

Elles reçurent également, ce soir-là, un diplôme des mains de Mme Stefano-Delavy, présidente de cette nouvelle association paramédicale. Mme Stefano avait offert aimablement de donner une formation plus complète à ces jeunes au cours d'une préparation spéciale. Un examen termina cet enseignement, auquel assistaient le Dr J.-P. d'Ernst et Mme Berheim, sage-femme, elle-même préparatrice à la Polyclinique d'obstétrique et de gynécologie de la Maternité.»¹²⁵

Anne Stefano, présidente de l'Association genevoise de préparation psychoprophylactique à l'accouchement (AGPPO), et ses collègues ne souhaitent pas limiter leur action aux frontières du canton. En 1967, elles portent le sujet à l'assemblée nationale de l'ASSF, par une proposition énoncée sous forme de questions : «Les sages-femmes suisses sont-elles intéressées à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement ? Ne serait-il pas possible d'introduire cette préparation dans le programme des écoles de sages-femmes, afin qu'elles soient couvertes par leur diplôme ?»¹²⁶ Le procès-verbal de la séance publié dans le *Journal de la sage-femme* ne contient malheureusement aucune trace d'un éventuel débat à propos de cette question, ni de la décision prise par l'ASSF. Il est possible que la section genevoise ait été renvoyée à ses moutons cantonaux, la formation de sages-femmes étant alors encore du ressort des cantons. A ce moment-là, l'ASD a pris racine essentiellement en Suisse romande, fort peu en Suisse alémanique. Il est possible que les sages-femmes alémaniques soient (ou se sentent) alors moins concernées que leurs consœurs romandes par la concurrence de professions connexes sur le terrain de la préparation à l'accouchement.

L'unité étant difficile à obtenir sur le plan national, Anne Stefano tente de rallier au moins les sages-femmes du canton voisin à la cause de l'ASD. Début 1969, elle écrit à la représentante des sages-femmes vaudoises afin de leur proposer une rencontre en vue de la création d'*«une association Romande tendant à faire valoir que les cours A.S.D. doivent être donnés par des sages-femmes diplômées connaissant et*

¹²⁵ Cérémonie du 28.09.1967. A.M., «Maternité de Genève : Remise des diplômes aux jeunes sages-femmes», JSF 11, Novembre 1967, p. 7.

¹²⁶ «Ordre du jour de la 74^e Assemblée des déléguées de l'Association suisse des sages-femmes, à Berne (...), lundi 5 et mardi 6 juin 1967» (Point 10, proposition b de la Section de Genève), JSF 4, Avril 1967, p. 15.

s'intéressant à cette méthode.»¹²⁷ Ici encore, nulle trace dans les archives ni dans les mémoires sollicitées des suites de cette initiative. Un fait est sûr : aucune association romande de PPO ne verra le jour.

1975-1990 : L'éclatement de la PPO

En juin 1975, le 17^e congrès de la Confédération internationale des sages-femmes (ICM) réunit deux mille sages-femmes du monde entier au Palais de Beaulieu à Lausanne. La présidente de l'ICM, la sœur zurichoise Georgette Grossenbacher, déclare lors de la conférence de presse tenue en avant-première du congrès : «Il semble bien, hélas, que la méthode dite de "l'accouchement sans douleur", appliquée en Suisse romande depuis de nombreuses années, ne connaisse pas le même sort en Suisse alémanique. De la bouche même d'un médecin d'Aarau, "la Suisse alémanique est effectivement très en retard dans ce domaine, si l'on prend pour point de comparaison les méthodes appliquées dans le service du professeur de Watteville, à Genève".»¹²⁸ Une vingtaine d'années après l'introduction de l'ASD en Suisse romande, Grossenbacher se fait promotrice de la méthode auprès de ses collègues alémaniques. Elle tient par exemple une conférence sur le sujet lors d'une journée de formation continue à Zurich, en 1977.¹²⁹ Mais au moment où quelques sages-femmes alémaniques déplorent la faible implantation de la PPO dans leurs cantons, ce courant est en train d'éclater en Suisse romande, comme il l'a fait dans son berceau, la France.

La diversification des types de «préparation»

La méthode psychoprophylactique d'Accouchement Sans Douleur se veut rationnelle, fondée sur les acquis des expériences de laboratoire pavloviennes; elle fait appel à la capacité des femmes de comprendre les étapes de l'accouchement et à mettre en œuvre des réactions apprises et répétées avec une grande discipline. Autrement dit, elle s'adresse à des êtres rationnels et disciplinés. En cela, elle est en phase avec les années 50, où domine un esprit scientifique, ou plutôt une foi en la science, synonyme de progrès humain, et où l'acceptation d'une discipline de fer et l'obéissance à des préceptes rigides ne posent pas de problème majeur. Les années post-mai 68 présentent un fort contraste avec ce tableau. L'autorité est contestée sous toutes ses formes : patronale, parentale, scolaire, générationnelle, genrée... Le monde de la médecine n'est pas épargné. L'autorité médicale et le fonctionnement

¹²⁷ ACV, PP 656/28. Lettre d'Anne Stefano, Association genevoise de préparation psychoprophylactique à l'accouchement, adressée à Marthe Winter, en date du 22 janvier 1969.

¹²⁸ ACV, PP 656/26, «17^e Congrès international des sages-femmes. Les problèmes d'une profession en mutation», article de Claude Langel. Coupure de presse, nom et date du journal manquants.

¹²⁹ «Psychoprophylaktische Geburtsvorbereitung», «Text nach einem Referat, gehalten am Weiterbildungstag für Hebammen am 6. April 1977, in Zürich, von Schwester Georgette Grossenbacher», *Die Schweizer Hebamme*, n° 9, September 1977, pp. 129-131.

du système de santé font l'objet d'attaques dans un foisonnement de journaux, pamphlets et revues; des associations d'usagers et usagères de la médecine se créent; quelques centres alternatifs de santé s'ouvrent, durables ou éphémères... Tout semble possible, dicible, toute expérience mérite d'être tentée, non plus dans la perspective du progrès scientifique dominant les années 50, mais dans celui d'une expérience individuelle et d'une libération des anciens carcans.

En obstétrique, ce fourmillement se traduit par une contestation, à la fois externe et interne (à la communauté médicale et des sages-femmes), de la «médicalisation» de la naissance. D'aucuns expriment le souhait de retrouver un «humanisme» perdu, de renouer avec des expériences plus «naturelles», si ce n'est plus «sauvages». Au sein des hôpitaux, les voix qui s'élèvent proposent un réaménagement des services de maternité de manière à les rendre plus accueillants. L'expression d'*«environnement de la naissance»* apparaît toujours plus souvent, associée à des qualificatifs négatifs (froid, hostile) pour critiquer ce dont on ne veut plus et à des qualificatifs connotés positivement (*«familial»*) pour désigner ce qu'il s'agit de mettre en place. A l'extérieur des hôpitaux émerge l'idée de contrer le mouvement d'institutionnalisation de la naissance en voie d'achèvement par la reprise d'accouchements à domicile. De telles propositions découlent du malaise éprouvé vis-à-vis de l'institution hospitalière, voire de son rejet, mais elles signalent également le fait que la crainte de la mortalité maternelle et périnatale s'est largement atténuée dans les pays riches.

C'est au milieu des années 70 que débute l'ère des grands gourous de la naissance. En 1974, le médecin parisien Frédéric Leboyer publie un petit ouvrage au style lyrique, *Pour une naissance sans violence*, qui connaît un grand succès public. A ce moment-là, Leboyer abandonne la pratique médicale pour se consacrer à l'écriture, mais les principes qu'il préconise pour éviter les «traitements cruels» infligés aux nouveau-nés en salle d'accouchement (ménager le silence et la pénombre afin de ne pas les agresser, ne pas les saisir par les pieds, n'encourager leurs cris d'aucune manière, éviter de couper le cordon immédiatement, les déposer sur le ventre de leur mère, prolonger le premier bain...) sont repris par de nombreux adeptes de la «méthode Leboyer». Le *Journal de la sage-femme* publie en 1977 un article favorable à cette méthode, mais le rédacteur en chef Georges de Werra s'en moque ouvertement, citant les termes du professeur Bossart qui la qualifie de «sensiblerie d'opérette».¹³⁰

Plus que Leboyer, le courant qui va réellement s'imposer à la fin des années 70 au sein de la section vaudoise de l'ASSF est celui de la sophrologie, porté par la secrétaire du comité, Gisèle Mottier. Ce n'est pas un obstétricien, mais un dentiste, Raymond Abrezol, qui présente pour la première fois l'apport de la sophrologie dans la préparation à l'accouchement lors d'une séance de la section, en décembre 1976.¹³¹ Le Dr de Werra tente de s'opposer à la diffusion de ce qu'il considère comme

¹³⁰ Georges de Werra, «Un peu d'ordre, s'il vous plaît !», JSF 3, Mars 1977, p. 13.

¹³¹ «Assemblée du 16 décembre 1976 de la section vaudoise», JSF 2, Février 1977, p. 17. «Conférence du Dr Abrezol : La sophrologie dans la préparation à l'accouchement», pp. 17-18.

une pratique peu rationnelle. Dans un des ses éditoriaux, sans jamais nommer la sophrologie qu'il a toutefois dans sa ligne de mire, il s'en prend «aux âneries charlatanesques les plus niaises, aux pratiques les plus sottes de la sorcellerie moderne, acceptées sans autre par les bonifaces». ¹³² Ses prises de position virulentes lui vaudront des inimitiés de la part des sages-femmes adeptes de «nouvelles sciences» plus humaines et hostiles aux pratiques obstétricales hospitalières qu'elles considèrent comme des dérives. En tant que rédacteur en chef du bulletin des sages-femmes vaudoises, il empêche la parution d'articles portant sur la sophrologie, mais laisse la section publier les nombreuses annonces invitant à des séminaires d'initiation ou d'approfondissement destinés aux sages-femmes et gynécologues. La terminologie choisie par les organisateurs de ces cours est intéressante : un petit groupe chaux-de-fonnier forme une association de «sophroprophylaxie»¹³³; un «séminaire du deuxième degré» pour médecins et sages-femmes bien introduit·e·s à ces techniques s'intitule «cours de sophrothérapie dans la préparation à l'accouchement»¹³⁴. Les nouveaux modes de préparation à la naissance continuent à se réclamer de la psychoprophylaxie obstétricale, tout en s'écartant progressivement de certaines de ses propositions initiales, perçues comme trop rigides, et sans doute aussi trop «cérébrales» pour être en phase avec l'esprit des années 70.

Les annonces de séminaires et de congrès de «sophrologie médicale» et de «sophroprophylaxie» paraissent très régulièrement jusqu'au dernier numéro du *Journal de la sage-femme*, en 1985. Dès le début des années 80 apparaissent en parallèle d'autres types de formation à la préparation à la naissance, notamment celles proposées par le médecin lyonnais Emmanuel Galacteros, fondées sur les «techniques psychologiques corporelles et verbales issues de la théorie des communications».¹³⁵ La sophrologie, développée dans un cadre extérieur à l'obstétrique, est venue à un moment donné se greffer sur la naissance ou, en d'autres termes, a étendu son champ d'intervention à la préparation à la naissance. Par contre, les propositions du Dr Galacteros, issues de la PPO, participent au mouvement centrifuge. Inventeur de la notion d'«espace psychoprophylactique», Emmanuel Galacteros soutient en 1974 une thèse de psychologie médicale intitulée *L'espace psychoprophylactique de l'expérience maternelle*, dans laquelle il propose de renouveler la PPO par la psychologie de la communication. A certains égards, le renouvellement prend l'allure d'une refonte.

Dans les années 80, la diversification des méthodes de préparation à l'accouchement est à son comble. Haptonomie, chant prénatal, yoga, audio-psycho-phonologie, bio-énergie, préparation en piscine et d'autres encore s'ajoutent aux «méthodes» déjà existantes. Certaines n'ont plus aucun lien avec la psychoprophylaxie obstétricale et

¹³² Georges de Werra, «Editorial», JSF 3, Mars 1977, pp. 3-5.

¹³³ JSF 9, Septembre 1978, p. 7.

¹³⁴ JSF 2, Février 1979, p. 7.

¹³⁵ «Cours et sessions» : «Atelier d'enseignement et de formation : Préparation à la naissance – Accueil de l'enfant», JSF 3, Mars 1984, p. 7.

ne sont même pas évoquées dans les bulletins des sociétés française et internationale de PPO. Et pourtant, les sages-femmes, médecins, psychologues clinicien ne's se réclamant de ce courant ont déjà considérablement élargi leurs intérêts : partis de la douleur, ces intérêts ont dérivé vers l'allaitement, la relation précoce entre mère et nouveau-né, la prématurité, la présence du père et de la fratrie lors de la naissance, la sexualité pendant la grossesse et le post-partum, l'ambivalence du désir d'enfant, etc. Les thèmes abordés lors des colloques et dans les journaux de PPO se diversifient inexorablement et, à partir du milieu des années 70, il devient très difficile de définir ce courant ou même de délimiter ses frontières.

L'avènement de la péridurale

Alors que l'unité de la PPO est déjà compromise par la diversification des intérêts de celles et ceux qui s'en réclament, un coup lui est porté de l'extérieur, frappant ce qui à l'origine était son cœur : l'analgésie. Au début des années 70, la péridurale fait une apparition tout d'abord timide, réservée aux césariennes programmées et aux accouchements pathologiques. Dans les maternités parisiennes de Port-Royal et de Baudelocque, entre août 1978 et juin 1979, 12 % des primipares et 2 % des multipares accouchent sous péridurale (Garel et Crost, 1982 : 524). «A la fin des années 1980, Simone Veil étend le remboursement de la péridurale par la Sécurité sociale, supprimant l'indication médicale qui la permettait jusque-là. Il faut attendre le début des années 1990 pour que l'ensemble des cliniques et des hôpitaux soit en mesure de la proposer.» (Jacques, 2007 : 143) Plus précisément, en France toujours, en 2003, 63 % des parturientes bénéficient d'une péridurale, contre 58 % en 1998 et 49 % en 1995. Dans la même période, le pourcentage de rachianesthésies progresse également, atteignant 12,3 % en 2003, contre 8,5 % en 1998 et 5 % en 1995 (Vilain *et al.*, 2005 : 4).

Nous ne disposons malheureusement pas de chiffres comparables à l'échelle helvétique, ni même cantonale; la dernière étude nationale de l'OFS (Schwab et Zwimpfer, 2007) ne fournit aucun renseignement sur le taux d'analgésies et d'anesthésies réalisées dans les hôpitaux suisses. Nous savons néanmoins, grâce à des statistiques locales et aux témoignages des sages-femmes, que l'analgésie péridurale connaît à Genève et à Lausanne le même parcours que dans les grandes maternités parisiennes. Tout d'abord réservée aux accouchements prématurés ou à d'autres types de problèmes médicaux¹³⁶, la péridurale a vu son indication s'étendre à la demande maternelle, autrement dit à la douleur ressentie par les parturientes et à leur souhait de la tolérer ou non. A Lausanne, cette extension semble acquise dès le tournant des années 70-80. Dans son travail de diplôme consacré aux pères, une jeune sage-femme présente son échantillon en résumant le déroulement de

¹³⁶ Christiane Leimgruber, sage-femme genevoise, *in* Viviane Luisier (Coord.) (2006), *Sages-femmes. La cornette sous le paillasson ?, Chêne-Bourg / Genève, Médecine & Hygiène*, p. 56.

l'accouchement; elle mentionne à plusieurs reprises que celui-ci se déroule sous péridurale «pour le confort maternel».¹³⁷

A partir du moment où les femmes enceintes connaissent l'existence et la disponibilité de l'analgésie péridurale, elles la réclament parfois dès leurs contrôles de grossesse. L'ASD continue à être la seule forme d'analgésie proposée dans des hôpitaux qui ne disposent pas d'anesthésistes formés en nombre suffisant pour être appelés à toute heure du jour et de la nuit à la maternité. Mais les techniques d'ASD sont désormais décriées, jugées insuffisantes. A la fin des années 70 paraissent même des écrits virulents qui s'en prennent à ces «bateleurs» vantant les mérites d'une analgésie de pacotille. L'ouvrage de Marie-José Jaubert (1979), *Les Bateleurs du mal-joli*, sous-titré *Le mythe de l'accouchement sans douleur*, jette un pavé dans la mare. La PPO est une arnaque, s'indignent de nombreuses femmes dans le sillage de Jaubert; c'est une supercherie inventée par des hommes qui n'ont qu'une connaissance théorique de l'accouchement, renchérissent d'autres.

Parmi les sages-femmes encore acquises à la PPO après le milieu des années 70, toutes ne sont pas des puristes de la méthode d'ASD, hostiles à l'usage de moyens médicamenteux. Ainsi, Anne Stefano, présidente de l'AGPPO, est plus soucieuse d'analgésie réelle que d'une mise en œuvre systématique des principes psychoprophylactiques. Pour elle, la PPO est avant tout un moyen de préparer les femmes à affronter leur accouchement en connaissance de cause, mais sans trop de craintes et dotées de techniques corporelles utiles; les techniques anesthésiques ne lui paraissent pas incompatibles avec l'ASD. Serait-ce, comme le suggère le Dr Henri Voegeli, préfacier de son roman-témoignage, parce qu'«[e]lle a eu la chance de pratiquer un certain temps sa profession dans le service d'un grand patron, le Professeur Hubert de Watteville, dont l'éclectisme lui faisait adopter, dans le même temps où il introduisait la méthode de préparation à l'accouchement propagée en Europe occidentale par le Dr Lamaze, de Paris, sous la dénomination d'accouchement sans douleur, l'anesthésie péridurale continue, apte à supprimer véritablement les sensations douloureuses»¹³⁸? Il est probable que le Dr Voegeli se trompe un peu sur la simultanéité de l'introduction de l'ASD et de la péridurale dans le service du Pr de Watteville. Il n'en est pas moins certain que, dans les hôpitaux cantonaux genevois et lausannois, l'éclectisme était de mise et que la PPO a pu cohabiter assez longtemps avec des procédures obstétricales fort éloignées de son esprit.

Cependant, toute cohabitation a ses limites. Dans les années 80, celles de la PPO semblent être véritablement atteintes. La petite mais très active association genevoise de PPO organise en 1979 un congrès à l'occasion du 25^{ème} anniversaire de l'introduction de l'ASD à Genève. Sont invités les médecins pionniers de la méthode en Suisse romande, ainsi que le Dr Jean-Marie Cheynier, médecin chef de la

¹³⁷ «Naissance d'un enfant – Naissance d'un père. Travail de diplôme présenté par Dominique Moosmann, Lausanne 1982», JSF 3, Mars 1984, pp. 9-15.

¹³⁸ Dr Henri Voegeli, «Préface», in Anne Stefano, *Tu n'enfanteras plus dans la douleur!*, Pully, Belle Rivière, p. 8.

Maternité des Bluets (qu'on a entre-temps cessé de nommer «des Métallurgistes»). Cet anniversaire prend des allures d'enterrement, du moins aux yeux du rédacteur en chef du *Journal de la sage-femme*, qui signe un compte rendu de l'événement teinté à la fois de nostalgie et d'humour. Le Dr de Werra ironise en effet à propos de l'acronyme ASD, qui désigne aussi un chemin de fer secondaire du canton de Vaud, le petit train de montagne Aigle-Sépey-Diablerets menacé de suppression. Même s'il eût mieux valu terminer ce rapport avec les paroles d'une sage-femme vaudoise, c'est à l'avant-dernier rédacteur de leur défunt journal que je laisse les mots de la fin :

«L'ASD est à son crépuscule; il a fait son temps; certes, il faudra le poursuivre jusqu'à ce que la dernière femme ayant accouché avec douleurs, ait quitté ce monde.

La carrière de l'ASD approche du déclin, mais il a atteint le but qu'il s'était fixé soit, comme disait le Dr Lamaze, de dédramatiser l'accouchement et d'en faire, ce qu'il aurait toujours dû être, un événement joyeux. Ceci est vrai, puisque, actuellement, des femmes préparées mettent au monde leur enfant dans le calme, et que nous ne voyons plus d'accouchements "grand cirque" comme autrefois. Mieux, cette psycho-prophylaxie a eu une influence sur d'autres moments de la vie de la femme. Les cas de dysménorrhée grave sont devenus rares, les vomissements de la grossesse ont, pour ainsi dire, disparu; quant aux troubles de la ménopause, la plupart des femmes parviennent à les négliger.

De plus, l'anesthésie péridurale a aussi fait une entrée fracassante dans l'obstétrique. Elle permet de supprimer toute sensation douloureuse en gardant l'accouchée en pleine conscience. Toutes les femmes savent que cette possibilité existe; beaucoup la demandent et elle leur est parfois même proposée dès leur entrée en clinique le jour de l'accouchement.

Alors, si l'Aigle-Sépey-Diablerets va survivre, j'ai peur que l'ASD touche à sa fin.»¹³⁹

¹³⁹ Georges de Werra, «25 ans d'ASD à Genève», JSF 8, Août 1979, pp. 9-11.

CONCLUSION

Cette recherche visait à documenter l'implantation de la PPO dans le canton de Vaud et à déterminer l'influence qu'elle avait pu exercer sur la pratique du métier de sage-femme. J'avais émis une série d'hypothèses lors de la phase de définition du projet; elles sont présentées dans l'introduction de ce rapport. Que puis-je en dire à présent ?

— *La réception et la diffusion de l'ASD dans le canton de Vaud* : Les principales voies par lesquelles l'ASD fait son chemin de Paris jusque dans le canton de Vaud et plus largement en Suisse romande ont pu être identifiées. J'ai pu vérifier aussi que la méthode est importée par les médecins dans sa lettre, sans modification du point de vue théorique. Quant aux adaptations subies dans la pratique, elles ne sont malheureusement plus observables, si bien que l'on ne peut, pour en juger, que se fier aux récits des procédures publiés dans des articles ou des comptes rendus de conférences.

La recherche étant centrée sur les sages-femmes, je n'ai examiné la question de la réception et de la diffusion que par rapport à elles, et non par rapport aux «bénéficiaires» directes de la méthode, à savoir les femmes enceintes. Nous avons vu que c'est par l'intermédiaire des médecins hospitaliers que les sages-femmes ont été instruites à l'ASD. Mais existait-il une demande de profanes, en Suisse au début des années 50 (par exemple, dans un milieu intellectuel à sensibilité de gauche au courant de l'ASD par voie de presse ou par les nombreux ouvrages publiés en France) ? C'est plausible, mais le matériel recueilli n'a pas permis de le déterminer. Répondre à cette question nécessiterait un autre type de recherche, incluant des investigations du côté de la presse quotidienne et hebdomadaire, ainsi que des mouvements sociaux (progressistes et féministes, pour autant que l'on puisse utiliser ce dernier terme pour désigner une attitude identifiable dans la Suisse romande d'après-guerre).

— *La division du travail entre sages-femmes et gynécologues-obstétriciens* : Je m'étais posé les questions suivantes : Est-ce que l'ASD, quoique développé par des médecins, est rapidement devenu un instrument utilisé par les sages-femmes en raison du fait qu'il s'insère bien dans une division traditionnelle des rôles et des tâches entre personnels médical et paramédical en milieu hospitalier ? Ou alors, a-t-il contribué à la mise en place des frontières et prérogatives professionnelles actuelles entre médecins et sages-femmes, du fait qu'il apparaît au moment où la salarisation des sages-femmes s'accélère ? Au terme de cette recherche, il m'est difficile de répondre de façon définitive. Plutôt que de trancher entre les deux hypothèses, je préfère reformuler leurs propositions.

Tout d'abord, de nombreuses sources attestent que la division traditionnelle des rôles et tâches entre médecins et sages-femmes préexiste à l'hospitalisation de masse des parturientes. Lorsqu'un médecin et une sage-femme interviennent ensemble à

domicile pour un accouchement normal, la division entre le travail patient de suivi, d'encouragement, de réconfort, en bref le travail de *care* – dans la terminologie actuelle des sciences sociales et humaines –, et le travail plus interventionniste, plus technique et bien plus limité dans le temps, cette division donc suit la ligne de partage statutaire, qui se trouve être aussi la ligne de partage du genre.

Dans la première partie de ce rapport, j'ai retracé la constitution du métier de sage-femme et montré que la profession a émergé sous la tutelle des médecins et des autorités cantonales. Jamais les sages-femmes n'ont connu une situation d'autonomie totale ailleurs que dans une mythologie où elles sont dépeintes comme les descendantes directes des matrones. Des médecins ont pensé le métier de sage-femme, les ont instruites, ont délimité le champ de leur pratique, de façon à maintenir et à étendre leurs propres prérogatives en matière d'accouchement. La division des tâches et des fonctions entre médecins et sages-femmes est donc un élément constitutif du monde de l'obstétrique et il est vrai que, de ce point de vue, l'ASD trouve facilement place dans ce dispositif. Etant donné le type de présence et d'accompagnement qu'elle requiert de la part des professionnel·le·s, il n'est pas du tout surprenant que la méthode ait très vite été déléguée aux sages-femmes.

Mais la seconde hypothèse fait également sens. En effet, tant qu'elles exercent à domicile, les sages-femmes, même si elles sont loin d'être totalement libres d'opérer à leur guise et qu'elles doivent rendre compte de leurs pratiques régulièrement, conduisent néanmoins les accouchements de façon indépendante, prenant leurs propres décisions quant à la manière d'agir jusqu'au moment éventuel où elles jugent que le recours à un médecin ou une hospitalisation est nécessaire. Dans un service hospitalier ou dans une maternité privée dirigée par un gynécologue-obstétricien, les sages-femmes salariées sont en concurrence avec le(s) médecin(s) quant à la conduite des accouchements. Dans cette période d'après-guerre, les médecins romands n'admettent pas qu'un partage réel des responsabilités en matière d'accouchements normaux, impliquant un partenariat sur pied d'égalité entre eux et les sages-femmes, puisse exister. C'est sans doute cette volonté de rester maîtres de toutes les décisions importantes et de pouvoir déléguer, à bien plaisir seulement, les manœuvres techniques aux sages-femmes, qui pousse les médecins à tenir à ces dernières des discours lénifiants sur l'importance de leurs «capacités humaines» et sur la revalorisation de leur travail par la centration sur les aspects affectifs de l'accouchement. Il me semble en effet que, à elle seule, la vision traditionnelle des rôles féminins et masculins ne saurait expliquer cette insistance. Ainsi, de mon point de vue, si l'ASD ne contribue pas à tracer la frontière entre le domaine des obstétriciens et celui des sages-femmes, il arrive néanmoins à point nommé pour justifier le maintien de celle-ci en milieu hospitalier.

— *Les formes de pratique des sages-femmes* : Concernant ses aspects économiques, nous avons vu que l'ASD n'a que peu d'impact sur la situation des sages-femmes. Les sages-femmes indépendantes ne peuvent, pour la plupart d'entre elles, compter que sur des gains fort modestes. N'étant pas remboursée par les caisses maladie, ni avant

ni après la révision de la LAMA en 1964, la préparation à l'ASD ne présente pas d'intérêt pour celles qui conservent encore une clientèle à domicile. Seules les «préparatrices» ou «monitrices d'ASD» exerçant auprès d'une clientèle aisée, qui ne rechigne pas à payer de sa poche, peuvent faire de la PPO une véritable spécialisation professionnelle.

En d'autres termes, à la question que j'avais formulée ainsi : «dans quelle mesure l'ASD a-t-il été un instrument d'appui permettant à une fraction des sages-femmes de continuer à pratiquer en exercice libéral ?», il m'est désormais loisible de répondre que cette mesure a été extrêmement limitée, pour ne pas dire presque nulle.

— *Le mode de prise en charge de la douleur* : J'avais également fait l'hypothèse que la préparation à l'ASD et l'accompagnement psychoprophylactique de la douleur des parturientes, outil spécifique des sages-femmes, aurait pu faire obstacle au développement d'autres moyens d'indolorisation plus efficaces. Au terme de ce parcours de recherche, cela m'apparaît peu probable, même si je ne dispose pas d'éléments factuels permettant d'infirmer cette hypothèse. Il me semble en effet que, sur l'ensemble de la période étudiée, les sages-femmes n'ont pas d'impact sur les décisions des médecins à expérimenter ou non une nouvelle technique ou un nouveau procédé obstétrical. Pendant longtemps, si les sages-femmes ne font pas de recherches à propos de l'indolorisation, ce n'est pas qu'elles sont convaincues du bien-fondé de la PPO et désireuses de continuer à pratiquer de cette manière-là (même si, sans doute, beaucoup d'entre elles le sont effectivement), mais c'est qu'elles ne font pas de recherche *du tout* dans ces années-là. En outre, l'analgésie se trouve entre les mains des médecins, avant comme après la période faste de l'ASD. Ils ne montrent aucune intention de se dessaisir des modes d'analgésie efficaces; seule la PPO fait l'objet d'une délégation facile.

Par contre, je suis en mesure d'apporter une réponse positive à la dernière question que je soulevais dans mon projet de recherche, à savoir si l'attachement des sages-femmes au mode psychoprophylactique de prise en charge de la douleur était lié à la menace qu'une part d'entre elles ressentent face à la montée en puissance de l'analgésie périderale. L'ASD a cristallisé la partition entre aspects techniques et aspects psychologiques ou psychosociaux de la naissance, et de nombreuses sages-femmes romandes (on pourrait bien sûr extrapoler ce constat à l'ensemble de la Suisse, même si le parcours de la PPO n'a pas suivi les mêmes étapes des deux côtés de la Sarine) se sont identifiées au second «pôle». Si les aspects affectifs, psychologiques de l'accouchement et l'«accompagnement» de la douleur forment le cœur de l'identité de sage-femme, il est compréhensible que la périderale soit considérée par une fraction non négligeable de sages-femmes comme une ennemie à combattre. L'ASD a donc joué un rôle déterminant dans le fait que, pour les sages-femmes suisses, la douleur soit devenue (et reste jusqu'à présent, pour une part d'entre elles) un enjeu professionnel.

ANNEXES

Annexe 1 : Echange de correspondance entre la section vaudoise de l'Association suisse des sages-femmes, et le Dr Gallandat, médecin cantonal

Source : *Journal de la Sage-Femme*, n° 8, Août 1960, p. 7-9.

En mai 1960, la Section vaudoise, au nom de sa présidente, Hélène Cornaz et de sa secrétaire E. Pasche, adressent au Dr Gallandat, médecin cantonal à Lausanne, la lettre suivante :

«Nous vous prions de bien vouloir nous accorder un rendez-vous au début de juin, ceci pour discuter avec vous des honoraires que nous fixent les hôpitaux régionaux pour les accouchées affiliées aux caisses maladie en tant qu'hospitalisées en chambre commune.

Il serait quand même un peu long de vous exposer par écrit les diverses réactions rencontrées chez la plupart de nos collègues, tout spécialement au sujet du prix de 100 fr. qui nous est offert.

C'est sur le conseil du président des comités d'hôpitaux régionaux, M. Zwahlen d'Oron, que nous nous permettons de vous prier de bien vouloir nous accorder cette entrevue.»

Le Dr Louis Gallandat répond à la présidente : «Avec un peu de retard, dont je m'excuse, je réponds à votre lettre du 28 mai 1960 concernant les honoraires qui vous sont alloués dans le cadre de vos activités dans les hôpitaux régionaux, pour les accouchées affiliées aux caisses maladie en tant qu'hospitalisées en chambre commune.

Si je n'ai pas répondu plus tôt, c'est parce que j'ai dû prendre contact avec les organes qui s'occupent de ce problème. Je puis tout d'abord vous faire savoir ce qui suit :

La commission prévue pour l'application de la convention d'hospitalisation a décidé d'appliquer aux sages-femmes, dans le cadre de cette convention, les chiffres prévus par l'arrêté du 5 mai 1959 fixant le tarif des indemnités dues aux... sages-femmes... requis par les autorités judiciaires pénales et administratives ainsi que pour les soins aux indigents et qui sont les seuls existant officiellement pour la rétribution des sages-femmes. L'Etat de Vaud n'aurait pas la compétence de modifier à lui seul les tarifs appliqués à la suite d'une décision de la Commission paritaire, puisque c'est cette Commission elle-même qui a la charge de veiller à l'application de la convention.

D'après ce que nous savons, chacun s'efforce de faire en sorte que la convention puisse s'appliquer sans trop de heurts, afin de ne pas mettre en péril l'édifice. Si,

brusquement, les tarifs devaient être redébattus, cela pourrait avoir des conséquences assez importantes. J'ajoute que les honoraires des sages-femmes sont dans le cadre de la convention prélevés dans le fonds de compensation honoraires, car le déficit de ce fonds sera couvert par le fonds de garantie, qui est lui-même alimenté par un versement de l'Hôpital cantonal une fois utilisée la retenue de 10 % sur les honoraires médicaux.

Ceci exposé, je suis bien entendu prêt à vous recevoir pour discuter de toute cette question, bien qu'elle ne relève pas directement de ma compétence, et c'est la raison pour laquelle je pense qu'il serait utile que M. Raymond Gafner, directeur de l'Hôpital cantonal, s'y associe, étant donné qu'il est un des délégués de l'Etat de Vaud, dans le cadre de la Commission paritaire. [Salutations]» (Italiques de M.V.)

Annexe 2 : Buts de la SSSF / ASSF / FSSF

Société suisse des sages-femmes :

Société suisse des Sages-Femmes. Statuts 1940, imprimerie Bühler & Werder SA, Berne, 19 p.¹⁴⁰

I. NOM, LIEU ET BUT DE LA SOCIETE.

Article premier. La société existant depuis 1894 sous le nom de «Société suisse des Sages-Femmes» est une association, politiquement et confessionnellement neutre, régie par les dispositions des articles 60 et suivants du Code civil suisse.

Son domicile est toujours au siège de la section directrice.

Art. 2. La Société suisse des Sages-Femmes a pour tâche de sauvegarder et de défendre les intérêts communs des sages-femmes suisses en général et, plus spécialement, de ses membres, en particulier d'améliorer leur situation matérielle, de chercher à obtenir le libre exercice de la profession de sage-femme sur tout le territoire de la Confédération, d'assurer aux sages-femmes une instruction scientifique uniforme, de venir en aide à celles des sociétaires qui sont dans le besoin ou qui tombent malades, d'entretenir des relations d'amitié entre les sociétaires.

Art. 3. La Société s'efforce d'atteindre ces buts :

- a) en entrant utilement en rapport avec les autorités sanitaires de la Confédération et des cantons, ainsi qu'en entretenant et encourageant d'étroites et bonnes relations de la Société elle-même et de ses membres avec le corps médical;
- b) en éditant et diffusant la revue «*Die Schweizer Hebamme*» («*Journal de la Sage-Femme*»);
- c) en administrant la caisse de la Société et une caisse d'assurance contre la maladie.

¹⁴⁰ Les statuts entrés en vigueur le 1^{er} janvier 1940, adoptés par l'Assemblée générale de la SSSF du 27 juin 1939 à Altdorf, ont remplacé ceux du 4 juillet 1929. (ACV, PP 656/1)

Association suisse des sages-femmes (fait suite à la SSSF) :

Statuts de l'Association suisse des sages-femmes, Aarau 1971, 16 p.¹⁴¹

I. NOM, LIEU, ET BUT DE L'ASSOCIATION

§ 1 L'Association existant depuis 1894 sous le nom d'«Association suisse des sages-femmes» (ASSF) est une association politiquement et confessionnellement neutre, régie par les articles 60 et suivants du Code civil suisse. Son domicile juridique est celui de la présidente centrale.

§ 2 L'association a pour tâche :

La sauvegarde et la défense des intérêts communs des sages-femmes suisses, et spécialement de ses membres, en particulier l'amélioration de leur situation matérielle; l'obtention du libre exercice de la profession de sage-femme, et un enseignement scientifique uniforme; l'entraide des membres dans le besoin ou malades; l'entretien de liens amicaux parmi les membres.

§ 3 Ces buts seront atteints :

- a) par l'établissement de bons rapports avec les autorités sanitaires de la Confédération et des cantons, avec la Croix Rouge Suisse et le concordat des caisses maladie, ainsi que par l'entretien de bonnes relations avec le corps médical
- b) en éditant et diffusant le journal «Die Schweizer Hebammme»
- c) en administrant un Fonds d'entraide
- d) en entretenant un Bureau de placement

Fédération suisse des sages-femmes (fait suite à l'ASSF) :

Site officiel de la Fédération suisse des sages-femmes¹⁴² :

La qualité, objectif prioritaire

La Fédération suisse des sages-femmes s'emploie activement à assurer un haut niveau de qualité pour les prestations des sages-femmes. Elle lutte pour améliorer la reconnaissance économique et sociale de la profession et défend les intérêts des sages-femmes auprès des autorités, des employeurs et des milieux politiques aux niveaux local et national.

Ses principaux domaines d'engagement sont:

- des conditions de travail optimales pour les sages-femmes employées et indépendantes
- la défense des intérêts des sages-femmes dans le cadre des négociations tarifaires avec les assureurs-maladie

¹⁴¹ Ce premier article est identique aux statuts révisés de 1978 : *Statuten des Schweizerischen Hebammenverbandes / Statuts de l'Association suisse des sages-femmes*, Bern/Berne 1978, 17 pages.

¹⁴² <http://www.hebamme.ch/fr/heb/shv/ziel.cfm> (état au 21.05.09).

- la sauvegarde des compétences des sages-femmes
- la révision de textes légaux en rapport avec la profession et avec la santé de la mère et de l'enfant
- une formation moderne pour les sages-femmes
- l'amélioration de la connaissance et de la reconnaissance des sages-femmes dans l'opinion publique

SOURCES ET BIBLIOGRAPHIE

Sources

Archives et périodiques

Archives cantonales vaudoises (ACV). Fonds Association suisse des sages-femmes 1907-1989 (PP 656).

Archives de l'Union Fraternelle des Métallurgistes (UFM), Paris. (Inventaire des archives consacrées à l'Accouchement Sans Douleur réalisé par Marilène Vuille en 1999-2000.)

Bibliothèque du film (BiFi), Paris. Archives Le Chanois, Cote LE CHANOIS012 B5-6. (Consultées en 2000.)

Instructions aux sages-femmes du canton de Vaud, 1929, 1945.

Bulletin [officiel] de la Société française de psycho-prophylaxie obstétricale, 1959 – 1986 (105).

Bulletin officiel de la Société internationale de psycho-prophylaxie obstétricale, 1959 (I-1) – 1970 (XII-2).

Journal de la sage-femme, 1939-1985.

Ouvrages et articles publiés

Témoignages

BETTOLI Lorenza, LUISIER Viviane (1995), «Des sages-femmes d'aujourd'hui sur les traces des sages-femmes d'hier», in Christine DETRAZ (Dir.), *Quand on a la santé. Genève 1900-1960*, Genève, Musée d'ethnographie – Annexe de Conches, pp. 187-227.

FAVRE Adeline (1999), *Moi, Adeline, accoucheuse. Documents mis au point par Yvonne Preiswerk d'après le témoignage d'Adeline à ses nièces Marie-Noëlle Bovier et Pierrette Mabillard*, Sierre, Éditions Monographic SA, Lausanne, Éditions d'En bas (1ère édition 1981).

FERRARI-CLEMENT Josiane (1987), *Marguerite, sage-femme vaudoise ou la naissance autrefois*, Lausanne, L'Aire.

LUISIER Viviane (Coord.) (2006), *Sages-femmes. La Cornette sous le paillasson ?, Chêne-Bourg / Genève*, Editions Médecine & Hygiène.

STEFANO Anne (2000), *Tu n'enfanteras plus dans la douleur*, Pully, Editions Belle Rivière.

Autres sources publiées (références citées seulement)

«L'accouchement sans douleur. Travail de la Maternité de la policlinique Pierre Rouquès» (1954), numéro spécial de la *Revue de la Nouvelle médecine*, 1ère année, n° 3, réimpression, mai.

BONSTEIN Isidore (1958), *Psychoprophylactic Preparation for Painless Childbirth. Its theory and practical approach with the complete course of lectures*, London, William Heinemann Medical Books Ltd.

CHAMPOD Yves (1958), *La Méthode psycho-prophylactique d'accouchement dans le service universitaire d'obstétrique de la Maternité de Lausanne du 1er mai 1955 au 1er mai 1957*, Thèse de médecine, Faculté de Médecine de l'Université de Lausanne, Yverdon, Imprimerie du Journal d'Yverdon.

CHERTOK Léon (1958), *Les Méthodes psychosomatiques d'accouchement sans douleur. Histoire, théorie, pratique*, Paris, L'Expansion scientifique française, 2e édition revue et augmentée (1ère édition 1957).

GROSSENBACHER Georgette (1977), «Psychoprophylaktische Geburtsvorbereitung», *Die Schweizer Hebammme*, n° 9, septembre 1977, pp. 129-131.

HERSILIE Roger (1958), «Bilan de l'accouchement sans douleur», *Nouvelle Critique*, n° 100, pp. 80-103.

LAMAZE Fernand (1954), «Quelques précisions sur l'accouchement sans douleur», *Nouvelle Critique*, n° 57, pp. 157-162.

— (1954), «L'expérience française de l'accouchement sans douleur», *Bulletin du cercle Claude Bernard. Médecine nouvelle*, n° 8, pp. 3-5.

— (1954), «L'accouchement "sans douleur" (Interview du Dr Fernand Lamaze)», *Médecine et Hygiène*, n° 268, p. 240.

— (1955), «La suppression de la douleur liée à la contraction de l'utérus en travail (Méthode Psycho-prophylactique)», Texte du rapport présenté par F. Lamaze au Congrès International de Gynécologie et d'Obstétrique qui s'est tenu à La Havane (Cuba) du 4 au 10 décembre 1955, 24 p.

LAMAZE Fernand et coll. (1954), «L'accouchement sans douleur en France. Expérience pratiquée à la maternité du Centre Pierre-Rouquès sur la méthode d'accouchement sans douleur par psychoprophylaxie», *Médecine et Hygiène*, n° 262, pp. 101-102.

LAMAZE Fernand, avec la collaboration de ANGELERGUES René, BOURREL André, HERCILIE Roger, LE GUAY François, MULDWORF Bernard, VELLAY Pierre, VERMOREL Henri (1956), *Qu'est-ce que l'accouchement sans douleur par la méthode psycho-prophylactique. Ses principes, sa réalisation, ses résultats*, Paris, Savoir et Connaître, Éditions La Farandole.

LAMAZE Fernand, VELLAY Pierre (1952), «L'accouchement sans douleur par la méthode psychophysique. Premiers résultats portant sur 500 cas. Travail de la

Maternité du Métallurgiste», *Gazette Médicale de France*, tome 59, n° 23, 2e numéro de décembre, 10 p.

— (1953), «Considérations sur l'accouchement sans douleur par la méthode psychophysique (Travail de la maternité de la Polyclinique du Métallurgiste)», Supplément à la *Revue de la Nouvelle Médecine*, n° 1, juin.

LAMAZE Fernand, VELLAY Pierre, HERCILIE Roger, ANGELERGUES René, BOURREL André et les Sages-Femmes (1954), «L'accouchement sans douleur en France. Expérience pratiquée à la maternité du Centre "Pierre-Rouquès" sur la méthode d'accouchement sans douleur par psycho-prophylaxie», *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, tome 138, n° 3 et 4, pp. 52-58.

LEBOYER Frédéric (1974), *Pour une naissance sans violence*, Paris, Seuil.

MAYOR Matthias (1828), *Instruction sur l'art des accouchemens à l'usage des sages-femmes du Canton de Vaud*, Lausanne, Imprimerie de Hignou Ainé.

NORDMANN Marius, SPRENG Alfred et Liselotte (1958), *L'Accouchement sans douleur par la méthode psychoprophylactique*, Neuchâtel et Paris, Delachaux & Niestlé S.A.

ROCHAT Rodolphe-L. (1955), «L'accouchement sans douleur», *Praxis. Schweizerische Rundschau für Medizin – Revue suisse de médecine*, 44e année, 3 novembre, pp. 982-984.

ROCHAT Rodolphe-L., ROSSEL Gédéon (1957), «650 accouchements préparés selon la méthode psycho-prophylactique à la Maternité universitaire de Lausanne», *Journal de la Sage-Femme*, n° 2, pp. 11-16.

ROSSEL Gédéon (1955), «La méthode psycho-prophylactique d'accouchement sans douleur», *Journal de la Sage-Femme*, n° 3, pp. 8-14 et n° 4, pp. 10-15.

— (1955), «L'accouchement sans douleur à la Maternité universitaire de Lausanne. Résultats d'une première série de 35 accouchements préparés selon la méthode psycho-prophylactique», *Journal de la Sage-Femme*, n° 8, pp. 12-17, et n° 9, pp. 10-14.

VELLAY Pierre, VELLAY Aline (1956), *Témoignages sur l'accouchement sans douleur*, Paris, Éditions du Seuil.

WERRA Georges de, DUBUIS Pierre (1961), «Considérations sur la méthode psycho-prophylactique de l'accouchement en clientèle privée», *Journal de la sage-femme*, n° 2, pp. 11-19.

Littérature secondaire (références citées seulement)

ABBOTT Andrew (1988), *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*, Chicago and London, The University of Chicago Press.

ABRAHAM-VAN DER MARK Eva (ed.) (1993), *Successful Home Birth and Midwifery. The Dutch Model*, Westport and London, Bergin & Garvey.

AÏACH Pierrick, FASSIN Didier (Dir.) (1994), *Les Métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Anthropos-Economica.

ASSF/SHV (1994), *100 Schweizerischer Hebammenverband / 100 ans de l'Association*

suisse des sages-femmes. 1894-1994, Berne, Schweizerischer Hebammen-Verband.

BASZANGER Isabelle (1995), *Douleur et médecine, la fin d'un oubli*, Paris, Seuil.

BETTOLI Lorenza (2007), «Planifier la naissance, maîtriser la douleur avec William Geisendorf (1906-1981)», in Philip RIEDER (Dir.), *A l'orée de la vie. Cent ans de gynécologie et d'obstétrique à la Maternité de Genève*, Genève, Maternité de Genève, HUG; Chêne-Bourg, Médecine et Hygiène, pp. 117-123.

— (2007), «De la "salle de misère" à l'accouchement sans douleur ou comment les femmes ont appris à accoucher», in Philip RIEDER (Dir.), *A l'orée de la vie. Cent ans de gynécologie et d'obstétrique à la Maternité de Genève*, Genève, Maternité de Genève, HUG; Chêne-Bourg, Médecine et Hygiène, pp. 125-133.

CAUTE François (1979), *Les Compagnons de route 1917-1968*, Paris, Robert Laffont (éd. originale anglaise 1973).

CLERC Sophie (2004), *De la naissance à la maison à l'accouchement à l'hôpital : la situation professionnelle des sages-femmes vaudoises face à la médicalisation de la naissance (1874-1939)*, Lausanne, Université de Lausanne (mémoire de licence en histoire, Faculté des lettres), 142 p.

DIRLEWANGER Dominique, FUSSINGER Catherine (1995), «Les nécrologies des médecins romands : une autopsie du corps médical», *Revue historique vaudoise*, pp. 187-246.

DONZE Pierre-Yves (2003), *Bâtir, gérer, soigner. Histoire des établissements hospitaliers de Suisse romande*, Genève, Georg.

— (2007), *L'Ombre de César. Les chirurgiens et la construction du système hospitalier vaudois (1840-1960)*, Lausanne, Bibliothèque d'Histoire de la Médecine et de la Santé (BHMS).

FRANCILLON Denise (1995), «Du métier de garde-malade à la profession d'infirmière. De la dépendance à la professionnalisation», *Revue historique vaudoise*, pp. 292-313.

— (2006), *L'Association des infirmières de La Source fête ses 100 ans : Se regrouper et se solidariser, être à la maison et travailler*, Lausanne, Ecole La Source, 24 p.

GAREL Micheline, CROST Monique (1982), «L'analgésie péridurale. Le point de vue des femmes», *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*, n° 11, pp. 523-533.

GELIS JACQUES (1977), «Sages-femmes et accoucheurs : l'obstétrique populaire aux XVIIe et XVIIIe siècles», *Annales ESC (économies, sociétés, civilisations)*, vol. 32, n° 5, pp. 927-957.

— (1984), *L'Arbre et le fruit. La naissance dans l'Occident moderne (XVIIe-XIXe siècle)*, Paris, Fayard.

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

GOBET Pierre (2002), *La Construction sociale de l'activité soignante. Des soins confessionnels aux soins subsidiaires*, Lausanne, Réalités Sociales.

HELLER Geneviève PAHUD Claude, BROSSY Pierre, AVVANZINO Pierre (2004), *La Passion d'éduquer. Genèse de l'éducation spécialisée en Suisse romande, 1954-1964*, Lausanne, Les Cahiers de l'éésp.

INGOLD Marianne (1994), *Historische Aspekte der Geburt in der Schweiz im 20. Jahrhundert. Schwerpunkt 50er und 60er Jahre*, Lizentiatsarbeit, Philosophische Fakultät der Universität Zürich, Historisches Seminar, 227 p.

JACQUES Béatrice (2007), *Sociologie de l'accouchement*, Paris, PUF.

JAUBERT Marie-José (1979), *Les Bateleurs du mal-joli. Le mythe de l'accouchement sans douleur*, Paris, Éditions Balland.

LUDWIG H. (2004), «Hubert de Watteville (1907-1984) und die Gründung der FIGO (1954)», *Gynäkologie*, vol. 37, n° 4, pp. 373-376.

MASSON Frédéric (2001), *L'Evolution des conditions de travail des infirmières en Suisse, pendant la première moitié du XXe siècle, avec une attention particulière aux contributions de l'école La Source et des Sourciennes*, Lausanne, Université de Lausanne (mémoire de licence en lettres, Section d'histoire), 188 p.

PERNICK Martin S. (1985), *A Calculus of Suffering. Pain, Professionalism, and Anesthesia in Nineteenth-Century America*, New York, Columbia University Press.

PETITAT André (1994), «La profession infirmière. Un siècle de mutation», in Pierre AÏACH et Didier FASSIN (Dir.), *Les Métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Anthropos-Economica, pp. 227-259.

REY Roselyne (1993), *Histoire de la douleur*, Paris, La Découverte.

RIEDER Philip (Dir.) (2007), *A l'orée de la vie. Cent ans de gynécologie et d'obstétrique à la Maternité de Genève*, Genève, Maternité de Genève, HUG; Chêne-Bourg, Médecine et Hygiène.

SCHWAB Patrick, ZWIMPFER Agnes (2007), *Mettre au monde dans les hôpitaux de Suisse. Séjours hospitaliers durant la grossesse et accouchements*, Neuchâtel, Office fédéral de la statistique (OFS).

TANNER Martine (2001), *Début d'une profession : obstétrique et formation des sages-femmes dans le Pays de Vaud au 18^{ème} siècle*, Lausanne, Université de Lausanne (thèse de doctorat, Faculté de médecine), 178 p.

VILAIN Annick, PERETTI Christine de, HERBET Jean-Baptiste, BLONDEL Béatrice (2005), «La situation périnatale en France en 2003. Premiers résultats de l'Enquête nationale périnatale», *Etudes et Résultats (DREES)*, n° 383, 7 p.

VUILLE Marilène (2005), «Le militantisme en faveur de l'Accouchement Sans Douleur», *Nouvelles Questions Féministes*, vol. 24, n° 3, pp. 50-67.

— (2008), «Le travail de mise au monde», in Magdalena ROSENDE, Natalie BENELLI (Dir.), *Laboratoires du travail*, Lausanne, Antipodes, pp. 67-79.

ZÜRCHER Ursula (1994), «L'évolution de l'Association Suisse des Sages-Femmes», in ASSF / SHV, *100 Jahre Schweizerischer Hebammenverband / 100 ans de l'Association suisse*

des sages-femmes. 1894-1994, Berne, Schweizerischer Hebammen-Verband, pp. 17-50.

ACRONYMES

Officiels et utilisés dans ce rapport :

ACV	Archives cantonales vaudoises (Lausanne)
AGPPO	Association genevoise de préparation psychoprophylactique à l'accouchement (1966-1992)
ASF	Alliance de sociétés féminines suisses (depuis 1955)
ASID	Association suisse d'infirmières et d'infirmiers diplômés
ASSF	Association suisse des sages-femmes
ASD	Accouchement sans douleur
CGT	Confédération générale du travail
CHUV	Centre hospitalier universitaire vaudois (Lausanne)
CRS	Croix-Rouge suisse
FIGO	Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (fondée en 1954)
FSSF	Fédération suisse des sages-femmes
HELS	Haute école de la santé La Source (Lausanne)
HUG	Hôpitaux universitaires genevois (Genève)
ICM	International confederation of midwives - (Con)fédération internationale des sages-femmes
JSF	Journal de la sage-femme
LAMA	Loi fédérale sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents (entrée en vigueur en 1912; première révision entrée en vigueur en 1965)
MPP	Méthode psycho-prophylactique
PCF	Parti communiste français
PPO	Psychoprophylaxie obstétricale
RéSaR	Réseau d'études appliquées des pratiques de santé, de réadaptation et de ré/insertion (Genève)
RMSR	Revue médicale de la Suisse romande
SIPPO	Société internationale de psychoprophylaxie obstétricale (fondée en 1959)
SSSF	Société suisse des sages-femmes (1894-1954)
SVM	Société vaudoise de médecine
UFM	Union fraternelle des métallurgistes (branche du syndicat CGT)
VESKA	Verband schweizerischer Krankenanstalten / Association suisse des établissements hospitaliers

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
PRESENTATION DE LA RECHERCHE	1
L'OBJECTIF ET LES QUESTIONS DE DEPART	1
LES SOURCES ET LEUR TRAITEMENT.....	3
AXES D'ANALYSE ET PRINCIPAUX RESULTATS	5
PARTIE I : LA PROFESSION DE SAGE-FEMME : CONDITIONS D'EMERGENCE ET SITUATION AU MILIEU DES ANNEES 1950	8
LA PROFESSION DE SAGE-FEMME : UNE NAISSANCE SOUS TUTELLE	8
<i>La motivation de former des sages-femmes.....</i>	8
<i>Un encadrement médical et étatique</i>	10
LA FORMATION PROFESSIONNELLE AU DEBUT DES ANNEES CINQUANTE.....	13
LES CONDITIONS DE TRAVAIL	15
LES ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES ET LEUR ACTION	24
<i>L'organe faîtier des sages-femmes suisses</i>	24
<i>La section vaudoise et les autres sections romandes</i>	26
<i>La section vaudoise au milieu du XXe siècle.....</i>	28
<i>Le poids des associations de sages-femmes</i>	29
PARTIE II : L'IMPLANTATION DE LA PPO.....	32
L'ACCOUCHEMENT SANS DOULEUR (ASD) PAR LA PSYCHOPROPHYLAXIE OBSTETRICALE (PPO) EN BREF	32
LA DIFFUSION DE LA PPO.....	34
<i>L'entrée de l'ASD par la PPO dans la presse médicale</i>	34
<i>Diversité des publications et autres moyens de diffusion.....</i>	34
<i>La réception en Suisse romande.....</i>	36
L'ACCUEIL DE L'ASD PAR LES SAGES-FEMMES.....	39
<i>L'attitude face à la douleur et aux moyens de l'atténuer.....</i>	39
<i>Silence, on souffre.....</i>	42
<i>L'accueil de l'ASD par les sages-femmes vaudoises.....</i>	44
1955-1975 : LE REGNE DE LA PPO	45
<i>La PPO sous le contrôle des médecins.....</i>	45
<i>Transfert de la PPO aux sages-femmes.....</i>	50
L'ASD PAR LA PPO REVALORISE-T-IL LA PROFESSION DE SAGE-FEMME ?.....	53
<i>Une opposition entre travail technique et travail d'accompagnement.....</i>	54
<i>Une nouvelle possibilité d'orientation professionnelle</i>	57
<i>L'exception genevoise</i>	62
1975-1990 : L'ECLATEMENT DE LA PPO	64
<i>La diversification des types de «préparation»</i>	64
<i>L'avènement de la péridurale</i>	67
CONCLUSION	70
ANNEXES	73

ANNEXE 1 : ECHANGE DE CORRESPONDANCE ENTRE LA SECTION VAUDOISE DE L'ASSOCIATION SUISSE DES SAGES-FEMMES, ET LE DR GALLANDAT, MEDECIN CANTONAL	73
ANNEXE 2 : BUTS DE LA SSSF / ASSF / FSSF	74
SOURCES ET BIBLIOGRAPHIE	77
SOURCES.....	77
<i>Ouvrages et articles publiés</i>	77
<i>Témoignages</i>	77
<i>Autres sources publiées (références citées seulement)</i>	78
LITTERATURE SECONDAIRE (REFERENCES CITEES SEULEMENT)	79
ACRONYMES.....	83
TABLE DES MATIERES	84