

Mémoire pour obtenir le
Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Présenté et soutenu

le : 9 avril 2020

par

Jeanne DANGUY DES DÉSERTS

Née le 10 janvier 1996

**Le rôle de la sage-femme dans la prise
en charge des causes de mortalité
infantile entre 1870 et 1914 en France**

DIRECTEUR DU MEMOIRE :

M. GÉLIS Jacques

Historien, Maître de conférences à l'Université Paris VIII

JURY :

Mme SAUVEGRAIN Priscille

Sage-femme, sociologue et chercheure

Mme RIVIÈRE Michèle

Directrice des écoles de sages-femmes de Paris

Mme LE DU Maï

Sage-femme, secrétaire de la société de l'histoire de la naissance

Mémoire n° 2020PA05MA12

Remerciements

À Monsieur Jacques Gélis,
pour la direction de ce mémoire et son aide précieuse en sa qualité d'historien,

À Madame Élisabeth Lyonnais,
dont le mémoire a inspiré mon travail, pour sa gentillesse et sa disponibilité,

À l'équipe pédagogique de l'école de sages-femmes Baudelocque,
et tout spécialement à Monsieur Bertho qui a été si bienveillant tout au long de ces quatre années,
et à Madame Duquenois pour son aide à l'occasion des relectures,

À tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à faire de moi une sage-femme de demain !

Résumé

Le rôle de la sage-femme dans la prise en charge des causes de mortalité infantile entre 1870 et 1914 en France

Les sages-femmes ont toujours été des actrices incontournables de la naissance. Les années 1870 à 1914 en France, marquées par des transformations aussi bien politiques, que scientifiques, sociales et démographiques, leur ont donné une place de choix, notamment dans la gestion des causes de la mortalité maternelle – thème abordé dans le mémoire d'Élisabeth Lyonnais – et de la mortalité infantile. Au début de cette période, le taux de mortalité infantile en France s'élève à 170‰, alors qu'à la veille de la Grande Guerre, soit deux générations plus tard, il n'atteint pas 115‰. Le *Journal des sages-femmes* permet d'identifier leur rôle auprès des enfants au moment de la naissance, ainsi que dans leur première année de vie. En étroite collaboration avec les institutions protectrices de l'enfance et les médecins, les sages-femmes s'intéressèrent aux différents moyens de faire décliner la mortalité infantile. Elles apportèrent une contribution de premier plan grâce à leur formation professionnelle, adoptant des mesures de prévention, assurant les soins au nouveau-né, et se mobilisant pour vacciner et promouvoir l'allaitement maternel.

Mots-clés : mortalité infantile, protection infantile, sages-femmes, allaitement maternel, hygiène, vaccination.

Abstract

The role of the midwife in the care of the causes of child mortality between 1870 and 1914 in France

Midwives have always acted as essential people in the newborn care issue. In France from 1870 to 1914 political, scientific, social and demographical changes have given the midwives a prominent place especially in the management of the causes of child and maternal mortality, tackled issue in the thesis by Elisabeth Lyonnais. At the beginning of this period the child mortality ratio in France reached 170‰ and near to 115‰ on the eve of the First World War that is two generations later.

The *Journal des sages-femmes* allows us to see the part they played with the children from birth up to their first year of life. In close collaboration with the doctors and the institutions for the protection of youth, the midwives were involved in the various means used to make child mortality decrease. They provided a leading role thanks to their vocational training, taking prevention measures, giving newborn care, taking action towards vaccination, and promoting breastfeeding.

Keywords : infant mortality, child protection, midwives, breast feeding, hygiene, vaccination

Table des matières

Remerciements.....	2
Résumé.....	3
Abstract.....	4
Liste des annexes.....	7
Introduction.....	8
<i>Justification de l'étude</i>	8
<i>Le cadre général</i>	8
<i>L'évolution de la mortalité infantile</i>	9
Matériel et méthode.....	10
<i>Objectifs</i>	10
<i>Hypothèses</i>	10
<i>Revue de la littérature</i>	11
Exposé critique des sources.....	11
<i>Le Journal des Sages-Femmes</i>	12
Quelques sources complémentaires	13
Méthodologie employée	13
Première partie : La France, de 1870 à 1914	14
<i>I - Une période de transition</i>	14
1 - La guerre de 1870 et le siège de Paris.....	14
2 - L'humiliation de la défaite et les débuts de la IIIe République	14
3 - Une économie et une société en pleine mutation	15
<i>II - Un environnement médical en pleine transformation</i>	18
1 - La révolution pastoriennne.....	18
2 - Ses prolongements législatifs et réglementaires.....	18
3 - Les services de santé en France	19
<i>III - Une forte mortalité infantile</i>	20
1 - Ses causes.....	20
2 - Des taux hétérogènes	22
Deuxième partie : Lorsque l'enfant paraît	24
<i>I - Les sages-femmes</i>	24
1 - Des professionnelles de la naissance.....	24
2 - Leur place dans le monde médical	27
<i>II - La naissance de l'enfant au péril de sa vie</i>	30
1 - La société et la mort des nouveau-nés	30

2 - L'enfantement	31
3 - L'abandon.....	32
<i>III - Les prémices de la médecine néonatale</i>	<i>34</i>
1 - La puériculture intra-utérine.....	34
2 - La stratégie prophylactique	34
3 - Quand l'enfant naît trop faible	36
Troisième partie : La petite enfance	40
<i>I - Les débuts de la pédiatrie</i>	<i>40</i>
1 - Un nouvel intérêt médical pour l'enfant.....	40
2 - L'étude des pathologies pédiatriques.....	41
3 - La vaccine.....	42
<i>II - La protection sociale de l'enfant</i>	<i>45</i>
1 - Les œuvres de protection de l'enfant	45
2 - Les congrès : une réflexion collégiale	46
3 - Une législation spécifique.....	46
<i>III - L'élevage des enfants.....</i>	<i>48</i>
1 - Les nourrir	48
2 - Le sevrage précoce.....	55
3 - Leur santé.....	55
Conclusion	58
Bibliographie	59
Annexes	73

Liste des annexes

Annexe 1 : La mortalité infantile totale en France de 1855 à 1913.....	74
Annexe 2 : La loi du 23 décembre 1874, dite loi Roussel.....	75
Annexe 3 : Le régime des nourrices.....	77
Annexe 4 : Le tube laryngien de Ribemont.....	78
Annexe 5 : Le biberon Robert.....	79
Annexe 6 : « Une » du Journal des sages-femmes.....	80

Introduction

Justification de l'étude

Parce qu'elle se trouve face au nouveau-né qu'elle recueille dans ses mains, la sage-femme est placée aux origines de la vie, à ses mystères. À ce titre, peut-être plus que dans toute autre profession, elle s'interroge sur son rôle. Et lorsque par malheur la mère ou l'enfant vient à mourir pendant ou juste après l'accouchement, elle ne peut être indifférente à cette aberration, au drame qui s'est joué.

Il est alors assez naturel d'examiner dans un passé pas si lointain le rôle de la sage-femme dans la prise en charge des causes de mortalité maternelle : c'est ce qu'Élisabeth Lyonnais a étudié dans son mémoire qui concerne la période 1870-1914 (1). Ici, nous tentons de faire l'étude complémentaire, cette fois-ci dans la prise en charge des causes de mortalité infantile par ces mêmes sages-femmes. Par conséquent, ce travail complète le précédent.

Le cadre général

Sur le plan politique, la III^e République s'installe et se construit mais connaît plusieurs crises, qu'elles soient politiques ou sociales. C'est aussi une période d'affrontements entre l'État et l'Église autour de la question de la laïcité.

La vie économique est en plein bouleversement avec la révolution industrielle et ses conséquences sur la société, les modes de vie et la répartition de la population, de plus en plus citadine.

Les progrès scientifiques et techniques touchent tous les secteurs, en particulier le monde médical. C'est le développement de l'obstétrique et de la gynécologie, et les débuts de la puériculture et de la pédiatrie. Une réelle prise de conscience de l'importance de la bonne santé des enfants s'affirme alors : la puériculture devient une discipline scolaire (2) et le marché de la puériculture s'étend dès la fin du XIX^e siècle (3).

Entre la seconde moitié du XVIII^e siècle, où Angélique Marguerite Le Boursier du Coudray sillonnait les routes de France pour instruire les futures sages-femmes de campagne, et la seconde moitié du XX^e siècle où les sages-femmes diplômées travaillent en majorité à l'hôpital, les années allant de 1870 à 1914 constituent une véritable période de transition dans la profession (4).

L'évolution de la mortalité infantile

En préalable à l'objet de notre recherche, il convient de préciser le sens de plusieurs notions et expressions. On entend par mortalité infantile les décès d'enfants de moins d'un an. Sur le plan statistique on emploie le taux de mortalité infantile qui est le nombre d'enfants morts avant leur premier anniversaire, rapporté à 1 000 naissances vivantes. D'autre part, dans la mortalité infantile, on distingue la mortalité endogène qui trouve ses causes pendant la grossesse ou l'accouchement, et la mortalité exogène due à des événements postérieurs à la naissance (5).

La période d'étude choisie (1870-1914) correspond à des années où la mortalité infantile, aussi bien endogène qu'exogène, décline (6) (Annexe 1) ; en effet, dans les années 1870, la mortalité infantile atteint 170‰ alors qu'à la veille du premier conflit mondial elle descend à 111‰. Le taux de mortalité infantile exogène a mis plus de temps à diminuer que celui de la mortalité endogène, reflet de la situation sanitaire de la population générale, et de celle des femmes en particulier. L'étude des données chiffrées de l'ensemble du territoire français révèle de fortes disparités régionales (5).

Rappelons qu'à cette époque, la fièvre puerpérale fait des ravages parmi les mères dans les hôpitaux, et qu'à Port-Royal dans les années 1860, jusqu'à 15% des mères périssent en couches (7).

La diminution de la mortalité infantile commence à la fin du XIXe siècle dans une France qui compte davantage de sages-femmes, plus sérieusement formées qu'auparavant ; nous avons voulu savoir si le recul de cette mortalité pouvait s'expliquer par le rôle qu'elles jouaient dans le champ de la naissance entre 1870 et 1914.

Matériel et méthode

Les questions de recherche que nous nous sommes posées portent essentiellement sur le rôle des sages-femmes dans le déclin de la mortalité infantile entre 1870 et 1914, sur leurs compétences médicales au service de la périnatalité, sur le contexte médico-social dans lequel elles travaillent, sur les mesures adoptées pour préserver la santé infantile et sur le rôle qu'elles ont joué dans la lutte pour la survie des enfants. La problématique associée à cette question de recherche et ayant orienté nos lectures est la suivante : quel rôle les sages-femmes ont-elles joué dans le déclin de la mortalité infantile en France de 1870 à 1914 ?

Objectifs

Les objectifs que nous nous sommes fixés pour organiser notre réflexion sont les suivants.

Tout d'abord dresser le portrait des sages-femmes des années 1870 à 1914 et ainsi comprendre l'état de leurs connaissances et leur place dans la société.

Ensuite démontrer qu'au cours de cette période les sages-femmes savent écarter l'enfant de certains dangers liés à sa naissance.

Et enfin montrer que les sages-femmes font aussi de la première enfance une de leurs priorités.

Hypothèses

Les hypothèses mises en relation avec les objectifs sont les suivantes.

Tout d'abord les sages-femmes sont nombreuses à recevoir dès cette époque une formation reconnue, et à acquérir un savoir médical de qualité au service de la mère et de l'enfant.

Ensuite les sages-femmes permettent ainsi aux mères de donner naissance à des enfants en meilleure santé et dans les meilleures conditions possibles, notamment en matière d'hygiène.

Enfin les sages-femmes de l'époque jouent un rôle majeur dans la protection de la première enfance.

Revue de la littérature

Exposé critique des sources

L'étude de la mortalité infantile pose l'inévitable question du recensement exhaustif des enfants morts pendant leur première année de vie, et des conditions dans lesquelles il était effectué. La difficulté principale concerne l'enregistrement des enfants mort-nés, car bien longtemps le fœtus mort dans le sein de sa mère, le fœtus né non viable, et l'enfant mort pendant les premières heures étaient regroupés dans cette unique catégorie statistique (8). La mortinatalité concernant les enfants qui sont nés morts après six mois de gestation, elle n'entre pas dans la catégorie de la mortalité infantile (9).

En outre, sous l'Ancien Régime, les enfants n'existaient civilement que grâce aux registres paroissiaux dans lesquels leur baptême était consigné (10) ; ceux qui mouraient sans l'avoir reçu étaient ondoyés et en fait non-inscrits. En 1804 le Code Napoléon stipule que la naissance de l'enfant doit être déclarée à la mairie dans les trois jours qui la suivent, avec mention de la notion de viabilité pour des questions évidentes d'héritage et de succession selon que l'enfant a ou n'a pas vécu (8). Il y avait très souvent un retard à la déclaration, car les familles avaient sans doute peur pour la santé de leur nouveau-né et ne sortaient pas de chez elles dans les jours suivant la naissance à une époque où il fallait présenter l'enfant à l'état civil. Ainsi la part des enfants nés vivants mais morts avant déclaration a entraîné la création d'une nouvelle catégorie, celle des *faux mort-nés*. L'enfant ayant vécu mais présenté mort était hélas inscrit sur le registre des décès et non dans celui des naissances. La part des faux mort-nés est plus faible dans les institutions, 33%, et plus forte à domicile, 61%, (10) car les parents trouvaient leur intérêt spirituel à ce que leur enfant ait vécu, ayant ainsi pu recevoir le baptême. La mortalité infantile endogène est donc sous-estimée puisque 30% des enfants ayant respiré mais déclarés après décès sont enregistrés dans le registre des décès avec les vrais mort-nés (11). Pour distinguer les *faux mort-nés* des *enfants présentés sans vie à la déclaration*, un décret de 1806 crée cette nouvelle catégorie, semant le trouble parmi les statisticiens. Depuis 1853 des statistiques selon l'âge de décès d'enfants de moins d'un an sont publiées (11), permettant de repérer des tendances et des ruptures accidentelles.

Dans le but de prévenir les actes criminels et les infanticides (8), l'enregistrement des enfants mort-nés s'organise avec la mise en place de la constatation du décès de l'enfant par un officier d'état civil ; cependant ces données restent peu fiables (10). Dès 1850, les constatations de naissances doivent être faites à domicile et en 1891 c'est une habitude bien installée.

Ainsi, il est assez clair que la catégorie statistique de notre population d'étude est loin d'avoir été immuable. D'autre part, la science statistique est débutante ; et même si une grande partie des remaniements législatifs a été faite avant notre période d'intérêt, les chiffres qui suivront devront être considérés avec une certaine précaution...

Le Journal des Sages-Femmes

L'étude historique a fait privilégier une publication essentielle pour la diffusion du savoir : le principal journal alors de la profession, le *Journal des sages-femmes*. Bimensuel édité le 1^{er} et le 16 de chaque mois, il paraît du 16 novembre 1873 au 16 juillet 1914, et comporte huit pages dont pratiquement deux de réclames en rapport avec la naissance. Ses bureaux sont situés à Paris, et sa manchette indique le nom du rédacteur en chef, Hector Fontan, et de l'administrateur-gérant, Louis de Veyran. L'abonnement pour un an en France coûte huit francs, cinq francs pour six mois, et pour la Belgique et la Suisse il est de neuf francs par an et de cinq francs cinquante pour un semestre ; cette vente à l'étranger traduit une certaine notoriété et une volonté de toucher les sages-femmes francophones. Quant au tirage, au nombre d'abonnements souscrits, au lectorat réel du *Journal des sages-femmes*, il n'a pas été possible de trouver les informations recherchées.

Dans le premier numéro, l'administrateur-gérant s'adresse à ses *lectrices* et, étant donné le titre du journal, le lectorat recherché est l'ensemble des sages-femmes. Dans ce même numéro, la création de ce périodique est justifiée par la nécessité de lutter contre l'ignorance en donnant un accès aisé aux informations médicales utiles aux sages-femmes ne pouvant pas toujours se procurer les ouvrages récemment publiés. Les auteurs des différents articles sont majoritairement des médecins ; mais les sages-femmes en rédigent certains, portant aussi bien sur l'obstétrique que sur les enfants. La sage-femme y est présentée comme le personnel médical central de la naissance : « seule [elle] conserve son sang-froid, donne des ordres, des conseils, indique les premiers soins dont il faut entourer le nouveau-né, soins si importants qu'ils ont une influence immense sur le reste de la vie ». L'administrateur-gérant annonce ensuite le sommaire générique de sa publication bimensuelle et on remarque qu'il cherche à aborder tous les sujets rattachés à la profession et nécessaires à de bonnes pratiques :

« Une chronique obstétricale ;
Des articles bibliographiques résumant les ouvrages les plus importants sur l'art des accouchements ;
Une revue des journaux de médecine ;
Un memento ou guide pratique de la sage-femme ;
Des correspondances de province ;
Le compte rendu de visites faites aux différents hôpitaux d'accouchements ;
Des biographies sur les sages-femmes célèbres ;
Les procès importants dans lesquels les sages-femmes auront pu être mêlées ;
De nombreux articles sur toutes les questions qui touchent à la première enfance, à la lactation, etc. ;
L'histoire de l'art de l'accouchement depuis l'antiquité jusqu'à nos jours, etc., etc. » (12)

Ainsi, le *Journal des sages-femmes* est vecteur de diffusion : diffusion des connaissances hautement nécessaires au lectorat, qu'elles soient législatives, médicales ou judiciaires, pratiques avec des rapports de visites et des témoignages régionaux, ou plus secondaires car historiques, ou encore commerciales avec des réclames.

Quelques sources complémentaires

Afin d'approfondir les notions abordées dans le *Journal des sages-femmes*, nous avons consulté d'autres sources traitant de la mortalité infantile, de la réanimation néonatale, de l'alimentation, de l'hygiène et de la petite enfance en général, pour la même époque étudiée.

L'étude des dispositifs mis en place dans le cadre d'une politique générale de protection de l'enfance a fait partie intégrante du recueil de données. En effet, à l'étude des documents concernant la médecine de la petite enfance, il nous semblait indispensable d'évoquer le cadre législatif et social correspondant, qu'il s'agisse de la loi Roussel du 23 décembre 1874, de la loi de protection des enfants maltraités et moralement abandonnés, du service des enfants assistés (13), de la Ligue contre la mortalité infantile, ou encore de l'Alliance pour l'accroissement de la population française (14). Et cette liste est loin d'être exhaustive.

Méthodologie employée

Concernant le *Journal des sages-femmes*, les numéros sont consultables sur place à la Bibliothèque interuniversitaire de Santé rue de l'École de Médecine à Paris ou bien à la Bibliothèque de l'Académie Nationale de Médecine rue Bonaparte, puisque cette publication n'est que très partiellement numérisée.

Conformément aux modalités prévues, nous avons exploité le contenu de l'intégralité des numéros d'une année entière sur trois afin de pouvoir prendre connaissance des dossiers progressifs d'un mois sur l'autre. Cela a permis d'apprécier le contexte médical général de l'époque concernant la petite enfance et ainsi de mieux comprendre l'environnement dans lequel travaillaient les sages-femmes. Les articles intéressant la périnatalité et la profession de sage-femme ont été lus, annotés, et classés par thèmes : l'alimentation et la mise en nourrice, la pathologie pédiatrique, la réanimation néonatale, l'hygiène, la vaccination, la formation des sages-femmes et le contexte médico-social de l'enfance. Les articles historiques et les extraits d'ouvrages faisant référence à ces thèmes ont été annotés, lus et fichés afin de les mettre en relation avec les réflexions issues du *Journal des sages-femmes*.

Dans un second temps, après avoir identifié les thèmes prédominants évoqués ci-dessus, nous avons pris connaissance de l'intégralité des sommaires du *Journal des sages-femmes* afin d'apprécier l'évolution du volume des articles traitant de la pédiatrie tout au long de la publication.

Première partie : La France, de 1870 à 1914

I – Une période de transition

1 – La guerre de 1870 et le siège de Paris

En juillet 1870 le gouvernement français déclare la guerre à la Prusse, mais début septembre, Napoléon III est fait prisonnier à Sedan et les armées françaises s'en trouvent désorganisées. Le 4 septembre, les républicains s'emparent du pouvoir, abolissent l'Empire et proclament la République. La guerre se poursuit et le gouvernement de la Défense Nationale organise la protection de Paris (15). Dès la fin du mois de septembre 1870, Paris est assiégé par les armées prussiennes (16). La signature de l'armistice le 16 janvier 1871 met fin au siège de Paris ; la France est vaincue.

2 – L'humiliation de la défaite et les débuts de la IIIe République

Au début des années 1870 en France, la IIIe République s'installe non sans difficulté, prenant la place du Second Empire. La France a été vaincue et la défaite est humiliante : il y a eu la capture de Napoléon III à Sedan, l'invasion partielle du territoire français et le siège de Paris ; suivent les négociations de paix qui aboutissent à la signature du traité de Francfort, privant la France de deux provinces, l'Alsace et la Moselle. Enfin, l'Empire Allemand est proclamé dans la Galerie des glaces du château de Versailles. Cette défaite aura une incidence capitale sur la politique démographique de l'État. Des Parisiens, humiliés par la défaite et animés d'un nouvel esprit révolutionnaire, organisent la Commune de Paris qui prend les apparences d'une guerre civile, donnant lieu à des combats parfois sanglants (15).

En 1873 le Président Adolphe Thiers démissionne et les légitimistes tentent sans succès de restaurer la monarchie. Les lois constitutionnelles de la IIIe République sont finalement votées en 1875 et plusieurs crises sérieuses vont perturber un équilibre incertain : la crise boulangiste 1887-1889, la crise anarchiste de 1894, l'affaire Dreyfus 1897-1899, l'affaire des fiches 1900-1904. Ces années sont aussi marquées par un affrontement opposant l'État et l'Église autour du rôle dévolu à chacun, qui trouvera son apogée à l'occasion de la Loi de séparation en 1905.

3 – Une économie et une société en pleine mutation

3.1 – L’industrialisation progressive

De 1896 à 1914, c’est la *Belle époque* (16). La France est alors en pleine modernisation, ses productions augmentent dans tous les secteurs – commerce, machinisme, transports, agriculture – mais la crise bancaire de 1882 ralentit cette croissance jusqu’à la fin de la décennie. Avec la loi du 11 janvier 1892 rétablissant le protectionnisme, la France permet aux producteurs de s’organiser et de s’affranchir de toute concurrence (15).

3.2 – La faiblesse démographique

En France, le recensement de la population française tous les cinq ans depuis 1801 permet d’avoir une lecture continue de sa démographie. Ainsi, en 1872 la France compte 36 000 000 d’habitants, et seulement 39 600 000 en 1913 ; cette augmentation, très modeste par rapport à celle des pays voisins, est principalement due à l’augmentation de la durée de la vie et à l’immigration (16), et pas à l’accroissement naturel. En effet, le taux de natalité est le plus bas d’Europe pendant tout le XIXe siècle. Ce sont des comportements malthusiens qui expliquent le fléchissement du nombre d’enfants par femme sous la IIIe République. À Paris en 1860 le nombre moyen d’enfants par femme est de 3,2 ; il chute à 2,1 en 1901 – on parle de « malthusianisme bourgeois » (17). Les agriculteurs ont tendance à avoir moins d’enfants que les ouvriers car ils refusent l’idée d’un partage de leurs terres après leur mort entre des héritiers trop nombreux. En 1913 en France, le nombre d’enfants par femme est de 2. Les régions d’obédience catholique – Bretagne, Nord, sud-est du Massif-Central – sont moins touchées par ce déclin de la natalité (18) ; de même, la banlieue parisienne connaît une fécondité élevée (19).

C’est la mortalité qui va modifier la situation démographique de la France. Son taux moyen chute de 224‰ à 177‰ entre la fin du XIXe siècle et le début du XXe grâce aux progrès de l’hygiène et de l’asepsie, à la médecine pasteurienne, à l’amélioration du niveau de vie et de l’alimentation, à la vaccination, d’où l’augmentation de l’espérance de vie (16).

Ainsi le paysage démographique sous la IIIe République est nouveau, et on assiste parallèlement à un nouvel intérêt porté à l’enfant (20). La loi Roussel (Annexe 2) promulguée en 1874 traduit très clairement la préoccupation démographique du gouvernement et marque le début d’une prise de conscience nationale quant à la nécessaire protection infantile. Puis des institutions sont fondées dont l’objectif est soit de restaurer la natalité française, soit de faire baisser la mortalité infantile pour que la France, devenue puissance économique, politique et militaire, soit une puissance démographique. Il s’agit notamment de l’Alliance pour l’accroissement de la population française fondée en 1896 ou encore de la Ligue contre la mortalité infantile en 1902.

3.3 – Les progrès scientifiques et techniques

Les recherches scientifiques du XIX^e siècle permettent de faire de rapides progrès en ingénierie et en technique, et révolutionnent tous les secteurs de la vie quotidienne : l'énergie, les transports et les communications, la médecine et la santé. Quelques découvertes et inventions remarquables jalonnent la fin du XIX^e siècle et le début du XX^e ; par exemple le téléphone en 1876, la lampe électrique en 1879, ou encore la traversée par avion de la Manche en 1909 (16).

Les progrès de la biologie et de la médecine furent tout aussi remarquables. L'expérimentation comme méthode scientifique a permis de remplacer l'empirisme traditionnel grâce à Claude Bernard (1813-1878). Quant à Louis Pasteur (1822-1895) qui découvre la destruction des microbes par la chaleur, il est à l'origine de cette révolution pastoriennne qui a profondément restructuré la médecine et la société. Sur le plan obstétrical et pédiatrique, la période est celle des découvertes concernant l'embryologie, l'endocrinologie sexuelle, et l'anatomie pathologique (21) ; et c'est ainsi qu'Élisabeth Lyonnais a montré dans sa recherche couvrant la même période que les sages-femmes avaient été des actrices essentielles dans la gestion des causes de mortalité maternelle – fièvres puerpérales, dystocies, hémorragies, prééclampsie – grâce à leur formation et leur rôle de prévention (1). La puériculture et la pédiatrie firent également d'importants progrès depuis le milieu du XVIII^e siècle ; la pédiatrie devint une spécialité médicale en 1872 (22). Dans le même ordre d'idées, des médecins s'intéressent à la médecine périnatale : pathologie embryonnaire, fœtale, soins prénatals, postnatals (23).

3.4 – Une nouvelle société

L'industrialisation modifie la société en profondeur ; c'est la grande époque de l'exode rural, les villes se développent, mais l'urbanisation s'accompagne d'une détérioration des conditions de vie pour les plus pauvres et en particulier pour la population ouvrière en pleine expansion. Cependant en moyenne, la fin du XIX^e siècle est marquée par une amélioration des niveaux de vie et donc de l'espérance de vie : en 1870 une femme peut espérer vivre 37 ans, et 55 en 1914. Un homme né en 1870 peut espérer vivre en moyenne jusqu'à 33 ans, et jusqu'à 50 ans en 1914 (24). L'amélioration des conditions de vie et la lutte contre les maladies infectieuses réduisent la mortalité infantile (25).

De façon générale, l'instruction de la mère et du père ainsi que la catégorie socioprofessionnelle du foyer sont des facteurs discriminants en matière de mortalité des enfants et d'espérance de vie.

3.5 – Les congrégations religieuses et la santé maternelle et infantile

Avec la III^e République, l'État a l'ambition de se substituer aux congrégations dans leur œuvre sociale ; on peut parler de laïcisation progressive du secteur de la santé, alors service largement pris en charge par les congrégations soignantes. L'État les décharge de leurs œuvres de charité en donnant à l'Assistance publique davantage de personnel qualifié.

Dans la période étudiée, il existe au moins trois congrégations féminines s'occupant de la mère et de l'enfant : les Sœurs de la Charité Maternelle de Metz, qui créent à Paris une *antenne*, devenue quelques temps plus tard les Sœurs de l'Assistance maternelle, et les Petites sœurs de l'Assomption (26). Toutes ont un service de maternité, donc des sages-femmes. Mais celles-ci ont-elles suivi une formation ? Voilà qui reste à étudier.

II – Un environnement médical en pleine transformation

1 – La révolution pastorienne

Dès les années 1860, le chimiste Pasteur définit les bases de l'hygiène, en vantant l'usage de toutes ses mesures permettant d'empêcher l'introduction de microbes, c'est-à-dire l'asepsie. Il met au point la pasteurisation dans le cadre de ses travaux concernant les maladies du vin, en chauffant ce dernier jusqu'à 60°C. Un peu plus tard, l'étude de la maladie des vers à soie lui permet d'identifier la contagion comme moyen de dissémination d'une pathologie : c'est le début de l'étude des maladies infectieuses. Pasteur découvre entre autres le staphylocoque, le streptocoque et le pneumocoque. Il met au point l'atténuation de la virulence des microbes : le vaccin contre le choléra des poules est mis au point en 1878, celui contre le charbon des moutons en 1881. Il fonde l'immunologie, et en 1885 Joseph Meister est le premier sujet vacciné contre la rage.

Dès 1888 le premier Institut Pasteur est inauguré à Paris, puis d'autres sont construits en France et dans les colonies (27). Le mouvement hygiéniste prend alors une ampleur considérable. Émile Roux, troisième directeur de l'Institut Pasteur, déclare en 1907 que « les parties de la médecine qui s'occupent des femmes en couches et des enfants nouveau-nés, sont peut-être celles qui ont le plus rapidement profité des découvertes de Pasteur » (28).

2 – Ses prolongements législatifs et réglementaires

Les travaux de Pasteur ont eu une importante répercussion sur la gestion de la santé publique en France. En effet la III^e République marque un tournant dans ce domaine, avec de nombreuses lois concernant entre autres l'assistance et la santé publique, l'hygiène et la sécurité.

La loi de février 1902 est le « texte fondateur de la santé publique française » (29). Cette loi aborde à travers trente-quatre articles plusieurs aspects de la santé publique en donnant à certaines collectivités des responsabilités dans ce domaine. Aux municipalités revient la création obligatoire de bureaux communaux d'hygiène, le premier ayant ouvert au Havre en 1879, la protection de la santé dans la commune avec la désinfection des lieux et objets souillés, et la délivrance de permis de construire conformes aux normes de salubrité. Le conseil départemental d'hygiène a la responsabilité de la gestion de l'eau potable et des eaux usées. Enfin, cette loi prévoit la vaccination antivariolique obligatoire des enfants de moins d'un an ainsi que son rappel (30). Le but de cette loi est notamment d'endiguer les épidémies de maladies infectieuses qui se répandent là où les habitants sont confinés dans des logements insalubres (31). Dans la même idée, le professeur Parrot, des Enfants Assistés à Paris, réduit le nombre de berceaux par pièce à quatre-vingt-cinq, repense le couchage des nouveau-nés,

augmente le nombre de professionnels, et favorise la promotion de l'allaitement maternel en recrutant davantage de nourrices engagées à domicile (32).

Une loi d'avril 1910 finira par interdire l'usage des biberons à tuyaux, vecteurs de nombreux germes et à l'origine de la mort de nombreux enfants (33).

3 – Les services de santé en France

Privés ou publics, religieux ou laïcs, les services de santé ont comme objectif de maintenir la santé de la population. Dès le XVII^e siècle en France avec saint Vincent de Paul, et la création de l'Hôpital des Enfants Trouvés (34), les enfants abandonnés étaient recueillis. Pour notre époque, les hospices, orphelinats, refuges, asiles de nuit et bureaux de bienfaisance sont autant de structures qui prennent en charge les mères indigentes ainsi que les enfants pauvres ou abandonnés (35), comme en témoignent certains articles du *Journal des sages-femmes* (36). En 1871, il y a en France plus de treize mille bureaux de bienfaisance, dont plus de la moitié est située dans des communes de moins de mille habitants (37) ; certaines sages-femmes sont rattachées à ces bureaux (38), y réalisant le quart des accouchements (39). En 1873 l'assistance médicale s'organise aussi dans les campagnes avec l'aide des sages-femmes (12).

Un service médical de nuit mobilisant des médecins est institué en 1876 à Paris (40). Des sages-femmes réclament leur participation à cette organisation pour que le service soit complet et rendu « éminemment utile » (41). L'*Union médicale* s'associe à leur demande (42) et c'est ainsi qu'au début de l'année 1879, le service médical de nuit de Paris compte 664 médecins et pas moins de 106 sages-femmes (43).

En région parisienne, l'accueil des femmes pauvres, des paysannes, des filles-mères, des jeunes femmes non mariées s'organise à la Maternité. Les femmes issues de la bourgeoisie, quant à elles, accouchent pour la plupart à la maison, avec une sage-femme (44). En effet, la surmortalité hospitalière n'est pas une illusion : les épidémies de fièvre puerpérale déciment les rangs des mères. Pour lutter contre ce funeste phénomène, des mesures drastiques d'hygiène sont adoptées, notamment à l'initiative du docteur Hervieux qui réduit le nombre de lits par pièce à six ou huit. Les pratiques antiseptiques se répandent, et après 1900, alors qu'une naissance sur trois a lieu à l'hôpital, la mortalité maternelle tombe à 1‰ (45).

III – Une forte mortalité infantile

Le *Journal des sages-femmes* rappelle que la sauvegarde des enfants nouveau-nés est un devoir social, voire politique dans la mesure où la France connaît un phénomène de dépopulation à cette époque (46). Timide dans les années 1870 puis décisive ensuite, la baisse de la mortalité infantile s'accroît à partir de 1890 : les conditions de vie sont meilleures et les sciences médicales progressent (2).

La mortalité infantile reste cependant élevée ; il est donc nécessaire de s'interroger sur ses causes. Et comme elle est inégale sur le territoire, il convient de trouver des éléments d'explication.

1 – Ses causes

La mortalité infantile a non seulement des causes médicales et comportementales mais aussi des facteurs la favorisant. Ces causes et facteurs sont bien souvent intriqués car la misère sociale entraîne toutes sortes de maux dont la malnutrition, les carences et les malformations, puis des maladies digestives, respiratoires ou épidémiques.

Les causes médicales de la mortalité exogène regroupent les pathologies digestives – gastro-entérites et diarrhée –, respiratoires – pneumonie, bronchite, diphtérie et tuberculose – et infectieuses comme la variole, la rougeole ou la dysenterie (2) (47) (48).

Les malformations congénitales, la prématurité et les séquelles liées aux difficultés rencontrées lors de l'accouchement (3) sont responsables de la mortalité endogène. Les progrès réalisés dans la prise en charge de ces enfants « mal constitués » ont fait augmenter leur espérance de vie, mais par contre-coup ont renforcé la mortalité endogène après un mois de vie (49). À Paris en 1878, la première cause de décès avant un mois est la faiblesse congénitale, et de 1896 à 1900 elle recule en troisième position pour les enfants de moins d'un an (50). En effet, avec le début de la pédiatrie et de la puériculture, les enfants *débiles* bénéficient de soins plus appropriés et meurent moins. Les causes de mortalité endogène restent souvent liées à une mauvaise santé maternelle qui trouve son origine dans la misère et l'indigence. L'enfant naît alors dans des conditions insalubres qui favorisent les carences et les maladies infantiles, telles que les vers, parfois mortelles (3). De plus, sans accès à l'eau potable les enfants développent plus facilement toutes sortes de maladies digestives et cutanées. Force est de constater que dans les familles de notables, les enfants meurent moins que chez les paysans (48). Le lien entre la pauvreté et le développement de maladies avait déjà été établi en 1840 par le docteur Villermé (51).

Les causes comportementales quant à elles regroupent la mise en nourrice (24) et l'alimentation au biberon. Avant Pasteur, la mortalité infantile s'explique aussi bien dans le contenu du biberon que dans le biberon lui-même (52). En 1881, Jacques Bertillon, statisticien et hygiéniste, constate une

surmortalité de 60% des enfants élevés au biberon (32). Si, à ce même sujet, le *Journal des sages-femmes* présente un exemple pris en Allemagne, c'est pour encourager les sages-femmes à se méfier des biberons en France ; car dans ce pays comme ailleurs, ce sont les maladies digestives qui tuent le plus (53). Enfin, les enfants sevrés sont, pour certains, nourris à la purée de pommes de terre et à la bière, ce qui rend le sevrage précoce très dangereux (2), et ceux qui sont trop longtemps allaités sont aussi en danger car ils développent des carences (54). Il convient aussi de rappeler que si la mère n'allait pas, une nouvelle grossesse qui l'affaiblira et la rendra moins capable de s'occuper du dernier-né est plus probable (48).

La mise en nourrice, fréquente à Paris, en Normandie, à Lyon, en Provence, dans les régions du Centre et de l'Est, et dans le Languedoc, est responsable de la mort de nombreux enfants, notamment lorsqu'il est nécessaire de les faire voyager dans le froid vers les campagnes. Une fois les nouveau-nés installés chez elles, certaines nourrices leur donnent du lait animal, préférant garder leur lait pour leur enfant ; d'autres les entreposent dans des conditions d'insalubrité extrêmes, en cohabitation avec les bêtes (17). Au contraire, la vie en famille élargie avec oncles et tantes, grands-parents, cousins et cousines contribue à la chute de la mortalité infantile car la mère étant aidée, l'allaitement maternel est facilité, et de fait les naissances sont plus espacées.

Il existe enfin des facteurs favorisant la mortalité infantile. L'enfant illégitime, souvent abandonné, a plus de risque de mourir avant l'âge d'un an ; l'appartenance à un milieu social modeste est un facteur favorisant la mortalité infantile (48). Par exemple, dans le département du Nord au XIX^e siècle, la population ouvrière, qui a un taux de natalité plus élevé que la moyenne nationale, souffre d'une surmortalité infantile à cause d'un taux d'urbanisation et de naissances illégitimes élevés, et du travail éprouvant des femmes. De plus il y a seulement une sage-femme pour 6 466 habitants alors que la moyenne nationale est à une pour 2 762, donc des matrones non formées sévissent, et certaines femmes n'ont pas recours aux soins (55).

Ainsi, la pauvreté, l'insalubrité, l'ignorance des mères concernant les règles d'hygiène et les soins à apporter aux nouveau-nés et aux enfants du premier âge contribuent à leur mort (17). La mortalité infantile dans les quartiers pauvres est plus élevée que dans les quartiers riches et l'écart se creuse jusqu'en 1913 (2). A contrario, plus les parents sont instruits et plus la mortalité infantile est faible (56).

2 – Des taux hétérogènes

2.1 – Le cas de la France entière

Dès 1865, alors qu'elle s'élève encore à 180‰, les décideurs, hommes politiques, médecins et notables prennent conscience que la mortalité infantile est un réel problème de santé publique qu'il faut résoudre, mais jusqu'à la fin du XIXe siècle son taux stagne.

La chute franche de la mortalité endogène s'amorce en 1900, grâce à la formation des sages-femmes (57) et leur rôle en matière de promotion de l'allaitement maternel. La mortalité exogène tarde à baisser car les femmes travaillent davantage et sevrèrent précocement leur nouveau-né. Mais les travaux de Pasteur sur la conservation du lait animal et la stérilisation, la puériculture moderne, les différents mouvements de lutte contre la mortalité infantile et les travaux d'assainissement des eaux permettent d'amorcer son déclin (6) ; le système de distribution d'eau à Paris s'améliore à partir de 1875 (13).

De 1890 à 1920 en France, la mortalité infantile chute de presque 37% (58). Sur la même période, les naissances se font de plus en plus à l'hôpital car les soins y sont plus sûrs (59).

2.2 – Quelques disparités géographiques

À Paris, en 1860, les naissances illégitimes représentent près de 30% du total, alors que la moyenne française se situe à moins de 10% depuis 1800 (25). Or Bertillon déclare en 1875 que la mortalité chez les enfants illégitimes est deux fois et demie supérieure à celle des enfants légitimes (60). Le taux de mortalité infantile chez ces enfants décline à partir de 1872, et en 1890 il est identique au taux de mortalité infantile général. En ce qui concerne les enfants abandonnés, leur mortalité infantile est de l'ordre de 345‰ (13). La majorité d'entre eux sont confiés à des nourrices en dehors de Paris. Le docteur Monot, apprenant que la mortalité de ces enfants élevés en nourrice dans son canton est de 710‰, alerte alors les autorités, et la loi Roussel suivra (17).

Les taux les plus faibles de mortalité infantile s'observent dans l'Ouest de la France où les enfants sont allaités par leur mère et sevrés progressivement (54), en Franche-Comté, en Lorraine (61) et dans le Sud-Ouest. Ces derniers connaissent des taux de mortalité infantile plus bas que le reste du territoire ; le nombre d'enfants nourris au sein y est très majoritaire, et la fécondité plus basse. C'est d'ailleurs le taux de mortalité infantile exogène qui est sensiblement plus bas ; mais le taux de mortalité endogène est le même qu'ailleurs en France.

2.3 – Des disparités saisonnières et climatiques

L'influence du temps qu'il fait sur la santé des enfants du premier âge est très importante. De la même façon, le mois de naissance de l'enfant a un réel impact sur sa survie future, mais s'il est allaité au sein, il résiste mieux aux variations saisonnières (62).

Les étés secs et chauds causent la déshydratation et la perte de poids rapide des nouveau-nés (48) ; par exemple, l'été 1911 a été très meurtrier partout en France (63) (58). Peu d'un an après cet été meurtrier, un article du *Journal des sages-femmes* rappelle que les enfants nés l'été souffrent davantage de maladies digestives et de diarrhées, dues aux fortes chaleurs et à la déshydratation, et que les conséquences sont en général désastreuses. C'est comme si l'expérience de la canicule meurtrière de l'année précédente avait encouragé les rédacteurs à une campagne préventive devant être relayée, dans les actes, par les sages-femmes (64). L'enfant né l'été à la campagne est sevré plus précocement puisque la mère doit retourner aux champs. En été, l'hygiène des nouveau-nés qu'ils soient citadins ou ruraux, est d'autant plus importante que c'est à ce moment-là que les épidémies digestives se propagent.

Les enfants nés en hiver sont quant à eux davantage exposés aux maladies respiratoires ; mais ils sont généralement sevrés à l'été suivant, quand ils sont déjà plus âgés, donc plus résistants. Dans les Alpes, le taux de mortalité infantile est faible (56). En effet, la saison froide plus longue rend les enfants plus résistants aux maladies respiratoires ; ils sont moins exposés aux maladies digestives de l'été car l'eau de montagne est moins contaminée.

Mais au fur et à mesure, les variations annuelles de la mortalité infantile se sont lissées, grâce aux progrès de l'hygiène notamment.

Dans la vie de l'enfant, les pics de mortalité infantile s'observent à un mois, et à treize mois de vie au moment du sevrage (65).

Deuxième partie : Lorsque l'enfant paraît

I – Les sages-femmes

1 – Des professionnelles de la naissance

1.1 - Des matrones aux sages-femmes

C'est la formation des élèves sages-femmes qui a permis de faire le lien entre la tradition séculaire qui faisait de certaines femmes des matrones de fortune et la médecine moderne née dans les grandes villes (66). Lorsque l'enfant paraît, une femme se présente pour aider la mère à mettre au monde son enfant et, comme dans de nombreuses professions, la transmission a longtemps fait office de formation : les matrones héritaient pour la majorité d'entre elles d'un savoir familial transmis de mère en fille. Elles étaient redoutées par les pouvoirs publics qui voyaient en elles un danger pour la mère et l'enfant à naître.

L'avènement de la profession de sage-femme a mis en évidence les pratiques risquées et parfois dangereuses des matrones. Exerçant délibérément de manière officieuse, elles ne faisaient appel à aucun médecin en cas de situation critique, vouant la mère et l'enfant à une mort quasi certaine. Les sages-femmes quant à elles bénéficient d'une formation complète qui en fait les actrices privilégiées et sûres auprès de la femme gestante.

1.2 – La naissance, une affaire de femmes

Depuis la plus haute Antiquité, la naissance est une affaire de femmes, laissant les hommes en dehors d'un événement qui ne les concerne pas. La pudeur et l'expérience personnelle veulent que ce soit une femme qui en aide une autre à mettre au monde son enfant. On peut d'ailleurs lire sous la plume d'une sage-femme qu'une mère accouchant avec l'aide d'un homme pourrait perdre, par ce simple fait, cinq de ses vertus : « la pudeur, la pureté, la fidélité au mariage, le bon exemple et la mortification » (67).

L'avènement du corps des médecins accoucheurs en 1882 marque un tournant radical ; même si les parturientes demandent toujours la présence d'une femme pendant la mise au monde de leur enfant, les hommes investissent l'obstétrique. Et dix ans plus tard, une loi oblige les sages-femmes à appeler le médecin en cas d'évolution non physiologique de l'accouchement.

1.3 – De l'École au diplôme

1.3.1 – La genèse de la profession

Dès 1759, la célèbre Madame du Coudray formait les sages-femmes de France à la théorie et à la pratique à l'aide d'un mannequin en osier recouvert de tissu : « la machine de Madame du Coudray » (68). Au cours du XIX^e siècle, la formation de ces dernières est activement réformée (69), ce qui s'est notamment traduit par la création des écoles d'accouchement. Cependant, les formations des élèves sages-femmes sont très différentes d'un département à l'autre, et l'école la plus réputée demeure celle de la Maternité de Paris (66). Celle-ci, prenant la suite de l'Office des accouchées hébergé à l'Hôtel-Dieu à l'ombre de Notre-Dame de Paris, voit le jour en 1802 sous la direction de Marie-Louise Lachapelle. Les écoles départementales d'accouchement sont ensuite créées sur ordre du Ministre de l'Intérieur (68).

Selon les communes, les jeunes filles qui veulent suivre la formation doivent répondre à certains critères. Elles doivent être jeunes, en moyenne âgées de dix-huit à trente-cinq ans, et de préférence mariées. En effet il était difficile voire impensable d'imaginer qu'une femme célibataire, donc a priori ignorante de la sexualité et de la maternité pour elle-même, puisse aider une femme à accoucher (67). En 1893 l'âge d'entrée des élèves sages-femmes en formation est fixé à dix-neuf ans, pour qu'une fois diplômées elles soient majeures (68).

En 1894, suite au décret qui, entre autres, imposa le diplôme obligatoire pour exercer, le programme change pour l'examen des élèves sages-femmes. L'apprentissage de l'anatomie et de la physiologie est intégré à la formation et le livre de référence devient *Eléments d'anatomie et de physiologie génitale et obstétricale* de Monsieur le professeur Adrien Pozzi. Ses trois chapitres portent sur la description du corps humain, l'anatomie génitale de la femme et le développement du fruit de conception (70). D'autres ouvrages sont destinés à regrouper de manière synthétique ce que doivent savoir les sages-femmes ; par exemple le *Manuel complet des sages-femmes* écrit par le docteur Fournier, professeur à l'école de médecine d'Amiens, qui traite successivement de l'anatomie, de la physiologie, et de la pathologie élémentaire, de l'accouchement naturel et de l'hygiène puerpérale, de l'accouchement pathologique et de la thérapeutique puerpérale, des accouchées et des nouveau-nés (71).

1.3.2 – La formation théorique et pratique

C'est en réaction à l'état des pratiques et à l'insuffisance de la formation des sages-femmes que la loi du 19 ventôse an XI – 10 mars 1803 –, réformant leur formation, avait été votée. Elle fixait le cadre général du recrutement et de la formation des sages-femmes, même si d'autres lois apporteront des modifications au cours du XIX^e siècle. La base de l'enseignement, fixée à un an de cours théoriques, est complétée par une formation pratique désormais réalisée auprès des patientes (6) (72).

Elle permet aussi d'établir les modalités de diplôme ainsi que les principes d'accès à la profession (69). Dès 1803, les sages-femmes sont divisées en deux classes : les sages-femmes de première classe, diplômées de la Maternité de Paris pouvant exercer dans le département de leur choix, et les sages-femmes de seconde classe, assignées à leur département de formation (68). Il était cependant possible de prétendre au titre de sage-femme de première classe même en province ; par exemple, tous les deux ans, la meilleure élève sage-femme de l'école d'accouchement de Tulle était envoyée à la Maternité de Paris afin d'y passer deux ans dans le but de parfaire sa formation, et ainsi devenir sage-femme de première classe (66).

Des cours d'obstétrique, de chirurgie et de pharmacie permettent aux élèves sages-femmes d'être en capacité de prendre en charge la naissance, le post partum et la première enfance (69). C'est ainsi qu'en 1870 l'examen du diplôme des sages-femmes comporte des questions sur la vaccine, la saignée et les maladies des enfants nouveau-nés (57).

En 1894 la durée de l'apprentissage passe de un à deux ans à l'occasion de nouvelles lois organisant l'enseignement (72). Les cours d'hygiène portent de plus en plus sur ce qui constitue le fléau du XIXe siècle pour les mères : la fièvre puerpérale. Certains cours utiles aux sages-femmes et dispensés hors de l'école mais à tarif réduit pour elles sont mentionnés dans le *Journal des sages-femmes* afin qu'elles puissent bénéficier des nouvelles données disponibles (73). Les nombreux articles concernant le déroulement de la grossesse, l'accouchement et les précautions à prendre en matière d'hygiène (74) font de ce journal une référence en matière de formation continue.

La formation pratique des élèves sages-femmes fait partie intégrante de l'apprentissage du métier et celles-ci ont un accès quasi exclusif à la Maternité de Paris. En effet, cette dernière n'accueille que des élèves sages-femmes et un interne en chirurgie, mais pas un seul étudiant en médecine. Cela leur permet de côtoyer les médecins accoucheurs qui se consacrent à leur formation pour qu'elle soit la plus complète possible, avec le concours de la maîtresse sage-femme (39).

Près de 60 000 sages-femmes sont formées en France au cours du XIXe siècle (75). À titre d'exemple, à Angers, le nombre d'élèves sages-femmes à l'école d'accouchement est passé de 75 en 1864 à 102 en 1872, alors que le nombre de médecins diminuait (76). À Paris entre 1871 et 1900 le nombre de sages-femmes a presque doublé, passant de 513 à 912 (67).

1.3.3 – L'obtention du diplôme

Au terme de la formation, la cérémonie de remise de diplôme est aussi l'occasion d'une distribution de prix : prix de théorie et de pratique des accouchements, prix de clinique, prix d'observations cliniques, prix de saignée, prix de vaccine, prix de botanique, donc de pharmacopée, prix de bonne conduite, ainsi que des mentions. Le médecin directeur de l'école de sages-femmes prononce

un long discours de synthèse des années de formation écoulées, mettant à l'honneur la profession de sage-femme, rappelant que « les fonctions de la sage-femme sont nobles et élevées » (77). Ce discours est retranscrit en intégralité dans le *Journal des sages-femmes*, tout comme les noms des élèves primées.

Ainsi admises en tant que membres du corps médical, les sages-femmes ont l'obligation de connaître leurs devoirs et leurs responsabilités : devoir de soins envers les patientes, devoir de déclaration de naissance en cas d'indisponibilité du père, devoir de signalement des naissances hors mariage (69), devoir d'interdire formellement qu'un enfant syphilitique soit confié à une nourrice saine (78), obligation de garder le secret professionnel, devoir de discrétion, etc (79). De nombreux ouvrages voient le jour à cette époque pour les y sensibiliser. De même, ces droits et devoirs sont souvent discutés dans le *Journal des sages-femmes*, faisant l'objet d'une rubrique spéciale (80).

2 – Leur place dans le monde médical

2.1 – Une professionnelle reconnue

Les sages-femmes s'inscrivent dans la lignée des accoucheuses réputées, dont certaines ont largement contribué aux progrès de la science obstétricale : Louise Bourgeois, Marguerite du Tertre, Angélique du Coudray, Marie Jonet, Marie-Louise Lachapelle, Marie-Anne Boivin. Cette dernière fait l'objet d'une notice biographique dans le dictionnaire des *Accoucheurs et sages-femmes célèbres* paru en 1891 et donne son nom à une salle de la Maternité de Paris en 1902. La profession de sage-femme sert de « tremplin social » tout au long du XIXe siècle pour un certain nombre de femmes : être sage-femme est alors synonyme de réussite et d'ascension sociale (81).

En tant que professionnelles, il devient naturel qu'une presse spécialisée leur soit consacrée : le XIXe siècle voit la création de journaux destinés à cette profession. Le *Journal des sages-femmes* contient des articles écrits par des sages-femmes, concernant aussi bien l'obstétrique que la pédiatrie. À l'occasion, les sages-femmes européennes essaient de nouer des liens pour promouvoir la profession et mettre en commun leurs savoirs avec d'autres professionnelles ; c'est ainsi qu'est portée à la connaissance des lectrices l'invitation de sages-femmes allemandes (82). En 1896, et cette fois-ci à l'initiative d'une sage-femme, Marie Roger-Bocquillet, le journal bimensuel intitulé *La sage-femme, organe officiel du syndicat général des sages-femmes de France* paraît, avec pour devise : « Science, Confraternité, Dévouement ». Il s'agit d'une publication militante davantage destinée à revendiquer les intérêts de la profession qu'à diffuser des connaissances obstétrico-pédiatriques, même si des articles scientifiques y sont publiés. Les sages-femmes qui le souhaitent sont invitées à s'exprimer par l'intermédiaire de cette nouvelle publication ; le ton y est parfois véhément (83). Cette publication absorbe en 1909 la revue *Le*

puériculteur, revue de la femme, de la mère et l'enfant ce qui démontre une fois de plus que les sages-femmes veulent faire de la survie des enfants une de leurs priorités.

2.2 – La sage-femme et le médecin

Les sages-femmes connaissent au XIX^e siècle ce que beaucoup d'observateurs appellent leur âge d'or : elles sont plus nombreuses et mieux formées depuis la mise en place des formations obligatoires. Mais elles assistent à la création du corps médical des accoucheurs en 1882, qui semble les desservir. Désormais il y a un rôle et des prérogatives dévolus à chaque profession ; les sages-femmes sont privées de l'accomplissement de certains actes, ce qui crée une tension entre elles et les médecins. C'est à la suite de cette décision que la défense des intérêts et des droits de la sage-femme s'organise : en 1895 le Syndicat général des sages-femmes de France et des colonies est créé, et dix ans plus tard, c'est l'Association amicale et mutuelle des sages-femmes de France et des colonies qui voit le jour.

Cependant, les relations entretenues avec leurs confrères médecins et officiers de santé ne sont pas si mauvaises, contrairement à l'idée reçue selon laquelle les sages-femmes leur seraient soumises (66). Dans l'histoire de la profession, Marie-Louise Lachapelle, éminente sage-femme, fut très appréciée et reconnue des médecins (84). Ces derniers n'hésitent pas à reconnaître le rôle irremplaçable des sages-femmes, comme par exemple le docteur Hervieux qui dira ceci : « Nier les services que l'institution des sages-femmes a rendus et rend tous les jours à la société (...) ce serait nier la lumière solaire ».

2.3 – L'exercice du métier

Durant l'époque étudiée, les neuf dixièmes des sages-femmes de France exercent dans les grandes villes. Pour les encourager à venir travailler dans les villes plus petites et à la campagne, des subventions sont prévues. Des offres d'emploi sont publiées dans le *Journal des sages-femmes* qui reçoit aussi toutes sortes de requêtes en lien avec l'exercice de leur profession. Une société de prévoyance des sages-femmes de France est envisagée dès 1891 afin de leur permettre de bénéficier d'une retraite le moment venu, moyennant cotisation annuelle (85) (86). Le *Journal des sages-femmes* permet aussi de faire connaître des pétitions, ainsi que les réactions qu'elles engendrent via un courrier des lecteurs (87). En 1897, la Ligue de protection des accoucheuses de France revendique au nom des sages-femmes l'utilisation des forceps, des narcotiques et antiseptiques, réservée aux médecins (88). Certaines sages-femmes réclament une loi de répression contre les matrones exerçant sans diplôme et qui gagnent plus convenablement leur vie qu'elles (89) (90) ; les sages-femmes ne recevaient souvent pas plus de vingt francs pour un accouchement (91). Pourtant, la loi du 19 ventôse an XI prévoyait de punir sévèrement l'exercice illégal de l'art des accouchements – amende de cent francs, le double s'il s'agissait d'une

récidive – mais il est difficile pour les autorités d’intercepter celles qui le pratiquent. De la même façon, les sages-femmes demandent la prolongation des études (92) afin de limiter le nombre des élèves et d’acquérir davantage de compétences, car « quand il y va de la santé et de la vie, on n’est jamais trop instruits ».

À l’aube du XXe siècle, la France compte 14 000 sages-femmes formées (69), ce qui représente la moitié des professionnels de santé – les médecins et officiers de santé représentant quant à eux 13 000 personnes. La durée des études des élèves sages-femmes étant passée d’un à deux ans, cet allongement du temps de formation traduit à la fois l’élargissement du champ des connaissances médicales concernant, plus que l’obstétrique, la néonatalité et la première enfance, et la volonté de les faire acquérir par ces professionnelles de la naissance. De plus, les écoles départementales se multiplient sur le territoire français, et les enseignements qu’elles reçoivent leur confèrent un rôle de premier plan en ce qui concerne la grossesse et l’accouchement, la naissance et l’accueil du nouveau-né, ainsi que son *élevage*. C’est dans ces différents moments qu’elle met son honneur à mériter la confiance des mères.

II – La naissance de l’enfant au péril de sa vie

1 – La société et la mort des nouveau-nés

1.1 – De la méfiance à la confiance

*Trois enfants morts au ciel ont une telle puissance que le salut du père et de la mère est assuré*¹

De manière générale, puisque la mort des nouveau-nés est fréquente, le baptême fait partie intégrante du rite de la naissance (3) ; le concile de Trente avait préconisé le baptême dans les trois jours suivant la naissance. En cas de danger de mort, même in utero (3), le sacrement du baptême peut être conféré en urgence par tout baptisé, donc la sage-femme si elle l’est (93) (94). Dans ce cas il s’agit d’un ondolement associé aux paroles « Je te baptise au nom du Père, et du Fils, et du Saint-Esprit. Amen ». Dans les cas les plus extrêmes, les sanctuaires à répit permettent de baptiser les enfants en état de mort apparente.

En 1870 en France, environ 30% des familles comptent plus de quatre naissances, mais leur descendance finale dénombre rarement plus de deux enfants (95). Longtemps, la mort a frappé indistinctement les nouveau-nés, que leur famille soit pauvre ou riche. Même familière, la mort du nouveau-né est un malheur : pour ses parents d’abord, et pour toute la famille et ses proches. Le chagrin et la douleur qu’ils éprouvent ne sont pas négligés. En effet, l’Église propose des rites de consolation et porteurs d’espérance avec les funérailles. De leur côté, les parents pouvaient, s’ils étaient chrétiens, faire une lecture spirituelle de cette mort, en considérant leur enfant mort, mais baptisé, comme un intercesseur auprès de Dieu, d’où le proverbe placé en tête. Au XIXe siècle, les tombes des enfants sont très soignées.

Cependant, entre acceptation et résignation, la mort de l’enfant peut être accueillie avec un certain détachement qui se traduit dans la formule « De petit enfant, petit deuil » (Leroux de Lincy) (47). Pasteur, par ses recherches et ses découvertes, et leur application progressive, a permis de changer le regard porté sur la mortalité infantile. Désormais, la fatalité de la mort laisse place à une réalité nouvelle : les soins apportés dans la première enfance permettent la survie d’un plus grand nombre d’enfants (58).

¹ Proverbe bavarois

1.2 – Un intérêt croissant pour le nouveau-né

Le nouveau-né, s'il a survécu, devient un être qu'il faut entourer des meilleurs soins (96), et il commence à susciter une réelle attention au fur et à mesure que la confiance dans les soins pédiatriques s'affirme. L'intérêt croissant pour l'enfance en général (2) se traduit notamment à travers l'instinct maternel devenu à la mode surtout dans les milieux aisés, renforcé par la sensibilité romantique. L'amour maternel devenu vertu dominante, contribue à l'intérêt que la société entière porte à l'enfant (57), y compris dans la littérature, notamment chez Victor Hugo (51).

Le deuil d'un enfant, contraire à l'ordre des choses, devient alors insupportable, alimenté par le regret et l'affliction (47). Philippe Ariès va jusqu'à dire que « la mort d'un enfant est devenue au XIXe siècle dans la bourgeoisie la moins tolérable des morts ».

2 – L'enfancement

2.1 – La connaissance obstétricale au service de l'enfant à naître

Les sages-femmes sont encouragées à s'occuper des femmes même lorsque la grossesse n'est encore que débutante ; elles sont alors en capacité de poser le diagnostic de grossesse et d'évaluer le terme de celle-ci. Grâce à leur formation obstétricale, elles sont aussi capables de déceler les signes prédictifs d'une pathologie pouvant mettre en danger la mère et l'enfant. Les dystocies obstétricales sont encore très fréquentes et ont parfois des issues dramatiques (97) : les bassins étroits de femmes rachitiques ainsi que les malformations fœtales sont des causes courantes de dystocies obstétricales traumatiques.

Pouvant accoucher à l'hôpital public, à domicile avec l'aide d'une sage-femme ou d'un médecin, ou chez une sage-femme, la grande majorité des femmes accouche encore à domicile en 1900 (84). Les soins reçus par une mère et son enfant chez une sage-femme sont meilleurs que ceux apportés dans les structures hospitalières qui prennent en charge les mères les plus pauvres (98). De plus, les enfants qui naissent avec une sage-femme ont plus de chance de survivre (59).

2.2 – La ligature et la section du cordon

Le *Journal des sages-femmes* rappelle, à travers divers articles, que la ligature du cordon ombilical est le tout premier soin à effectuer sur un nouveau-né. La sage-femme inspecte avec soin sa longueur, son aspect, ses éventuels nœuds (57) et une fois qu'il ne bat plus, elle le ligature à deux travers de doigt de l'ombilic, à l'aide de deux tours d'un fil propre et bien aseptisé et d'un double nœud. Plusieurs techniques de ligature sont décrites : avec un ou deux fils, ou encore chacun des trois vaisseaux du

cordon. Après la section du cordon, plus que l'hémorragie mortelle c'est l'infection qui est redoutée. La sage-femme craint l'érysipèle périombilical, la lymphangite, l'omphalite, l'artérite, la phlébite et la septicémie pour l'enfant. Cependant les avis divergent quant aux soins à apporter dans les jours qui suivent la naissance. Un livre d'élève sage-femme paru en 1884 reprend toute la théorie et la technique de la ligature du cordon ombilical ainsi que les soins qu'il faut prodiguer ensuite (99).

2.3 – Le premier examen

Une fois le cordon sectionné, la sage-femme s'empresse d'examiner le nouveau-né : elle est attentive à sa respiration et à son cri. L'enfant est ensuite nettoyé, et poudré avec du lycopode ou de la poudre de riz. La sage-femme examine enfin ses membres, sa cavité buccale, la perméabilité anale et le méat urinaire. Puis l'enfant, pesé et mesuré (57), est habillé par ses soins, car la mère ne doit en aucun cas se lever (99). L'eau étant chargée de germes, le bain est déconseillé tant que le cordon ombilical n'est pas tombé et que la plaie n'est pas cicatrisée, car il provoque sa nécrose et sa macération. C'est pour cela qu'en 1891 à la clinique Baudelocque, Tarnier interdit les bains pour les nouveau-nés suite à l'observation de deux séries de cas – il s'agit presque là d'une cohorte rétrospective exposés/non exposés, c'est-à-dire des prémices de l'*Evidence-Based Medicine*... Sur cent-dix nouveau-nés baignés il observe 19% de complications et un retard de chute du cordon de deux jours. Sur cent-dix autres nouveau-nés non baignés il n'observe que 6% de complications (100). Le cordon ombilical fait l'objet d'une conférence en 1903 où l'importance de ces soins est rappelée.

L'attention de la sage-femme se porte aussi sur la bonne croissance des nouveau-nés et sur la manière dont ils émettent leurs selles et leurs urines. Elle donne à la mère des conseils sur le couchage, le bercement, le berceau, mais aussi sur le bain, le change, le façonnage, l'habillage et l'alimentation (57).

3 – L'abandon

Dès la fin du XVIII^e siècle, l'Hospice de la Maternité de Paris réunissait l'Office des accouchées d'une part, et la Maison de la Couche devenue l'hospice des Enfants Assistés d'autre part, dans le but de rapprocher les soins apportés aux femmes de la lutte contre l'abandon des nouveau-nés (68). Pour la période étudiée, les sages-femmes restent une aide précieuse pour la nouvelle accouchée dans la mesure où elles font en sorte que la mère crée un lien avec son nouveau-né en évitant ainsi qu'elle ne l'abandonne. Face au refus de l'enfant, surtout dans les maternités, le devoir moral de la sage-femme est de convaincre la mère, souvent indigente, en lui redonnant confiance, de garder cet enfant auprès d'elle (32). En effet, la sage-femme sait pertinemment que confier le nouveau-né à un hospice d'enfants abandonnés, c'est le livrer à une mort quasi certaine (57), car elle connaît leurs conditions d'insalubrité

et de surpeuplement (69). L'« esprit de devoir et de dévouement » est le propre de la sage-femme car elle met son intelligence et son savoir au service des femmes enceintes et en couches ; certaines prennent même en charge des enfants que les mères se sont finalement résolues à leur confier. Dans ces cas-là, elles leur offrent une éducation et les font entrer dans des institutions pour parfaire leur apprentissage (101).

Pour lutter contre la mortalité infantile, certains pays mettent en place des méthodes limitant l'abandon et les infanticides. C'est ainsi qu'un article à propos de la Maison des enfants trouvés de Moscou est inséré dans les colonnes du *Journal des sages-femmes*. Fondée en 1764 par Catherine II, cette maison vit grâce aux dons et accueille en moyenne quarante enfants par jour qui deviennent des enfants de l'État (102). L'avance des frais par la mère n'est pas exigée : elle peut rester visage caché tout au long de son séjour, et seule la sage-femme peut rentrer dans sa chambre. Les enfants ainsi abandonnés sont recueillis par l'hospice des enfants trouvés et reçoivent par la suite une instruction primaire et une éducation professionnelle. Un autre article rapporte également qu'en Autriche les femmes peuvent venir accoucher au secret dans les maternités, en avançant des frais allant de cinquante à cent-trente francs selon leurs ressources. Elles écrivent alors leur nom sur un papier cacheté remis à la sage-femme, et un numéro leur est attribué. C'est seulement en cas de décès de la mère que le papier est décacheté. Selon Joseph II, qui créa en 1789 la maternité secrète dont il est question ci-dessus, « le manque d'asile et la peur de la honte » ne seront plus des prétextes pour abandonner ou tuer l'enfant nouveau-né (103).

En France, les avis sont partagés : pour certains, l'accouchement au secret semble impossible, et comme les tours d'abandon sont supprimés en 1837 (8), c'est comme si la société poussait les femmes en détresse à l'infanticide, faisant augmenter la mortalité infantile. Dans les grandes villes où les filles-mères viennent accoucher, la suppression des tours d'abandon n'a pas modifié le nombre d'infanticides, mais dans les régions rurales leur suppression les a fait doubler voire tripler. Devant l'Académie de médecine en 1891 il est demandé que les femmes, si elles le désirent, puissent être hospitalisées *au secret* avant leur accouchement (103).

De 1882 à 1913 le nombre d'abandons d'enfant augmente, surtout à partir de 1906. En effet, la création de nouvelles catégories statistiques comme celles d'*enfant moralement abandonné* en 1892, d'*enfant en garde* en 1898, ou d'*enfants en dépôt* en 1904, exerce un biais de recensement évident. De plus, une nouvelle compassion émerge vis-à-vis des enfants abandonnés, qui, comme les autres enfants meurent moins (104) ; le rôle protecteur de l'État à leur égard prend alors de plus en plus d'importance.

III – Les prémices de la médecine néonatale

1 – La puériculture intra-utérine

Le docteur Stéphane Tarnier fait le lien entre les enfants débiles et l'absence de repos de la mère. Son interne, Adolphe Pinard, propose une nouvelle approche anténatale de l'enfant (57) : en permettant aux mères indigentes de se reposer, il observe alors que l'accouchement se passe mieux – mais il faut attendre 1913 pour que la mère bénéficie d'un congé prénatal (50). De la même façon, l'obligation de déclaration de grossesse permettra de mieux protéger l'enfant à naître (51). En 1892, Pinard crée avec Madame Béquet de Vienne, sage-femme, le Refuge de l'avenue du Maine qui abrite les futures mères nécessiteuses. En 1895 il invente un stéthoscope pour surveiller la fréquence cardiaque fœtale in utero (105).

Conscient des conséquences catastrophiques causées par les accouchements du siège chez les femmes rachitiques entre autres, Pinard s'intéresse de près à la technique de version fœtale par manœuvres externes, sur laquelle il rédige une thèse en 1878. En 1897 la pelvimétrie par rayons X permet de diagnostiquer de façon sûre les bassins trop étroits. Si tel est le cas, l'accouchement prématuré provoqué permet de faire baisser en dix ans la mortalité à la naissance de 33% à 15% (106). Si l'accouchement n'a pas été provoqué, Pinard préconise la symphyséotomie qui permet d'agrandir de quelques millimètres les diamètres du bassin (105).

Ainsi, après Tarnier qui se consacra à l'obstétrique, et le docteur Pierre Budin à l'alimentation des nouveau-nés prématurés, Pinard donne naissance à la puériculture qu'il définit en 1908 comme « la science ayant pour but la recherche des connaissances relatives à la reproduction, à la conservation et à l'amélioration de l'espèce humaine ». La puériculture regroupe selon lui l'*obstétricie*, c'est-à-dire la « puériculture au moment de la naissance », la pédiatrie, autrement dit la « puériculture de la naissance à la puberté », la fœtologie, la *gravidologie* à savoir la « puériculture de la procréation à la naissance », et enfin l'*eugennétique* ou « puériculture dans ses périodes initiales » (39).

2 – La stratégie prophylactique

2.1 – Les infections néonatales

Le *Journal des sages-femmes* informe ses lectrices que le nouveau-né peut déclarer de la fièvre le plus souvent dès le lendemain de l'accouchement, plus rarement le deuxième jour, exceptionnellement le troisième jour. N'ayant jamais plus de 39°C, si l'enfant meurt c'est par hémorragie méningée ou

infection secondaire tardive, souvent due au manque d'hygiène (107). Les plaies dues aux forceps sont également des terrains favorables au développement d'infections.

Dans les jours qui suivent la naissance, la sage-femme est attentive au cordon ombilical car il s'agit d'une porte d'entrée privilégiée pour les germes (108). Selon le docteur Schwab, le pansement d'ouate hydrophile sèche suffit, et le bain est proscrit (109). À la clinique Baudelocque le cordon est recouvert d'une compresse d'ouate au bi-iodure trouée en son centre (100).

La sage-femme surveille aussi de près les yeux des nouveau-nés, souvent atteints d'ophtalmie. Sa prophylaxie et son traitement sont enseignés aux élèves sages-femmes (110) : il s'agit d'injections vaginales antiseptiques pendant le travail sur signes d'appel infectieux, puis d'instillations oculaires de nitrate d'argent et d'eau distillée à la naissance pour tous les nouveau-nés (111). Les sages-femmes sont alors tenues d'avoir cette solution antiseptique à leur disposition. En cas de gonflement palpébral, elles doivent faire appeler le médecin (112). Par ce procédé, Tarnier espère faire diminuer les taux d'ophtalmie purulente des nouveau-nés (50) car elle est alors responsable d'une cécité infantile sur trois.

2.2 – La stérilisation du matériel

À la fin du XIX^e siècle, l'hygiène pastorienne révolutionne le monde de l'obstétrique et de la pédiatrie en faisant son entrée à l'hôpital (22). En effet, l'antisepsie a permis de vaincre la fièvre puerpérale mais aussi les maladies infectieuses dont on savait qu'elles tuaient les enfants. Sous la direction du docteur Édouard Hervieux et de Madame Callé, sage-femme, l'application de la propreté chirurgicale a permis à la Maternité de devenir plus sûre dès les années 1870 (113).

La stérilisation du matériel médical est introduite dès 1878, et les gants en caoutchouc sont utilisés dès 1889 (57). En 1902 à Lyon, le docteur Weill utilise du matériel stérilisé pour les nouveau-nés, aussi bien pour prévenir les infections que pour les soigner. Il recommande de recouvrir d'un linge stérilisé – dans une étuve sous pression, soit au repassage au fer chaud – et sec la peau des nouveau-nés, qu'il considère comme une plaie, plutôt que d'appliquer des antiseptiques liquides. Les résultats sont probants puisque de 1897 à 1902, 7% d'enfants avaient des infections cutanées graves et 6% mouraient d'un abcès, et qu'après la mise en place de la méthode des linges stérilisés, ces taux sont tombés à 1% moins de dix ans après (114).

2.3 – Les bains et les antiseptiques

Les bains, évoqués par le docteur Delcourt en 1906 dans le *Journal des sages-femmes*, font office de soins médicaux et non de propreté. En effet, qu'il s'agisse de bains chauds et froids alternés dans les manœuvres de réanimation néonatale, ou de bains chauds sinapisés dans le traitement des bronchites,

ou encore des bains tièdes pour calmer les enfants dits trop nerveux, le nouveau-né ne bénéficie pas de soins du corps entier tant qu'il n'est pas *vraiment* sale (115).

Toutes sortes de désinfectants plus ou moins efficaces sont utilisés à des fins antiseptiques jusqu'à ce que les travaux de Semmelweis, Lister et Pasteur soient intégrés aux pratiques médicales (72). Ainsi, l'usage du vinaigre de Pennès, antiseptique, cicatrisant et hygiénique, est autorisé par l'Académie de médecine, car il est censé protéger contre les maladies contagieuses et ainsi éviter les épidémies. Vendu en pharmacie, les nombreuses réclames vantent les mérites de ce produit qui obtient plusieurs diplômes d'honneur en sa qualité d'antiseptique (116). De même, les réclames concernant le vin de Saint-Raphaël sont nombreuses dans le *Journal des sages-femmes* (117). De son côté, le docteur Brochard, qui enseigne l'hygiène à l'école des sages-femmes, insiste sur l'utilisation du Phénol-Bobœuf. Il s'agit d'une lotion antiseptique à diluer dans l'eau, combinant les propriétés de l'acide phénique avec celles du phénate de soude. Cet antiseptique est réputé pour tonifier la peau des nourrissons, la fortifier et la protéger contre les agents extérieurs nocifs (118). La teinture d'iode quant à elle associe les avantages de l'alcool qui stérilise et de l'iode qui pénètre dans les tissus, ce qui en fait un bactéricide puissant (119). Devenu l'antiseptique de première intention, la teinture d'iode se met à remplacer tous les antiseptiques et le *Journal des sages-femmes* y revient à plusieurs reprises (120).

3 – Quand l'enfant naît trop faible

3.1 – Qui sont ces enfants ?

C'est tout d'abord le nouveau-né prématuré – c'est-à-dire né vivant après le seuil de viabilité légale, soit à partir du 180^e jour de gestation. Cependant, même en 1912, dater la grossesse n'est pas encore une pratique précise ; donc, quand l'accouchement doit être provoqué au septième mois, c'est en fait parfois bien avant. Les experts de l'époque distinguent diverses variétés d'enfants prématurés : ceux pour qui la naissance a été provoquée pour cause de « bassin embarrassant », les prématurés accidentels, précoces, tardifs, sains, ou encore pathologiques (121).

Ensuite, les nouveau-nés malformés – dits débiles – font partie de ces enfants qui nécessitent des soins particuliers. Les malformations sévères régulièrement mentionnées dans le *Journal des sages-femmes* témoignent de leur fréquence ; elles sont découvertes à la naissance par la sage-femme : hydrocéphalie, anencéphalie, hernie ombilicale, imperforation anale, pseudohermaphrodisme, ...

Enfin, pour assurer la protection contre les infections de ces enfants nés trop faibles, Madame Henry fait bâtir en 1893 à la Maternité un pavillon qui leur est réservé. Qu'ils soient prématurés ou non, ceux qui naissent avec un poids inférieur à un kilo cinq-cents grammes ne survivent que dans 40% des cas (50).

3.2 – La réanimation néonatale

3.2.1 – *Le nouveau-né en état de mort apparente*

Dès la fin du XIX^e siècle, deux formes de mort apparente du nouveau-né sont identifiées : la forme bleue attribuée à l'asphyxie, et la forme blanche attribuée à une syncope due à un traumatisme, qui constitue la forme la plus grave (122). Différentes explications sont données : l'afflux de sang céphalique, ou l'anémie des centres nerveux, ou encore un dysfonctionnement placentaire (123) (124).

Le chef de clinique Marcel Delestre décrit en 1903 dans le *Journal des sages-femmes* les quatre états possibles de l'enfant à la naissance : soit il crie immédiatement, soit il présente des mouvements respiratoires mais ne crie pas, soit il ne crie ni ne respire mais son cœur bat, soit il est mort (125). Pour un accouchement, la sage-femme doit avoir préparé de quoi ramener à la vie un enfant en état de mort apparente ; en effet, elle est en première ligne lorsqu'il s'agit de le prendre en charge. Elle utilise alors de l'eau chaude et des linges chauds, administre per os de l'alcool au nouveau-né, et le stimule en le frictionnant ; elle est autorisée à insuffler et intuber – et même incitée à s'y entraîner sur des cadavres d'enfants mort-nés (99). Ce sont les observations faites à la Maternité de Paris qui permettent la mise au point de la prise en charge de ces enfants s'adaptant difficilement à la vie extra-utérine (50).

3.2.2 – *Les procédés externes*

Un nouveau-né en état de mort apparente peut, dans l'attente du médecin, être ramené à la vie par des stimulations mobilisant le toucher, l'odorat et le goût, grâce à la main exercée de la sage-femme (57). En tout premier lieu, si l'enfant ne crie pas, la sage-femme attend que son cordon ne batte plus avant de le sectionner (126). Puis, pour dégager les mucosités présentes dans ses voies aériennes, elle réalise un « curage buccal » avec un linge sur l'index, ou à l'aide d'une plume. Ce geste peut d'ailleurs déclencher une inspiration réflexe au contact du voile du palais et de la base de la langue (127). L'inspiration réflexe est aussi recherchée par la stimulation avec des barbes de plume (128).

Ensuite, si l'enfant se trouve toujours en état de mort apparente, l'usage veut qu'il soit flagellé sur le siège et sur le dos (129) avec un linge mouillé, et que sa poitrine soit frictionnée avec une main mouillée de vinaigre, d'alcool ou d'éther. Si cela n'est pas suffisant, il doit ensuite recevoir une alternance de bains de vin chaud (126) (130) et de bains froids rapides, plus ou moins sinapisés pour exciter les réflexes cutanés et lutter contre la déperdition de chaleur (122) (127). La sage-femme en chef de la Maternité de Montpellier, Madame Pujéac, qui par ailleurs a reçu en 1885 une mention honorable par le Président de la République pour son courage et son dévouement (131), propose un autre moyen de rappeler à la vie des enfants en état de mort apparente : il s'agit d'aspersions d'eau à soixante-cinq degrés sur la poitrine. Des médecins y ont eu recours avec succès même chez des enfants âgés de

quinze jours (132). De plus, le docteur Silvester propose une méthode destinée à provoquer une inspiration par mobilisation des membres supérieurs, et en 1877 le docteur Schultze propose des compressions abdominales destinées à favoriser l'inspiration. Les tractions rythmées de la langue du docteur Laborde sont décrites en 1892 : efficaces et faciles à réaliser, elles ne nécessitent pas de matériel (122). Puis le professeur Rivière suggère de saisir l'enfant par les jambes afin de l'aider à se débarrasser de ses mucosités, et enfin le docteur Dew présente sa méthode destinée à provoquer une inspiration par hyperlordose lombaire, puis une expiration par compression abdomino-thoracique (23).

C'est seulement en 1911 qu'Ahsfeld dénonce tous ces procédés comme des méthodes violentes et traumatisantes pour l'enfant nouveau-né (23). Une fois que tous les procédés externes ont été employés en vain pour ramener l'enfant à la vie, et que les voies aériennes sont dégagées, les procédés internes sont entrepris.

3.2.3 – Les procédés internes

Delestre, chef de clinique, donne les conduites à tenir pour les premières minutes de vie ; une fois que les mucosités ont été bien évacuées (129) (125), il faut alors stimuler la paroi postérieure du pharynx avec le tube de Ribemont-Dessaigues (Annexe 4) pour provoquer un effort de vomissement, un soulèvement du diaphragme puis un mouvement inspiratoire (125). Mis au point en 1878, ce tube laryngien insufflateur est le nouveau traitement « héroïque » de la mort apparente du nouveau-né (122) et son mode d'emploi est détaillé dans le *Journal des sages-femmes*. Il s'agit d'introduire sans violence le tube stérilisé dans le larynx, puis à l'opérateur d'insuffler de l'air (127). Ce tube ne doit être utilisé qu'en dernier recours car ses inconvénients sont nombreux : il est rigide, difficile à introduire, il obstrue la glotte, et les pressions administrées sont incontrôlées (133). L'insufflation fait l'objet de nombreux articles, parfois même écrits par des sages-femmes (134) ; le tube laryngé fera d'ailleurs partie de leur trousse de base, avec les ciseaux.

En cas d'extrême urgence, dans les campagnes moins équipées, il est aussi possible de produire de l'oxygène de façon extemporanée : un kilogramme d'oxylithe mis dans un vase rempli d'eau et relié à un entonnoir renversé puis à un tube en caoutchouc, fournit deux-cents litres d'oxygène. Si aucun instrument n'est disponible, il a même été proposé d'administrer l'oxygène par canule rectale car les intestins sont très vascularisés, ou alors par injection sous-cutanée (135). En 1890 Budin, améliore l'oxygénothérapie (50).

Depuis 1910, l'appareil d'insufflation de Meltzer, beaucoup plus abouti, contient une poire à insufflation, un branchement en T, une sonde en gomme, un mandrin en laiton souple pour donner à la sonde la courbure adaptée à la trachée selon le poids de l'enfant. Le manomètre gradué est réglé pour ne pas dépasser quarante millimètres de mercure. L'inconvénient principal de ce nouveau dispositif est

l'entretien du matériel en caoutchouc (133). Dans tous les cas, le *Journal des sages-femmes* incite à garder espoir si la fréquence cardiaque s'accélère, si des mouvements fibrillaires intercostaux sont perçus, et si l'enfant prend une coloration rosée (136).

3.3 – Des soins adaptés

3.3.1 – Le « gavage »

L'alimentation du nouveau-né prématuré, manquant de forces, nécessite des dispositions particulières : la mère doit tirer son lait et le donner goutte à goutte directement dans la bouche.

Le gavage est institué dans les années 1880 pour la première fois en France par Madame Henry, sage-femme en chef de la Maternité de Paris (137). Toutes les heures, à l'aide d'une sonde et d'un entonnoir, huit grammes de lait sont administrés à l'enfant prématuré (138). L'allaitement maternel par deux femmes est encouragé car souvent la mère a peu de lait (50). Si cela n'est pas envisageable, c'est le lait d'ânesse qui est privilégié.

3.3.2 – La couveuse

Afin de réduire la mortalité infantile chez ces enfants affaiblis, il a fallu lutter contre leur hypothermie. Dès 1852, le docteur Denucé, de Bordeaux, invente un berceau incubateur à double paroi contenant de l'eau chaude (23) permettant de garder l'enfant à la température idéale pour lui. Trente ans plus tard, la mise au point par Tarnier avec l'aide d'Odile Martin, directrice du Jardin d'acclimatation, d'une couveuse collective sur le même modèle que celles utilisées pour l'élevage des poussins, permet d'améliorer l'invention du docteur Denucé. Elle est ensuite perfectionnée par Madame Henry qui y ajoute des vitres pour assurer une meilleure surveillance des nouveau-nés (23). D'autres modifications sont apportées par Pinard et Budin. En 1893, le docteur Lion présente à l'Académie de médecine un nouveau modèle de couveuse dont la chaleur et l'aération sont à réglage automatique. Avant la couveuse de Tarnier, 66% des enfants de moins de deux kilogrammes mouraient ; 36% après sa diffusion (139). Mais la couveuse est coûteuse : à la place, les enfants prématurés sont souvent enveloppés dans de la ouate et surnommés « petits cotons » par les sages-femmes. Quand ils sont langés avec du taffetas gommé, cela augmente malheureusement le risque de macération (140).

Troisième partie : La petite enfance

I – Les débuts de la pédiatrie

La grossesse et l'accouchement étant finis, la présence de la sage-femme auprès des mères ne s'arrête pas. Il « ne [faut] pas perdre de vue un instant [que] tout ce qui de près ou de loin intéresse la première enfance (...) a beaucoup plus à attendre de la protection de la sage-femme » (141) ; car en effet elle met tout en œuvre pour que l'enfant grandisse correctement à l'abri des dangers. Les soins pendant la première année de vie font partie des compétences des sages-femmes, qu'elles doivent enseigner aux mères pour la survie de leur progéniture : l'allaitement et le sevrage, l'hygiène, la qualité du sommeil, les pleurs de l'enfant, son habillement.

1 – Un nouvel intérêt médical pour l'enfant

1.1 – La multiplication des ouvrages médicaux

Afin de permettre la délivrance d'informations sûres, et ayant saisi l'importance de l'élevage des enfants du premier âge, les auteurs, souvent médecins, s'empressent de faire paraître des ouvrages de plus en plus complets sur le sujet. Les publications concernant l'hygiène de l'enfant sont de plus en plus nombreuses, et sont référencées et souvent résumées dans le *Journal des sages-femmes*, pour que ces dernières puissent se les procurer et en tirer le meilleur pour leur pratique.

Le premier ouvrage concernant uniquement la pathologie de l'enfant paraît dès 1828 : il s'agit du *Traité des maladies des enfants nouveau-nés et à la mamelle*, du docteur Billard, précurseur de la puériculture. C'est à la fin du XIXe siècle que s'accélère la diffusion du savoir pédiatrique. En effet, en 1876 *La gazette des enfants* paraît, puis en 1885 le docteur Théophile Caradec, médecin en chef de l'Hôpital civil de Brest, lance la revue bimensuelle illustrée, *La Mère et l'Enfant*, traitant de l'hygiène de la première enfance, mais aussi de la seconde et de l'adolescence ; l'abonnement de six francs annuels est réduit pour les sages-femmes (142). En 1894 un *Manuel des maladies de l'enfance* est publié, ainsi qu'une *Bibliographie méthodique des maladies de l'enfance*, gratuite sur demande pour les abonnés du *Journal des sages-femmes*. En 1900 le professeur Budin publie *Le nourrisson, alimentation et hygiène, enfants débiles, enfants nés à terme*. Et en 1909 c'est le docteur Variot qui écrit *L'hygiène infantile, allaitement maternel et artificiel, sevrage* (46), puis le *Traité d'hygiène infantile* en 1910. En 1914 le docteur Albert Ball publie à l'intention des sages-femmes et médecins un *Guide pratique de l'hygiène et des maladies de l'enfance de 0 à 15 ans*, qui contient les

renseignements d'urgence, les indications thérapeutiques, l'administration et le dosage des médicaments, la manière de réaliser l'examen de l'enfant, son hygiène et son alimentation (143).

1.2 – Les consultations : genèse du suivi pédiatrique

Le carnet de santé (144), pensé pour la première fois en 1869 (22), devient le support du suivi de la santé des enfants : y sont inscrits leurs mensurations et leur régime, la situation de leurs vaccinations, ainsi que leur histoire médicale. En 1876, le *Journal des sages-femmes* informe qu'une consultation pour les maladies des enfants est instaurée par le docteur Brochard rue Bonaparte à Paris (145). En 1892 une consultation pour nouveau-nés est créée par le docteur Budin à quelques pas de là, et une par le docteur Variot à Belleville. C'est au tour de la Maternité d'en ouvrir une en 1897, et de la clinique Tarnier un an plus tard (146). En 1907 il existe près de cinq-cents consultations pédiatriques en France où les enfants sont pesés et examinés régulièrement jusqu'à l'âge de deux ans ; du lait stérilisé y est distribué, mais la promotion pour l'allaitement maternel est tellement convaincante que plus de 90% des enfants sont élevés au sein. Le taux de mortalité infantile à la consultation pour nouveau-nés de Tarnier est seulement de 46‰ (147). Le docteur Henri de Rothschild parle de ces consultations pédiatriques comme d'« écoles des mères » (148). Il arrive que le risque de contagion dans les consultations pour nouveau-nés inquiète ; des mesures de précaution suffisantes sont alors adoptées.

Les acquis de la révolution pastorienne sont de nouveau discutés au début du XXe siècle, car l'amélioration des conditions de vie et les progrès de l'industrie agro-alimentaire permettent d'assouplir les mesures d'hygiène drastiques imposées depuis ses découvertes (149).

2 – L'étude des pathologies pédiatriques

Dès la fin du XVIIIe siècle, certaines maladies infantiles avaient été mises en évidence, sans pour autant avoir été identifiées. La pédiatrie ne commence à devenir une préoccupation et une discipline médicale à part entière qu'au XIXe siècle en se séparant progressivement de l'obstétrique à laquelle elle était réunie par la force des choses. La *Chaire de clinique des maladies des enfants* – première chaire universitaire de pédiatrie – est créée en 1879 par le docteur Parrot. Puis grâce à la sémiologie, déjà introduite par René Laënnec, à la théorie des germes mise au point par Pasteur dans son *Mémoire sur la théorie des germes et ses applications à la médecine et à la chirurgie*, aux sciences physiques mises au service de la médecine – rayons X, Röntgen 1896 – et à la découverte de la notion de virus en 1899, la physiopathologie naît.

Le champ des connaissances pédiatriques s'élargit. Les conséquences des accouchements traumatiques sont étudiées : céphalématome, bosse séro-sanguine, paralysie obstétricale du plexus

brachial décrite par Erb en 1874, paralysie faciale, asphyxie néonatale et détresse respiratoire. Pour le professeur Tarnier, les forceps sont le principal responsable (107). Sont découvertes la tétralogie de Fallot en 1885, la maladie cœliaque en 1888, la communication interventriculaire en 1889 (51), le mécanisme supposé de l'ictère en 1909 (150).

Les carences dont souffrent les enfants deviennent un nouveau domaine de recherche. Ainsi, le lien se fait entre le rachitisme – favorisant les pneumonies – et la carence en vitamine D, entre le scorbut et la carence en vitamine C, entre les convulsions et les carences en calcium, entre le goître et la carence en iode (51). De leur côté, certaines sages-femmes s'interrogent sur les causes de certains maux, comme Mademoiselle Prost à propos des coliques des enfants, dans le *Journal des sages-femmes* (151). L'étude des maladies infectieuses et la découverte des nombreux germes responsables – celui de la typhoïde, puis celui de la tuberculose, de la diphtérie, du choléra puis de la peste – a permis d'initier des recherches sur la sérothérapie pour mettre en place leur prévention.

Enfin, les maladies congénitales ou héréditaires sont longtemps restées mystérieuses. La reine Victoria (1819-1901), en transmettant l'hémophilie à ses garçons et les gènes à ses filles, a donné un cas d'école au monde scientifique de l'époque, encore peu familiarisé avec les maladies héréditaires. C'est ainsi que peu à peu la connaissance des pathologies permet de prendre en charge les enfants comme des petits patients et non plus comme des êtres fragiles pouvant mourir à tout instant. Le premier hôpital pour enfants avait ouvert en 1802 à Paris, et en 1901 trois nouveaux hôpitaux pédiatriques sont fondés : il s'agit de l'hôpital Trousseau, de l'hôpital Bretonneau et de l'hôpital Hérold (2). Certaines maladies vont bénéficier de nouveaux traitements : transfusion dès 1909 (152), traitement de la maladie hémorragique des nouveau-nés en 1914. Mais la pharmacopée de l'époque, rudimentaire, ne peut pas être invoquée comme une cause de baisse de la mortalité infantile ; en revanche, la vaccine a quant à elle contribué à son déclin (51).

3 – La vaccine

3.1 – Constats et législation

Peu après 1796 et Jenner, avait commencé la vaccination contre la variole. Dès 1800, les enfants avaient été déclarés prioritaires car plus vulnérables, mais seulement 8% des vaccinés avaient moins d'un an l'année suivante (6).

Il faut attendre la fin du XIXe siècle pour que la pratique se diffuse et que les parents, d'abord hostiles, acceptent la vaccination de leurs enfants (153). Les autorités ont parfois du mal à être tenues informées de la diffusion de la vaccine. Par exemple, dans Paris, seulement trois ou quatre mairies sur les vingt transmettent à l'administration les données récoltées (154). C'est dans ce contexte qu'en 1876,

dans le *Journal des sages-femmes*, le docteur Joseph Schneller sensibilise le lectorat à la question de la vaccine. Il assure que si une personne vaccinée est atteinte par la variole, la maladie est plus courte et moins sévère. En outre, il soutient que la mortalité due à la variole chez les personnes vaccinées avec succès représente le quart de la mortalité chez les personnes non vaccinées. Il alerte sur le fait que la vaccination n'empêchant pas d'avoir la variole, les personnes non vaccinées constituent un danger permanent pour les personnes vaccinées. En conséquence de quoi il insiste sur l'importance de la vaccination de masse et justifie l'intervention de l'État, allant jusqu'à suggérer une loi internationale de vaccination obligatoire (155).

Si la vaccination semble effectivement limiter les épidémies, des mesures de police sanitaire contre leur survenue sont mises en place suite à une pétition lancée par la Société d'hygiène publique et déposée au Parlement. Cette pétition réclame la déclaration obligatoire des cas de variole confirmée, l'isolement rigoureux des cas, l'interdiction des transports publics aux varioleux, la désinfection des appartements, la vaccination obligatoire des enfants avant six mois, la revaccination obligatoire tous les dix ans, et le certificat de vaccination qui mentionne le succès ou l'échec de la vaccination (156). Dans un premier temps, des séances de vaccination gratuites se multiplient dans le but de conférer l'immunité la plus efficace possible (157) car les épidémies restent redoutées : le *Journal des sages-femmes* les mentionne comme des causes de surmortalité (158).

De son côté, l'Académie de médecine semble mettre un point d'honneur à s'impliquer dans la question de la vaccine (159) : à la fin du XIX^e siècle 80% des enfants sont vaccinés contre la variole (96). La loi du 30 novembre 1892, concernant la déclaration obligatoire des maladies contagieuses, oblige les médecins, officiers de santé et sages-femmes à déclarer douze maladies. Il s'agit bien entendu de la variole et de la varioloïde, mais aussi de la fièvre typhoïde, du typhus exanthématique, de la scarlatine, de la diphtérie, de la suette miliaire, du choléra et des maladies cholériformes, de la peste, de la fièvre jaune, de la dysenterie, des infections puerpérales si l'accouchement n'est pas tenu secret, et enfin de l'ophtalmie des nouveau-nés. Les autorités publiques doivent être informées à l'aide de cartes détachées d'un carnet à souche (160). Et enfin, la première loi de protection de la santé publique de 1902 en France instaure l'obligation de vaccination anti variolique pour les enfants (69).

3.2 – Les méthodes de vaccination

La sage-femme qui vaccine est tenue d'effectuer ce geste avec une hygiène plus qu'irréprochable en respectant les principes d'asepsie. À l'aide d'un vaccinostyle, c'est-à-dire d'une lancette, elle pratique une incision sur la partie supéro-externe du bras, au niveau du muscle deltoïde, ce qui lui permet d'y déposer le virus isolé. Apparaît ensuite une pustule vaccinale, dont il faut attentivement suivre l'évolution. La période d'incubation dure trois jours, puis la période d'éruption précède la période de

dessication. Au douzième jour, l'irritation disparaît, formant une croûte qui tombe un mois après l'intervention. Enfin, une tache cutanée claire persiste à vie. La vaccination peut être faite peu de temps après la naissance (161). Cette méthode employée pour vacciner, lue dans le *Journal des sages-femmes*, ne fait pas toujours l'unanimité. Certains suggèrent de nouvelles stratégies opératoires : l'Aide-Major Boigey propose d'utiliser le marteau de Mayor au préalable trempé dans l'eau bouillante pendant trois minutes et appliqué sur la peau, pour déposer sur la peau ainsi brûlée et rendue séreuse, le vaccin. Expérimentée sur dix-huit personnes, sa méthode ne présente qu'un seul échec (162). Par ailleurs, la revaccination (163) (164) est un sujet qui préoccupe la sphère médicale.

3.3 – Les sages-femmes et la vaccine

En 1837, les sages-femmes avaient reçu l'autorisation de vacciner (76). Elles sont encouragées dans le *Journal des sages-femmes* à vacciner et revacciner (165). En 1879, dans la Sarthe, cent sages-femmes vaccinent, pour cent-trente médecins. Ces derniers reconnaissent d'ailleurs qu'elles sont très efficaces dans ce domaine. Disposant de plus de temps, les sages-femmes sont de surcroît moins exigeantes sur les honoraires. De plus, par leur abord plus facile, elles développent davantage de complicité avec les familles ouvrières, où les naissances sont nombreuses. Enfin, elles connaissent le nombre de naissances de leur commune puisque c'est elles qui accompagnent la majorité d'entre elles (76). L'Académie de médecine les remercie pour les services rendus dans cette mission de vaccination. Cette reconnaissance est publiée chaque année dans le *Journal des sages-femmes* : leurs prix et médailles y sont répertoriés. Elles partagent avec les médecins non seulement les premiers prix, mais aussi les médailles d'or, de vermeil, d'argent et de bronze. Par exemple, deux sages-femmes et un médecin se partagent le premier prix de mille cinq cent francs en 1879 (166), une sage-femme et trois médecins reçoivent une médaille d'or en 1883 (167), quarante sages-femmes obtiennent une médaille d'argent sur les cent qui sont distribuées en 1883, et en 1884 (168). En dehors de ces récompenses annuelles, certaines sages-femmes peuvent être primées à titre exceptionnel. C'est ainsi que Madame Anna Ramolini, sage-femme d'un bureau de bienfaisance parisien, reçoit un prix de dévouement et de bonne pratique (169). D'autres sont nommées officier d'académie. D'autres encore, comme Mademoiselle Pauline Lassalle, reçoivent du ministre de l'Intérieur, et sur proposition du Préfet, une médaille pour exercice remarquable (170) (171).

De la même façon, la consultation des rapports sur les travaux de la Commission permanente de la vaccine des villes de Dieppe, Le Havre, Neufchâtel, Rouen et Yvetot (172) de 1887 à 1896, disponibles à la Bibliothèque Nationale de France, permet de mettre en évidence les actes accomplis par les sages-femmes, dans la mesure de ce que la statistique de l'époque donne à analyser. Les sages-femmes figurent parmi les plus récompensées pour le nombre de vaccinations réalisées ; selon les villes, elles pratiquent jusqu'à 47% des vaccinations – Dieppe, 1887.

II – La protection sociale de l'enfant

1 – Les œuvres de protection de l'enfant

1.1 – Les Sociétés protectrices de l'enfance

Les Sociétés protectrices de l'enfance (173) (174) se multiplient dans les grandes villes comme Paris, le Havre, Tour, Rouen, Lyon, ... Celle de Paris, fondée en 1865, a pour objectifs de favoriser l'allaitement maternel, surveiller les enfants mis en nourrice, les protéger, et diffuser les nouvelles normes d'hygiène personnelle et sociale ; elle aide financièrement les parents ne pouvant pas rémunérer la nourrice de leur enfant (175). La Société protectrice de l'enfance de Rouen, elle, milite en faveur de la création de crèches dans les usines pour permettre aux mères d'allaiter leur nouveau-né ; elle permet l'ouverture d'un Refuge de nuit et du lait en 1883, organise des cours d'hygiène alimentaire dès 1885, puis est à l'origine de la création d'une Goutte de lait en 1900 (176). La Société protectrice de l'enfance de Marseille, quant à elle, organise des concours : il faut par exemple dissenter sur les questions suivantes : « Par quels moyens pratiques peut-on contraindre les mères à l'allaitement ? », ou encore « Influence de l'alimentation sur le lait » (177). À partir de 1875 les Sociétés protectrices de l'enfance, laïques, multiplient les créations de refuges pour les filles-mères (178).

1.2 – D'autres initiatives

Dans un contexte d'inquiétude politique quant à la dépopulation, il s'agit donc de lutter contre la mortalité infantile ; ligues, œuvres et autres sociétés se multiplient dans ce but. En 1896, l'Alliance nationale pour l'accroissement de la population française est créée par une majorité d'hommes politiques, et très peu de femmes, dans le but de « provoquer les mesures fiscales ou autres propres à augmenter la natalité ». Six ans plus tard, en 1902, la Ligue contre la mortalité infantile est créée par les docteurs Théophile Roussel, Paul Strauss et Pierre Budin afin de « combattre la mortalité excessive et évitable des enfants du premier âge ». Cette dernière compte plusieurs femmes appartenant à la haute bourgeoisie en plein essor : la fondatrice de l'Œuvre nouvelle des crèches parisiennes en 1896, Madame Cremnitz, la vice-présidente de la Société de charité maternelle, la fondatrice de la Société de l'allaitement maternel en 1876 (179), la fondatrice de l'Abri de l'enfance, de la pouponnière de Porchefontaine, véritable « complexe médico-pédagogique » (180), ainsi que des fonctionnaires (14). Cette ligue met en place une école de puériculture avec une consultation des nouveau-nés (181), et propose aux sages-femmes d'assister à des conférences sur l'hygiène et les maladies des nourrissons notamment, données par le professeur Marfan (182).

2 – Les congrès : une réflexion collégiale

La lutte contre la mortalité infantile prend plusieurs formes. Si l'acte médical en est une, il y a aussi et de plus en plus, des rassemblements de professionnels de la petite enfance destinés à les informer, et plus encore, à les informer ensemble. En effet, dès le milieu du XIX^e siècle les congrès sont l'occasion de s'interroger sur l'importance de la mortalité infantile et sur la manière de prendre soin des enfants du premier âge. Dans ce but, la nécessité de perfectionner la formation des médecins et des sages-femmes est évoquée (183).

Alors que naît et se déploie le mouvement hygiéniste, dès 1852 se tient le premier Congrès général d'hygiène, qui devient le Congrès d'hygiène et de démographie à partir de 1882. En effet, la prise de conscience politique et les avancées scientifiques s'allient pour faire diminuer la mortalité infantile, qui décroît trop timidement. Ces congrès sont alors l'occasion de faire la synthèse des informations concernant l'immigration et l'émigration des populations, de travailler sur la façon d'enregistrer les naissances illégitimes, mais aussi d'étudier l'influence de l'hérédité sur la mortalité (184). En 1883 le Congrès international de la protection de l'enfance se réunit pour la première fois, puis en 1895 c'est le Congrès périodique de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie qui est institué. En 1896, le Congrès international pour l'enfance se constitue, et en 1905 le premier Congrès d'éducation et de protection de l'enfance dans la famille et de la Fédération des Parents et Educateurs se réunit ainsi que le premier Congrès international des Gouttes de Lait et de protection de l'enfance du premier âge à l'Institut Pasteur (183). Finalement, les initiatives privées et municipales se multiplient : plusieurs Conseils d'hygiène voient le jour dans des villes de France, comme à Cahors en 1874 (55).

3 – Une législation spécifique

L'intérêt grandissant du législateur pour la première enfance le pousse à rédiger des lois en faveur de celle-ci (185). Ainsi, la maltraitance des enfants fait l'objet de publications dès 1860 puis d'une loi en 1889, – par ailleurs le travail des enfants est encadré et limité en 1892 –, la protection des enfants mis en nourrice est au centre de la loi Roussel en 1874. Cette loi marque un véritable tournant dans la protection infantile dans la mesure où elle régit les modalités de surveillance des nourrices (186). Des inspecteurs ont été envoyés dans les pays limitrophes pour observer les pratiques et établir ensuite un mode de surveillance français le plus efficace qui soit (187). C'est ainsi qu'en 1876 à Paris, un recensement de tous les enfants est lancé dans le but de pouvoir mieux les surveiller et les protéger (188). Simultanément, des lois de protection plus globales comme l'assistance médicale gratuite en 1893, ou concernant la maternité sont promulguées : en 1913 la loi crée le congé postnatal obligatoire de quatre semaines, le congé prénatal restant facultatif (189). En permettant ainsi à la femme de se reposer,

mais sans compensation financière, le congé postnatal permet de mettre en place un allaitement salvateur (190). Par ailleurs, une loi de 1901 protège les mères et leurs enfants en apportant des aides financières pour prévenir l'abandon et l'infanticide (14). L'Académie de médecine reste vigilante en ce qui concerne les soins portés aux enfants du premier âge ; c'est pour cela qu'elle traque certaines assurances qu'elle juge néfastes, qui apportent une compensation financière aux familles en deuil d'un enfant en bas âge. Ces assurances versent vingt francs si l'enfant mort a moins d'un an, vingt-cinq francs s'il a jusqu'à deux ans, moyennant cotisation hebdomadaire. Ce genre d'assurance sur le préjudice moral n'encourage pas les familles à prendre soin de leur nouveau-né, et cela va contre la politique globale de protection infantile (191). Les dispositifs d'aide aux familles s'organisent et sont rendus plus accessibles : par exemple à Nantes cent francs sont donnés à un ouvrier qui se marie, et l'allocation famille nombreuse est versée jusqu'aux quatorze ans de l'enfant (192).

Et ainsi, du côté des dépenses budgétaires de l'État, on estime qu'en 1885, 10% des dépenses de l'Assistance Publique sont octroyées à l'enfance, la très grande majorité étant destinée aux Enfants Assistés. Le budget est multiplié par trois suite à la loi de 1889 de défense des enfants assistés ou moralement abandonnés, et de nouveau en 1908 (193).

III – L'élevage des enfants

1 – Les nourrir

Juste après la naissance la femme ne reçoit pas tout de suite son enfant dans ses bras car elle doit se reposer : elle doit attendre deux ou trois heures avant de lui donner le sein « source d'indicibles jouissances », et commencer ainsi « la grande œuvre de l'éducation maternelle » (194). Deux catégories de femmes peuvent s'occuper de son alimentation : la mère, bien sûr, ou alors la nourrice. Dans les deux cas les sages-femmes ont un rôle à jouer.

1.1 – La mise en nourrice

La mise en nourrice est une pratique répandue au XIX^e siècle ; environ 10% des enfants sont mis en nourrice en 1898, la majorité d'entre eux étant des enfants confiés à l'Assistance publique, illégitimes, ou parisiens (54). La proportion des enfants mis en nourrice est très inégale sur le territoire : ainsi, en 1888 un petit tiers des enfants nés à Paris est mis en nourrice à la campagne, alors que près de la moitié des enfants nés à Lyon, ville industrielle où la majorité des mères sont ouvrières, le sont (17).

1.1.1 – Les nourrices : un portrait-type ?

La nourrice est une femme âgée de vingt à trente ans, ayant accouché il y a cinq mois ou moins, ayant déjà allaité. Qu'elle soit mariée ou non, peu importe. Cependant, la nourrice mariée semble causer davantage d'ennuis que la fille célibataire ; en effet, la croyance selon laquelle les rapports sexuels gâtent le lait voire l'empoisonnent persiste. De plus, forte de sa position sociale, la nourrice mariée est plus exigeante auprès de ses maîtres, alors que la fille-mère cherche à gagner son pain et celui de son enfant naturel (195). Certaines provinces semblent fournir davantage de nourrices que d'autres : à Paris en 1914 une nourrice sur dix est bretonne (196) ; de leur côté, les morvandelles ont une très bonne réputation (17).

En fonction du niveau social de ses maîtres, deux catégories de nourrices se distinguent : les nourrices sur lieu et les nourrices à emporter. Dans une maison riche où la mère peut *abandonner* son devoir, une nourrice sur lieu rémunérée jusqu'à quatre-vingts francs par mois est employée au domicile des parents. Cela permet à l'enfant de ne pas faire un trajet pendant lequel il serait soumis à des conditions climatiques meurtrières. Ce choix est parfois critiqué : la nourrice sur lieu prend de mauvaises habitudes, elle deviendrait gourmande, paresseuse, et multiplierait les dépenses inutiles. L'hygiène de vie de la nourrice sur lieu est stricte et ses maîtres veillent à ce que son moral soit bon car

la tristesse pourrait rendre mauvais son lait (195). Bien qu'elle soit le plus souvent fille-mère (52), il arrive que la nourrice sur lieu soit mariée. Ainsi, ayant *déserté* son foyer, elle a sevré précocement son enfant chez une nourrice au rabais qui en garde plusieurs en même temps, mettant en péril la santé et la vie de son propre enfant (197). Dans le cas particulier des enfants abandonnés, la nourrice de l'hospice nourrit l'enfant jusqu'à ce qu'il soit confié à une nourrice de campagne munie d'un certificat d'allaitement remis par la mairie (32). En 1889, certaines sages-femmes des Côtes-du-Nord font la demande au Comité départemental de protection du premier âge d'être en mesure de placer des nourrices sur lieu. Cela leur ayant été accordé, c'est à partir de ce moment-là que le nombre de nourrices bretonnes à Paris a augmenté.

Beaucoup plus nombreuses, les nourrices à emporter, c'est-à-dire qui sont chez elles avec l'enfant confié et le leur, gagnent moins de vingt francs par mois pour un enfant de l'administration et jusqu'à trente francs par mois pour un enfant de famille (196). Le plus souvent mariées, elles ont tendance à sevrer l'enfant qui leur est confié en favorisant l'allaitement du leur (52).

Il existe encore une autre distinction en fonction du type de nourrissement : les nourrices au sein, c'est l'allaitement mercenaire, et les nourrices sèches. Les premières, plus chères, sont choisies par des parents riches, tandis que les secondes qui donnent le biberon sont choisies par des parents plus pauvres. Cependant, comme le lait est coûteux, elles finissent par donner des aliments solides, impropres aux nouveau-nés (52).

Au vu de cette description, il est possible de conclure qu'il n'existe pas de portrait-type de la nourrice, mais bel et bien une multiplicité de profils.

1.1.2 – Le choix de la mise en nourrice

Les raisons qui poussent les familles ou les mères à mettre leur enfant en nourrice sont variées. Ainsi, Louis de Bonald justifie la mise en nourrice pour la classe aisée comme préservant la « dame de qualité » d'une « fonction trop animale ». En revanche, chez les femmes des classes sociales plus modestes, c'est leur travail pénible et en dehors de leur domicile qui les pousse à mettre leur nouveau-né en nourrice (52). Plus la famille de l'enfant est pauvre, plus l'enfant est envoyé loin en nourrice (17). Autre raison, les rapports sexuels fortement déconseillés pendant l'allaitement et la fidélité des époux l'un envers l'autre poussent à la mise en nourrice de l'enfant afin de ne pas être adultère, si l'abstinence n'est pas envisagée. Un autre motif peut être la fréquence répétée des grossesses et la fatigue qui s'en suit rendant l'allaitement difficile voire impossible (17). Dans certaines régions, la pratique de la mise en nourrice est plus fréquente que dans d'autres.

Le choix de la nourrice se fait dans un Bureau des nourrices spécialisé dans leur recrutement et leur placement. À Paris, il y en a douze en 1879 (98) ; seize en 1900 (198). Depuis la loi Roussel, le

domicile des nourrices à emporter est inspecté. De plus, elles font l'objet d'un interrogatoire et d'un examen, détaillés dans le *Journal des sages-femmes*, qui les déclarent aptes ou non à prendre en charge l'allaitement d'un enfant. Le médecin en charge du recrutement note la situation légale de la candidate, son âge, et la questionne sur son métier, ses habitudes, ainsi que sur la date de son accouchement. Il lui demande si elle a déjà été nourrice, et si ses règles sont revenues : leur retour est un motif de refus d'embauche. L'examen médical permet de rechercher des traces de syphilis, de s'assurer de sa bonne hygiène dentaire, d'examiner ses seins, son lait, et son enfant. Il existe des « épreuves [expérimentales] du lait des nourrices » à la suite desquelles elles sont déclarées aptes ou non. L'examen du lait se déroule ainsi : en trempant une aiguille dans le lait de la nourrice, le bon lait adhère à l'aiguille, le lait trop aqueux n'adhère pas (199).

De son côté, la nourrice s'engage à prendre en charge l'enfant jusqu'au sevrage, à suivre le régime alimentaire spécial qui lui est imposé (Annexe 3), et à entretenir de bons rapports avec le médecin, qui est son défenseur. Elle est encouragée à ne pas consommer trop de médicaments et à traiter son éventuelle constipation par de l'huile de ricin (200).

De façon moins conventionnelle, des femmes surnommées rabatteuses, se sont attribué un rôle aux sorties des maternités, des cliniques d'accouchement et de chez les sages-femmes : elles repèrent les filles-mères qui en sortent avec leur enfant et leur trouvent des nourrices pauvres moyennant un maigre salaire. Le *Journal des sages-femmes* déplore que ces mêmes rabatteuses emmènent l'enfant dans un panier, sans se préoccuper de l'alimenter le temps du voyage (201).

1.1.3 – La surveillance des nourrices

L'application de la loi Roussel est lente et difficile en ce qui concerne la surveillance des nourrices. Elles finissent par accepter la visite du médecin inspecteur car médico-légalement cela les protège en cas de maladie de l'enfant ; de plus, la loi Roussel prévoit une peine en cas de refus des visites de surveillance. Ce n'est qu'en 1900 qu'ont été organisées quatre visites médicales par an pour ces enfants mis en nourrice ; elles sont un moyen de vérifier la compétence des nourrices (196). Dans cette optique, même si certains en freinent l'usage devant le risque de refroidissement de l'enfant (202), l'utilisation du pèse-bébé rend un grand service ; dès 1852 il apparaît comme un moyen de contrôler les nourrices (203). Le *Journal des sages-femmes* conseille même à son lectorat de faire remplir des courbes de poids par les nourrices pour rendre compte de la bonne croissance de l'enfant. Si la nourrice ne veut pas peser l'enfant, c'est qu'elle ne veut pas être contrôlée de peur de se faire congédier (204). Dans les premières semaines, si l'enfant gagne trente grammes par jour, le lait est considéré bon et le travail de la nourrice satisfaisant (199). Au contraire, si l'enfant ne prend pas de poids, il doit changer de nourrice sans attendre.

La consommation d'alcool par la nourrice est un autre sujet abordé par le *Journal des sages-femmes*. En effet, les conséquences sur les enfants sont flagrantes : nervosité, vomissements, convulsions, troubles du sommeil. En 1900, une étude compare le dosage d'alcool dans le sang et dans le lait après consommation par la nourrice. Les conclusions étant que les doses d'alcool dans le sang et dans le lait sont « pratiquement identiques », Madame Henry, sage-femme en chef de la Maternité de Paris, propose ceci aux nourrices : une allocation en argent correspondant à la valeur de l'alcool que désormais elles ne consommeraient plus. C'était les encourager à rester abstinentes (205).

Certaines sages-femmes sont amenées à participer à la surveillance des nourrices dans le cadre de la loi Roussel ; à ce titre, elles peuvent être récompensées (141).

1.1.4 – La surmortalité des enfants mis en nourrice

À partir du moment où un nouveau-né est mis en nourrice, à la campagne ou sur lieu, il est exposé à des risques de différentes natures.

Tout d'abord, pendant le trajet effectué pour rejoindre le domicile de la nourrice à la campagne, l'enfant est exposé au froid et aux aléas du voyage ; il s'agit là d'une des causes de mortalité infantile chez ces enfants (186). En effet, sur les routes venant de Paris et rejoignant la province, des voitures circulent où sont entassés des nourrissons ; dans le Perche la voiture est surnommée le *purgatoire* (201)... Soucieuse de cet état de fait, l'Académie de médecine avait lancé une enquête en 1867 sur la mortalité des enfants légitimes de Paris envoyés en nourrice dans dix départements qui sont la Seine-et-Marne, l'Aisne, l'Orne, l'Eure-et-Loir, l'Yonne, la Somme, la Sarthe, le Loir-et-Cher, le Loiret, et la Nièvre. Les résultats font frémir : le taux de mortalité infantile dans ces départements est de 199‰ pour les enfants qui en sont issus, et de 517‰ pour les enfants légitimes de Paris qui y sont placés. Dans ces dix départements, plus d'un enfant parisien sur deux envoyé en nourrice meurt ; l'enfant envoyé en nourrice meurt davantage que l'enfant du pays (201).

Ensuite, se pose la question du mode d'alimentation réel employé par les nourrices, alors censées allaiter au sein les enfants qui leur sont confiés. À ce sujet, en 1884, le statisticien Bertillon signale que sur le petit tiers des enfants nés à Paris et placés en nourrice, la plupart à la campagne, plus de la moitié de ces enfants sont élevés au biberon ; or à ce propos la situation est vraiment préoccupante (13).

Enfin, l'attachement et le dévouement dont font preuve la majorité des nourrices ne remplacent pas l'amour maternel, plus protecteur (52).

1.2 – L'alimentation des enfants du premier âge

La Commission permanente de l'hygiène de l'enfance, créée en 1870, fait chaque année un rapport à l'Académie de médecine dans lequel elle fait part de ses constats. Une présentation est faite de chaque département en faisant état du climat, du nombre d'habitants, du taux de mortalité infantile et de la façon dont procèdent les mères et les nourrices pour l'alimentation des nouveau-nés. Le rapport de 1873 finit par quatorze « conseils élémentaires aux mères et aux nourrices », dont sept concernent l'alimentation, très en faveur de l'allaitement maternel (206). Cela montre que l'alimentation des enfants du premier âge est un sujet fondamental lorsqu'il s'agit de considérer la mortalité infantile.

1.2.1 – L'allaitement au sein

Les départements où la mortalité infantile est la plus faible sont ceux où l'allaitement maternel est le plus généralisé, comme par exemple dans la Creuse, et plus généralement dans la moitié sud de la France, et en Bretagne, où la grande majorité des enfants est allaitée au sein (196). L'allaitement maternel est présenté dans le *Journal des sages-femmes* comme la meilleure façon de lutter contre la mortalité infantile et la dépopulation française (207).

« L'allaitement », a dit le docteur Jacquemier, « est le mode d'alimentation propre au nouveau-né ». Naturel, il fait tout de même l'objet de très nombreux conseils et préconisations. En effet, les femmes sont encouragées à effectuer une toilette de leurs seins à l'eau de Cologne en fin de grossesse pour les préparer aux tétées (208) (209). De plus, la littérature rapporte qu'il faudrait mettre au sein le nouveau-né deux fois dès le premier jour, puis toutes les deux heures et deux ou trois fois la nuit, la durée de la tétée ne devant pas excéder douze minutes pour éviter les crevasses (210). Concernant les enfants *débiles* – au sens médical du terme –, ce serait toutes les heures et demie qu'il faudrait les nourrir (211). Le *Traité de Marfan* indique les intervalles à respecter entre deux tétées, proposant même de donner un bain de vin aromatique aux enfants qui ne se réveilleraient pas spontanément (212). Une fois l'enfant repu, les articles du *Journal des sages-femmes* insistent pour qu'il soit mis seul dans son lit, et sur le côté (208).

Il existe des cas dans lesquels l'allaitement maternel est vivement déconseillé : quand la mère est trop nerveuse, quand elle a un antécédent personnel de tuberculose pulmonaire, d'accident cardiaque ou cérébral, ou bien quand elle a « des maniaques, des fous » dans sa famille (208). Si l'allaitement par la mère est impossible, la meilleure chose à faire reste de choisir une nourrice (195).

En 1891, le docteur Schling s'interroge sur le passage des médicaments dans le lait de femme, et rajoute que l'alimentation acide n'a pas d'influence sur le lait contrairement aux idées répandues (213). Cependant, certains laits sont qualifiés d'anormaux, par exemple ceux qui sont trop riches en albumine

(214), et sont alors accusés d'être à l'origine de toutes sortes de maux : régurgitations, problème de digestion, eczéma (211).

Dans les cas où l'enfant est nourri au sein, que ce soit par sa mère ou par une nourrice, la transmission des maladies – notamment infectieuses (215) – par le lait devient une question que se posent sages-femmes et médecins. Mademoiselle Prost, sage-femme, rédige un article à propos d'une mère souffrant d'un abcès du sein ayant rendu malade son enfant (216). En 1909, un article soulève l'hypothèse de l'immunité du lait ; ainsi la rougeole, la scarlatine, la diphtérie, la grippe, l'amygdalite, la trachéobronchite, la bronchite, et l'entérite ne seraient pas des obstacles à l'allaitement au sein. Il est seulement préconisé de donner un autre lait pendant la phase aiguë de la maladie (217), mais le sevrage prématuré et brutal n'est jamais présenté comme une solution (218).

1.2.2 – L'allaitement artificiel

À entendre dans le sens de *lait d'origine animale*, l'allaitement artificiel est une solution de secours quand la mère ne peut donner son lait, ou que l'enfant n'est pas capable de téter le sein – *bec-de-lièvre*, *gueule-de-loup* (219). Le contenu comme le contenant peuvent être pathogènes. Dans le Nord de la France, l'allaitement est en majorité artificiel, et les petits enfants meurent davantage (54). Les laits les plus employés sont le lait de vache et le lait d'ânesse ; ce dernier est le plus proche du lait de femme, mais il est plus cher, jusqu'à cinq francs le litre (220). Différents procédés sont utilisés surtout en été pour retarder sa fermentation et ainsi favoriser sa meilleure digestion par les enfants ; le bicarbonate de soude est employé dans ce but (221).

Cependant, le lait animal non stérilisé véhicule des maladies parfois mortelles, mais en le stérilisant, la mortalité infantile diminue. Il faudra du temps pour s'en rendre compte et pour changer les habitudes. En 1890 pour la première fois (222), le lait de vache stérilisé est utilisé pour l'allaitement artificiel. Causant de fréquentes gastro-entérites et des réactions anaphylactiques (223), il faut encore bien des recherches pour trouver la meilleure façon de nourrir les enfants ne pouvant être nourris au sein. C'est seulement en 1892 que l'Académie de médecine reconnaît le lait stérilisé comme étant d'une qualité supérieure au lait non stérilisé (28). Le *Journal des sages-femmes* publie les analyses du lait stérilisé de la ferme d'Arcy-en-Brie qui arrive à Paris tous les jours dans des vases de cristal. Des institutions destinées à réduire la mortalité infantile sont fondées comme la Goutte de lait, par le docteur Dufour à Fécamp en 1894, où du lait stérilisé est distribué chaque jour aux mères nécessiteuses (224) ; c'est un succès car dès 1898, il reçoit un tiers des enfants de Fécamp en consultation (225). Deux ans avant le docteur Dufour, le docteur Variot avait ouvert un dispensaire du même genre distribuant du lait stérilisé dans le quartier parisien de Belleville (38). De la même manière, le docteur Henri de Rothschild met en place des dispensaires où du lait est distribué à vingt-cinq centimes le litre (226).

Plusieurs laits modifiés sont aussi expérimentés, le « lait humanisé de Vigier » en 1893, le « lait maternisé du professeur Gaertner » en 1894 à Vienne en Autriche, le « lait maternisé du professeur Backhaus » en 1896, le lait peptonisé de Budin et Michel en 1897 (227). Cependant, trop souvent associés à l'apparition de carences, en particulier du scorbut infantile, ces laits modifiés disparaissent au profit du lait animal pur stérilisé (228). Cependant, les enfants continuent de mourir même avec le lait stérilisé : certains l'expliquent en l'accusant d'être un lait *mort*, alors que « ce qu'il faut à l'enfant c'est du lait vivant » (229).

Une autre pratique très répandue est à l'origine des désastres causés par l'allaitement artificiel : il s'agit du coupage du lait. En effet, le lait allongé d'eau donne des diarrhées et des vomissements déshydratant l'enfant qui, dénutri, risque la mort (230) (231). L'eau à la potabilité incertaine apporte ses propres germes, plus ou moins dangereux. De plus, cette pratique ne fournit pas les apports nutritifs suffisants, causant la perte d'appétit et la dilution des sucs gastriques. En 1897, Paul Strauss crée la Commission spéciale d'étude de la question du lait, et organise la surveillance des laitiers. En effet, ces derniers ont tendance à couper le lait pour en vendre davantage (226).

Et maintenant, le contenant. En usage depuis longtemps déjà, en étain ou en poterie, le biberon est de plus en plus utilisé. C'est alors la grande époque du biberon Robert (Annexe 5) en verre et à tuyau. Dès son apparition au début des années 1870, primé à plusieurs reprises, et vendu comme étant le seul n'épuisant pas les enfants, il fait pourtant rapidement des ravages. L'enfant reste de longues heures sans surveillance, seul avec le biberon en verre susceptible de se casser, et le tuyau chargé de bactéries traînant dans les draps du lit. Certains le surnomment le *biberon tueur*, considérant que « le tolérer c'est favoriser l'infanticide ». Le *Journal des sages-femmes* fait malheureusement paraître de nombreuses réclames encourageant sans mise en garde l'utilisation du biberon Robert, suite aux différentes modifications qu'il subit (232). Les autorités préfectorales l'interdisent dès 1885 dans le Calvados, avant que l'interdiction nationale de production soit rendue effective en 1910. Là où il est supprimé, il est remplacé par la cuiller, le verre, ou d'autres modèles de biberons. En Normandie, où l'allaitement artificiel est majoritaire, le lait de vache est donné, bouilli, parfois coupé de cidre ou de vin, dans des petits pots constitués d'un alliage au plomb, les rendant très dangereux. La mortalité par maladie digestive y est plus importante qu'ailleurs sur le territoire et la diarrhée y est même surnommée le « mal de l'an » car elle décime les enfants de moins d'un an (225).

1.2.3 – D'autres pratiques

Même si le lait, qu'il soit maternel ou animal, reste la nourriture la plus fréquemment donnée, il arrive que la mère prépare des bouillies de froment qu'elle mélange avec du lait. Après l'avoir prémâchée, elle la donne à la cuiller à son nouveau-né (3). Ce genre de pratique, tout comme

l'administration d'eau de fleur d'oranger, est condamnée par le *Journal des sages-femmes* qui alerte sur ses conséquences catastrophiques (210).

2 – Le sevrage précoce

Avant son premier anniversaire, et alors que l'allaitement pourrait être prolongé, il arrive que l'enfant soit sevré de manière anticipée. Quand la mère n'est plus disponible pour l'allaiter, ou que la nourrice ne peut plus être payée, l'enfant est donc alimenté avec autre chose que du lait. Le *Journal des sages-femmes* aborde de façon régulière le sevrage (233) et l'alimentation (234) des enfants du premier âge, en mettant particulièrement en garde contre leur sevrage trop précoce qui favorise leur mort. Le sevrage est ainsi déconseillé avant que la quatrième incisive soit sortie (235). En effet, il est plutôt recommandé de débiter progressivement le sevrage à huit ou neuf mois (236), en tenant compte de la saison, tout en poursuivant l'allaitement afin d'éviter notamment « l'anaphylaxie alimentaire ». Le scorbut est craint comme conséquence du sevrage. Finalement les sages-femmes, ferventes ambassadrices de l'allaitement maternel, encouragent les femmes à le poursuivre le plus longtemps possible.

Si la viande est déconseillée dans les débuts de la diversification alimentaire, les bouillons, et les préparations à base de farine d'avoine sont conseillées ; la farine Morton connaît alors un vif succès dans ces circonstances (237), même si elle favorise la constipation si l'on en abuse (238). Il s'agit de gruau concassé et moulu, très apprécié des enfants du premier âge pour son goût de noisette et de vanille ; très digeste, c'est l'« aliment par excellence dans l'hygiène infantile », vanté par un médecin inspecteur des petits enfants dans le *Journal des sages-femmes* (239).

3 – Leur santé

3.1 – Les débuts de la puériculture

C'est en 1863 que le docteur Caron emploie pour la première fois le mot *puériculture* dans son ouvrage *Hygiène de la première enfance et des nouveau-nés ou Puériculture* (240). Elle a pu ensuite prendre davantage d'ampleur grâce aux découvertes de Pasteur. De plus, l'institution scolaire s'empare de cette nouvelle discipline en introduisant l'enseignement de la puériculture dans les classes de jeunes filles et dans leurs manuels scolaires. Son essor s'accompagne de changements dans les habitudes d'élevage des petits enfants, à la fois dans leur alimentation mais aussi dans la façon de les vêtir, et de l'introduction des nouvelles règles d'hygiène, tout ceci contribuant à l'amélioration de leur santé dès leur naissance.

L'habiller de façon adaptée peut en effet lui éviter des maladies et des accidents : les nouveau-nés sont désormais emmaillotés à l'anglaise pour favoriser les mouvements de leurs jambes et non plus

à la française, qui facilitait la macération ; les enfants plus grands sont incités à porter des chaussures. De son côté, la diversification alimentaire progressive remplace le sevrage brutal, et enfin la toilette des nouveau-nés rentre dans les habitudes car la crasse n'est plus considérée comme protectrice, mais au contraire pourvoyeuse de maladies (3) (241). Ainsi, l'enfant est lavé à l'eau tiède quand il est sale (194). Ces précautions font partie des informations que les sages-femmes transmettent à leurs patientes (242).

L'hygiène, et plus particulièrement encore l'hygiène de l'enfance, préoccupe à tel point tous les acteurs du monde médical et social, que des expositions sont organisées sur ces sujets (243) (244) (245). Dans le même esprit, des concours sont lancés, notamment par la Société d'hygiène de l'enfance qui, en 1900, propose le sujet suivant : « Rachitisme, ses causes, ses effets immédiats et éloignés. » ; les concurrents – français, allemands, anglais, italiens et espagnols – sont tenus de rendre un mémoire (246).

Avant l'avènement de la puériculture, l'enfant est bien souvent couché dans le lit de ses parents ou de ses frères et sœurs pour le protéger du froid, malgré les mises en garde quant au risque d'étouffement. De plus, il existe un risque infectieux évident lié aux lochies dans le lit maternel, et un risque que la mère, fatiguée de l'enfant qui pleure dans son lit, ait un *lait mauvais*, lui causant des troubles digestifs (208). C'est seulement vers la fin du XIXe siècle que la chambre d'enfant se développe, dans la bourgeoisie (3). Le *Journal des sages-femmes* en fait une description détaillée, précise et assez idéalisée. Ne devant servir qu'à dormir et non à entreposer le linge, elle doit être vaste, lumineuse, aérée, exposée au sud, la surface de la fenêtre devant faire au moins un tiers de la surface du parquet. Les chambres mansardées ou en sous-sol sont interdites. En été, la fenêtre, grillagée, doit être ouverte ; en hiver, il faut chauffer la chambre à la vapeur d'eau ou au feu de bois en prenant garde de grillager la cheminée ; la température de la pièce ne doit pas excéder 18°C. Dans la mesure du possible les murs doivent être clairs, l'éclairage doit se faire à l'électricité ou à la bougie mais surtout pas au pétrole ni au gaz (247). Les taudis sont des mouiroirs pour les enfants du premier âge ; quand des familles très nombreuses vivent dans une même pièce n'ayant aucun système d'aération efficace, la transmission des maladies infectieuses parfois mortelles est facilitée. L'insalubrité engendrée par la promiscuité aggrave la misère de ces familles, souvent touchées par l'alcoolisme. A contrario, la mortalité infantile chute dès que les logements sont salubres (248).

La question de l'eau courante et potable est abordée dans le *Journal des sages-femmes* ; il est vrai qu'elle joue un rôle central dans la vie du petit enfant qui doit pouvoir être lavé, habillé proprement, et une fois sevré, étancher sa soif par de l'eau potable. Les grandes villes sont avantagées : à Paris en 1874, la moitié des foyers bénéficient du service des eaux (249). Mais faute d'équipements, cette eau potable manque souvent : à la fin du XIXe siècle, l'eau courante n'est pas installée à la campagne et si elle est contaminée, elle représente un vrai danger. La purification des puits suspects fait partie des moyens mis en place pour donner un accès plus généralisé à l'eau potable (250).

3.2 – La lutte contre certaines pratiques traditionnelles

La sage-femme lutte autant qu'elle peut contre certaines croyances traditionnelles tenaces souvent responsables d'erreurs dans la façon de prendre soin des enfants du premier âge. En effet, les mères héritent des générations précédentes de croyances et de pratiques parfois mal inspirées. Il y a aussi les on-dit et les rumeurs qui perdurent. Par exemple, elles vont sevrer brutalement l'enfant si elles sont contrariées, nerveuses ou tristes, pensant que leur lait est devenu mauvais puisque c'est une *humeur fragile* (65). D'autres ne vont pas peser l'enfant, persuadées que cela arrêtera sa croissance ; d'autres encore sont persuadées que le petit pot rend forts les petits enfants, que le lait chauffé est indigeste, ou que le retour des règles rend le lait mauvais (251).

3.3 – Une littérature florissante à l'intention des mères

Le rôle des sages-femmes est d'autant plus important qu'elles font partie des personnes instruites qui peuvent transmettre leur savoir aux femmes qui le sont moins. Or le taux de mortalité infantile diminue lorsque l'alphabétisation et le niveau d'instruction des parents augmentent. Certaines jeunes mères sont désemparées à la naissance de leur enfant, et c'est malheureusement par ignorance qu'il tombe malade et risque la mort. Les manuels publiés à leur intention ont pour but d'aller contre cette ignorance. C'est ainsi que le *Journal des sages-femmes* présente des ouvrages destinés aux mères, que les sages-femmes sont invitées à lire et à conseiller. Les sujets abordés peuvent être la démographie française et la dépopulation, les nouvelles règles d'hygiène. Mais le sujet principal reste l'allaitement maternel et ses bienfaits, avec les conseils associés, à savoir le réglage des tétées, la pesée des enfants, l'allaitement mixte, la ration des bébés au sein, les techniques d'allaitement artificiel, de stérilisation, le lait de vache, les Gouttes de lait, la dentition et le sevrage (46).

En 1876, le docteur Brochard, rédacteur en chef de *La jeune mère, ou l'éducation du premier âge* dès 1873, donne un cours sur l'hygiène et les maladies des nourrissons auquel les sages-femmes sont d'ailleurs conviées. D'autres auteurs se lancent dans l'écriture de ces ouvrages à destination des mères. C'est ainsi que paraissent *L'art de soigner les enfants malades, guide hygiénique des mères* en 1891 (252), *Conseils médicaux aux mères de famille pour les soins à donner aux jeunes enfants* en 1912, qui introduit un chapitre sur la vaccination (253), ou encore *Hygiène de l'enfance* avec des notions d'anatomie et de physiologie de l'enfant (254), et le *Manuel d'hygiène et d'enseignement social* en 1914 (255). Ces ouvrages à l'intention des mères, présentés dans le *Journal des sages-femmes*, sont l'occasion de les alerter sur l'hygiène de manière générale. Forcément, les familles les plus pauvres n'ont pas accès à ces publications et c'est aux sages-femmes de relayer les informations qu'elles contiennent.

Conclusion

Ce travail a permis de percevoir le rôle déterminant des sages-femmes sous la III^e République commençante et jusqu'en 1914 dans la prise en charge des causes de la mortalité infantile. En première ligne en ce qui concerne la naissance et la protection des enfants du premier âge, même si elles prennent une faible part dans les décisions et la mise en place des organisations de lutte contre la mortalité infantile pendant notre période, elles demeurent le bras agissant sur le terrain auprès des femmes enceintes et accouchées, et auprès des nouveau-nés. En effet, elles sont là les premières à agir, et à agir de mieux en mieux.

De fait, les sages-femmes forment un corps de professionnelles de la santé à part entière, avec ses écoles d'accouchement, ses études spécialisées, son diplôme et la solennité de sa remise, et une presse spécialisée avec plusieurs titres au premier rang desquels le *Journal des sages-femmes*. De plus en plus nombreuses à recevoir une formation reconnue, elles acquièrent un savoir médical de qualité au service de la mère et de l'enfant. Elles permettent aux femmes de donner naissance à leurs enfants dans les meilleures conditions possibles, et à mieux les élever ensuite, notamment en matière d'hygiène. Enfin, elles jouent un rôle majeur dans la protection de la première enfance en faisant la promotion de l'allaitement maternel à l'heure où les biberons véhiculent de nombreux germes, et en participant activement aux campagnes de vaccination. Elles exercent leur métier avec dévouement, abnégation parfois lorsqu'elles poursuivent l'accompagnement de leurs petits protégés bien au-delà de leur première enfance.

À la fin de notre période, alors que le XX^e siècle ne fait que commencer, si les sages-femmes regardent les quelques décennies qui viennent de s'écouler, elles peuvent être fières de leur travail. Elles ont contribué, avec d'autres, à faire baisser la mortalité infantile dans des proportions encore jamais atteintes. Sans doute ont-elles eu la meilleure part, même si les décisions en haut lieu ne leur appartenaient pas vraiment. Cette baisse de la mortalité infantile satisfait à la fois les familles, soumises à la douleur de la perte d'un tout petit, le monde scientifique et médical, légitimement fier d'y contribuer, et l'État, motivé par des préoccupations démographiques et militaires.

À la veille de la première guerre mondiale, la lutte contre la mortalité infantile encore trop élevée n'est pas encore achevée. Il manque encore entre autres la révolution antibiotique et les progrès de la médecine néonatale pour faire baisser encore davantage et durablement la mortalité infantile.

Bibliographie

1. Lyonnais E. Le rôle de la sage-femme dans la prise en charge des causes de mortalité maternelle entre 1870 et 1914. 2011;
2. Morel M-F. Les soins prodigués aux enfants : influence des innovations médicales et des institutions médicalisées (1750-1914). Médecine et déclin de la mortalité infantile. Annales de Démographie Historique. 1989;157-81.
3. Morel M-F. Le bébé dans la France ancienne (XVIe-XIXe siècle). In: Le bébé d'hier, d'aujourd'hui, de demain et de toujours. 1997.
4. Morel M-F. Sages-femmes et accoucheurs : perspectives historiques. In: Naître aujourd'hui. Éditions Glyphe. 2015. p. 239-55. (Société, histoire et médecine).
5. Lesaege A. La mortalité infantile dans le département du Nord de 1815 à 1914. Revue du Nord. 1970;52(205):238-44.
6. Masuy-Stroobant G, Poulain M. La variation spatiale et temporelle du déclin de la mortalité infantile dans nos régions. Espace Populations Sociétés. 1983;1(1):67-73.
7. Beauvalet S, Boutouyrie P. Du geste qui tue au geste qui sauve. Épidémies et procédures médicales invasives à Paris au XIXe siècle : l'exemple de la maternité de Port-Royal. Annales de Démographie Historique. 1998;1997(1):135-55.
8. Gourdon V, Rollet C. Les mort-nés à Paris au XIXe siècle : enjeux sociaux, juridiques et médicaux d'une catégorie statistique. Population. 2009;Vol. 64(4):687-722.
9. Woods R. La mortinatalité : éclairage historique sur des problèmes persistants d'estimation et d'interprétation. Population. 2008;63(4):683-708.
10. Gourdon V, Sage-Pranchère N. Enregistrer et gérer mort-nés et fausses couches en France. 2018;
11. Nadot R. Évolution de la mortalité infantile endogène en France dans la deuxième moitié du XIXe siècle. Population. 1970;25(1):49-58.
12. Journal des sages-femmes, 16 novembre 1873 - A nos lectrices.
13. van de Walle E, Preston SH. Mortalité de l'enfance au XIXe siècle à Paris et dans le département de la Seine. Population. 1974;29(1):89-107.
14. Rollet C. Ligue contre la mortalité infantile et Alliance pour l'accroissement de la population française : deux familles de pensée et d'actions? Revue d'histoire de la protection sociale. 2017;N° 10(1):161-77.
15. Duroselle J-B, Gerbert P. Histoire 1848-1914. Fernand Nathan. Paris; 1961. 546 p. (Jean Monnier).
16. Bouillon J, Sohn A, Brunel F. 1848/1914. Paris: Bordas; 1978. 352 p.
17. Romanet E. La mise en nourrice, une pratique répandue en France au XIXe siècle. Transtext(e)s Transcultures 跨文本跨文化 Journal of Global Cultural Studies [Internet]. 1

déc 2013 [cité 19 mai 2019];(8). Disponible sur:
<http://journals.openedition.org/transtexts/497>

18. Marseille J, Azéma J-P, Borne D, Bouillon J, Joutard G, Margairaz M, et al. Histoire 1re (nouveau programme paru en 1988). Jean-Marie Clausse, Jacques Montaville. Paris: Nathan; 407 p.
19. Brée S. La fécondité en banlieue parisienne dans la seconde moitié du XIXe siècle. *Annales de démographie historique*. 2013;126(2):81-112.
20. Becquemin M, Chauvière M. L'enfance en danger : genèse et évolution d'une politique de protection. *Enfances Psy*. 2013;N° 60(3):16-27.
21. Dumont M, Morel P. Histoire de l'obstétrique et de la gynécologie. Lyon; 1968.
22. Knibiehler Y. Histoire des mères et de la maternité en occident. 4e édition. Presses universitaires de France, 2000; 2017. 123 p.
23. Salle BL, Vert P. Néonatalogie : passé et présent. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*. 2013;197(6):1231-42.
24. Meslé F, Vallin J. Reconstitution de tables annuelles de mortalité pour la France au XIXe siècle. *Population*. 1989;44(6):1121-58.
25. Barbieri M. La mortalité infantile en France. *Population*. 1998;53(4):813-38.
26. Jusseaume A. Soigner des femmes en couches : un interdit levé pour évangéliser? Les Petites sœurs de l'Assomption auprès des parturientes à la fin du XIXe siècle et au début du XXe siècle. *Chrétiens et sociétés XVIe-XXIe siècles*. 2012;(19):177-153.
27. Dedet J-P. La microbiologie, de ses origines aux maladies émergentes. Dunod; 2007. 290 p.
28. Rollet C. La politique à l'égard de la petite enfance sous la IIIe République. INED; 1990. 652 p.
29. Cavé I. Etat, santé publique et médecine à la fin du XIXe siècle français. Editions L'Harmattan; 2016. 344 p.
30. Drouet S. Santé et environnement en France : deux siècles de « symbiose » juridique (1802-2002). *Revue juridique de l'Environnement*. 2003;28(3):319-38.
31. Goubert J-P. L'eau et l'expertise sanitaire dans la France du XIXe siècle : le rôle de l'Académie de médecine et des congrès internationaux d'hygiène. *Sciences Sociales et Santé*. 1985;3(2):75-102.
32. Lauzier A-C. Pratiques d'allaitement à Port-Royal et aux Enfants-Assistés à la fin du XIXe siècle. 2011;82.
33. Sautereau M. Aux origines de la pédiatrie moderne : le Docteur Léon Dufour et l'œuvre de la « Goutte de lait » (1894-1928). *Annales de Normandie*. 1991;41(3):217-33.
34. Verdier P, Noé F. L'aide sociale à l'enfance. Dunod; 2013. 441 p.
35. Léonard J. Femmes, religion et médecine. *Annales*. 1977;32(5):887-907.

36. Journal des sages-femmes, 16 juin 1879 - Renseignements et nouvelles. - Asile de nuit pour femmes et enfants.
37. Bucquet P. Enquête sur les bureaux de bienfaisance. Documents recueillis par les inspecteurs généraux des établissements de bienfaisance, et Rapport au Ministre sur la situation des bureaux de bienfaisance en 1871. Imprimerie Nationale; 1874. 1048 p.
38. Marec Y. Accueillir ou soigner? L'hôpital et ses alternatives du Moyen Âge à nos jours. Publications des universités de Rouen et du Havre; 2007. 462 p.
39. Lefaucheur N. La résistible création des accoucheurs des hôpitaux. Sociologie du travail. 1988;30(2):323-52.
40. Journal des sages-femmes, 16 janvier 1876 - Nouvelles. - Service médical de nuit.
41. Journal des sages-femmes, 16 mars 1876 - Le service médical de nuit et les sages-femmes.
42. Journal des sages-femmes, 16 juin 1876 - Le service médical de nuit et les sages-femmes.
43. Journal des sages-femmes, 1er février 1879 - Préfecture de police. - Service médical de nuit de la ville de Paris.
44. Girard L. Les soins professionnalisés aux nouveau-nés : de l'approche historique à une approche centrée sur la famille. Dossiers de l'obstétrique. 2007;(366):30-9.
45. Beauvalet S. La tragédie des maternités hospitalières au XIXe siècle et les projets de réaménagement. Spirale. 2010;54(2):21-9.
46. Journal des sages-femmes, 1er février 1909 - Bibliographie. - L'hygiène infantile, allaitement maternel et artificiel, sevrage, par le Dr G. Variot.
47. Morel M-F. La mort d'un bébé au fil de l'histoire. Spirale. 2004;no 31(3):15-34.
48. Sangoï J-C. La mortalité infantile dans le Midi toulousain au début du XIXe siècle. Annales du Midi. 2005;117(252):527-46.
49. Bourgeois-Pichat J. La mesure de la mortalité infantile. Principes et méthodes. Population. 1951;6(2):233-48.
50. Rollet C. Les prématurés au XIXe siècle : entre humanisme et technique. Érès; 2013.
51. Baudon J-J. Naissance de la pédiatrie au 19ème siècle. La Presse Médicale. Elsevier Masson. 2017;
52. Rollet C. L'allaitement artificiel des nourrissons avant Pasteur. Annales de démographie historique. 1984;1983(1):81-92.
53. Journal des sages-femmes, 16 novembre 1912 - Renseignements et nouvelles. - La guerre au biberon en Allemagne.
54. Rollet C. Allaitement, mise en nourrice et mortalité infantile en France à la fin du XIXe siècle. 1978;
55. Fine A. Mortalité infantile et allaitement dans le Sud-Ouest de la France au XIXe siècle. Annales de démographie historique. 1978;81-103.

56. Viazzo PP. Les modèles alpins de mortalité infantile. *Annales de Démographie Historique*. 1994;1994(1):97-117.
57. Dalibot A. Le berceau de la puériculture moderne - Les soins du nouveau-né par la sage-femme à la maternité de Paris au XIX^e siècle. 2003.
58. Rollet C, Bourdelais P. Infant mortality in France - 1750 - 1950 - Evaluation and perspectives. In: *The decline of infant mortality in Europe - 1800 - 1950 - Four national case studies*. Istituto degli innocenti di Firenze. Florence: Carlo Alberto Corsini, Pier Paolo Viazzo; 1993. p. 51-67.
59. Brée S. Les femmes qui accouchent à l'hôpital à Paris au XIX^e siècle. In: *Actes du XVI^e colloque national de démographie*. Aix-en-Provence; 2013. p. 265-79.
60. Clément A. L'analyse du déclin dans la seconde moitié du XIX^e siècle. *Revue économique*. 2015;Vol. 66(5):843-72.
61. Ined. II. La Mortalité. *Population*. 1977;32(2):284-338.
62. Breschi M, Livi Bacci M. Le mois de naissance comme facteur de survie des enfants. *Annales de Démographie Historique*. 1994;1994(1):169-85.
63. Leroy-Ladurie E. Histoire humaine et comparée du climat : le réchauffement de 1860 à nos jours. Vol. 3. Fayard; 2009. 244 p.
64. *Journal des sages-femmes*, 1er juin 1912 - L'hygiène des nourrissons en été : Dr A. Lesage, médecin de l'Hôpital des enfants (Hérault).
65. Rollet C. La mortalité des enfants dans le passé : au-delà des apparences. *Annales de Démographie Historique*. 1994;1994(1):7-22.
66. Morel M-F. Nathalie Sage-Pranchère, *Mettre au monde. Sages-femmes et accouchées en Corrèze au XIX^e siècle*. Tulle, Archives départementales de la Corrèze, 2007, 796 pages. Clio Femmes, Genre, Histoire [Internet]. 2009 [cité 8 févr 2019];(29). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/clio/9339>
67. Hélie A. Les sages-femmes marseillaises : vers un nouveau statut (1826-1945). *Provence historique*. 1989;39(157).
68. Sage-Pranchère N. *L'école des sages-femmes : naissance d'un corps professionnel, 1786-1917*. Presses universitaires François-Rabelais; 2018. 471 p.
69. Sage Pranchère N. L'appel à la sage-femme. La construction d'un agent de santé publique (France, XIX^e siècle). *Annales de démographie historique*. 2014;
70. *Journal des sages-femmes*, 1er août 1894 - Bibliographie. - De nouveaux programmes pour l'enseignement des élèves sages-femmes sont mis en vigueur.
71. *Journal des sages-femmes*, 1er décembre 1894 - Bibliographie. - Manuel complet des sages-femmes.
72. Morel M-F. Histoire de la naissance en France (XVII^e - XX^e siècle). *Actualité et dossier en santé publique*. déc 1007;(61/62):22-8.
73. *Journal des sages-femmes*, 16 avril 1882 - Prévention des affections puerpérales. - Instruction aux sages-femmes.

74. Journal des sages-femmes, 1er janvier 1914 - Pratique obstétricale : quelle doit être l'hygiène de la femme enceinte ? par le Dr Louis Pierra.
75. Klein A. Nathalie Sage-Pranchère, L'école des sages-femmes. Naissance d'un corps professionnel (1786-1917). Lectures [Internet]. 2017 [cité 17 janv 2020]; Disponible sur: <http://journals.openedition.org/lectures/22602>
76. Calbo P. Médecins en Sarthe dans la seconde moitié du XIXe siècle. Annales de Bretagne et des pays de l'Ouest. 1985;92(2):209-24.
77. Journal des sages-femmes, 1er juillet 1885 - Ecole d'accouchements de Paris. - Distribution des prix aux élèves sages-femmes. - Discours de M. le Dr Marchand.
78. Journal des sages-femmes, 1er juin 1876 - Droits et devoirs de la sage-femme.
79. Brée S. Les accouchements hors domicile à Paris au XIXe siècle. In: Actes du XVI^e colloque national de démographie. Aix-en-Provence; 2013.
80. Journal des sages-femmes, 16 décembre 1873 - Droits et devoirs de la sage-femme.
81. Carol A. Sage-femme ou gynécologue ? M.-A. Boivin (1773-1841). Clio Femmes, Genre, Histoire. 1 mai 2011;(33):237-60.
82. Journal des sages-femmes, 1er août 1900 - Invitation adressée aux sages-femmes françaises, par les sages-femmes allemandes.
83. Bocquillet M. La sage-femme, organe officiel du syndicat général des sages-femmes de France - 20 décembre 1897.
84. Morel M-F. Naître à la maison d'hier à aujourd'hui. 2018;
85. Journal des sages-femmes, 8 août 1879 - Bulletin. - Association de secours mutuels pour les sages-femmes.
86. Journal des sages-femmes, 10 juillet 1891 - Société de prévoyance des sages-femmes de France.
87. Journal des sages-femmes, 1er novembre 1897 - Renseignements et nouvelles. - Pétition d'une sage-femme.
88. Journal des sages-femmes, 16 avril 1897 - Pétition des sages-femmes.
89. Journal des sages-femmes, 1er mai 1897 - Protestation des sages-femmes de l'Oise.
90. Journal des sages-femmes, 8 août 1879 - Droits et devoirs de la sage-femme.
91. Daubié J-V. La femme pauvre au dix-neuvième siècle. Vol. 3. Ernest; 1870. 198 p.
92. Journal des sages-femmes, 16 juin 1897 - Renseignements et nouvelles. - La ligue de protection des accoucheuses de France.
93. de Suremain C-E. Modèles d'enfances : successions, transformations, croisements. Archives contemporaines; 2012. 258 p.
94. Leroy F. Histoire de naître : de l'enfantement primitif à l'accouchement médicalisé. De Boeck Supérieur; 2001. 462 p.

95. Brée S. Évolution de la taille des familles au fil des générations en France (1850-1966). *Population*. 2017;Vol. 72(2):309-42.
96. Rohrbasser J-M. Catherine ROLLET, Les enfants au XIXe siècle. 2002;57(1):213-6.
97. *Journal des sages-femmes*, 1er juillet 1876 - Clinique d'accouchements de M. le professeur Depaul. - Accouchement à terme. Bassin rétréci. Administration du seigle ergoté. Céphalotripsie. Rétention du délivre.
98. Delore X. *Nourrices*. 1879. 68 p.
99. Gallois E. *Manuel de la sage-femme et de l'élève sage-femme*. 1886.
100. *Journal des sages-femmes*, 1er juin 1897 - Traitement du cordon ombilical après la naissance.
101. *Journal des sages-femmes*, 16 février 1876 - Une odieuse attaque contre les sages-femmes.
102. *Journal des sages-femmes*, 16 septembre 1897 - La maison des enfants trouvés à Moscou.
103. *Journal des sages-femmes*, 16 mai 1891 - L'accouchement secret en Autriche, en Russie et en France.
104. Marec Y, Martinez-Gros G. Enfance abandonnée et société en Europe (XIVe - XIXe siècle). *Annales*. 1993;48(1):49-51.
105. Dunn PM. Adolphe Pinard (1844-1934) of Paris and intrauterine paediatric care. *Archives of Disease in Childhood Fetal and Neonatal Edition*. 2006;91(3):F231-2.
106. *Journal des sages-femmes*, 16 février 1906 - Revue clinique. - L'avenir des enfants nés par l'accouchement prématuré provoqué.
107. *Journal des sages-femmes*, 16 septembre 1912 - Revue clinique. - La thermométrie chez le nouveau-né (Dr Devilliers).
108. *Journal des sages-femmes*, 1er mars 1879 - Notre confessionnal - Ligature du cordon ombilical.
109. *Journal des sages-femmes*, 16 février 1897 - Ligature et pansement du cordon ombilical, par le Dr Schwab.
110. *Journal des sages-femmes*, 1er mai 1882 - Revue clinique. - La prophylaxie de l'ophtalmie des nouveau-nés.
111. *Journal des sages-femmes*, 16 juin 1876 - Formules et prescriptions. - Traitement de l'ophtalmie des nouveau-nés.
112. *Journal des sages-femmes*, 1er février 1891 - Revue clinique. - Ophtalmie purulente chez les nouveau-nés.
113. *Journal des sages-femmes*, 16 juillet 1879 - Discours prononcé à la distribution des prix de la Maternité de Paris, par M. le Dr Lucas-Championnière.
114. *Journal des sages-femmes*, 1er décembre 1909 - Revue clinique. - Emploi des linges stérilisés chez le nourrisson.

115. Journal des sages-femmes, 1er avril 1906 - Revue clinique. - Les bains dans la pratique de la médecine infantile (Delcourt).
116. Journal des sages-femmes, 1er janvier 1885 - Le vinaigre de Pennès antiseptique et hygiénique.
117. Journal des sages-femmes, 1er avril 1879 - Hygiène. - Le vin de Saint-Raphaël.
118. Journal des sages-femmes, 8 août 1879 - La santé par l'hygiène.
119. Journal des sages-femmes, 1er février 1912 - La teinture d'iode et l'antisepsie, par M. le professeur Reclus, de l'Hôtel-Dieu.
120. Journal des sages-femmes, 16 février 1912 - La teinture d'iode et l'antisepsie, par M. le professeur Reclus, de l'Hôtel-Dieu.
121. Journal des sages-femmes, 16 janvier 1912 - Quelques considérations sur les diverses variétés de prématurés.
122. Journal des sages-femmes, 16 mars 1906 - Clinique d'accouchements et de gynécologie de M. le docteur Demelin, professeur agrégé, remplaçant M. le professeur Budin. - Mort apparente du nouveau-né. Son traitement.
123. Journal des sages-femmes, 1er août 1876 - Du moyen de rappeler à la vie des enfants nouveau-nés.
124. Journal des sages-femmes, 16 novembre 1900 - Xlle Congrès international de médecine. (...) - Du traitement de la mort apparente du nouveau-né.
125. Journal des sages-femmes, 16 novembre 1903 - Traitement de la mort apparente du nouveau-né, par M. Marcel Delestre, chef de clinique.
126. Journal des sages-femmes, 1er août 1882 - Clinique de M. le professeur Charles (de Liège). - Secondipare à huit mois de grossesse ; bassin rétréci ; diamètre sacro-pubien de 8,5 cm environ ; présentation du sommet en OIDA avec procidence du cordon. - Application de forceps à une main mobile ; extraction de l'enfant assez fortement asphyxié ; influence néfaste d'un bain froid ; importance de la respiration artificielle. Suites heureuses pour la mère et l'enfant.
127. Journal des sages-femmes, 1er mai 1903 - Traitement de la mort apparente du nouveau-né.
128. Journal des sages-femmes, 1er février 1888 - Clinique d'accouchements et de gynécologie de M. le docteur Budin, professeur agrégé. (...) Enfant né en état de mort apparente, ranimé.
129. Journal des sages-femmes, 1er mars 1909 - Revue clinique. - (...) Blessures produites chez le nouveau-né par des manœuvres de respiration artificielle.
130. Journal des sages-femmes, 1er décembre 1879 - Mort apparente d'un nouveau-né après application de forceps ; rétablissement de la respiration après une heure et demie de soins médicaux.
131. Journal des sages-femmes, 16 avril 1885 - Renseignements et nouvelles. - Mention honorable accordée à Mlle Anna Pujéac par le Ministre de l'Intérieur.

132. Journal des sages-femmes, 16 octobre 1882 - Revue clinique. - Mort apparente chez les nouveau-nés.
133. Journal des sages-femmes, 16 mai 1912 - Nouvelle méthode d'insufflation dans la mort apparente du nouveau-né, par le Dr Plauchu, accoucheur des hôpitaux de Lyon.
134. Journal des sages-femmes, 1er mai 1903 - Secondipare rachitique à terme, bassin de 9 centimètres, tête mobile. - Essais infructueux de forceps ; version podalique et extraction. Nouveau-né rappelé à la vie par l'insufflation traditionnelle. Suites heureuses pour la mère et l'enfant : Mlle Hénon, accoucheuse à Ortheuville (Luxembourg).
135. Journal des sages-femmes, 1er juillet 1912 - Revue clinique. - (...) Sur l'emploi de l'oxygène pur comme traitement de la mort apparente du nouveau-né (MM. Delmas).
136. Journal des sages-femmes, 1er avril 1906 - Clinique d'accouchements et de gynécologie de M. le docteur Demelin, professeur agrégé, remplaçant M. le professeur Budin. - Mort apparente du nouveau-né. Son traitement (suite et fin).
137. Journal des sages-femmes, 1er août 1891 - Nouveau-né sauvé par le gavage, par Mme M Lefebvre, sage-femme.
138. Journal des sages-femmes, 16 août 1885 - Académie de médecine. - Application de la couveuse à l'élevage des enfants nés avant terme.
139. Journal des sages-femmes, 1er janvier 1909 - Le prématuré. - Sa protection. - Son avenir, par Ch. Maygrier, agrégé, accoucheur et professeur en chef de la Maternité.
140. Journal des sages-femmes, 1er février 1909 - Revue clinique. - Réchauffement des nourrissons prématurés par l'enveloppement avec du taffetas gommé.
141. Journal des sages-femmes, 1er mars 1876 - Sages-femmes médaillées.
142. Journal des sages-femmes, 1er août 1885 - Un nouveau journal.
143. Journal des sages-femmes, 1er mars 1914 - Bibliographie. - Guide pratique de l'hygiène et des maladies de l'enfance de 0 à 15 ans par le Dr Albert Ball.
144. Tremblay D. Catherine Rollet, Les carnets de santé des enfants, La Dispute, 2008, 299 pages. Cahiers québécois de démographie. 2011;40(2):373-7.
145. Journal des sages-femmes, 1er mai 1876 - Nouvelles. - Maladies des enfants.
146. Journal des sages-femmes, 16 août 1900 - Bibliographie. - Le nourrisson. Alimentation et hygiène, enfants débiles, enfants nés à terme.
147. Journal des sages-femmes, 1er décembre 1903 - Clinique d'accouchements et de gynécologie de M. le professeur Pierre Budin. - Ouverture des cours le 14 novembre 1903. - Les consultations de nourrissons.
148. Journal des sages-femmes, 1er décembre 1906 - Clinique d'accouchements et de gynécologie de M. le professeur Pierre Budin. - Ouverture des cours. - Les consultations de nourrissons.
149. Gojard S. L'alimentation dans la prime enfance. Diffusion et réception des normes de puériculture. Revue française de sociologie. 2000;41(3):475-512.

150. Journal des sages-femmes, 16 janvier 1909 - Clinique des maladies infantiles du Dr Variot. - Ictère du nouveau-né.
151. Journal des sages-femmes 16 mai 1900 - Causes produisant des coliques aux enfants, par Mlle Prost, sage-femme.
152. Journal des sages-femmes, 1er janvier 1914 - Revue clinique. - Traitement de la maladie hémorragique des nouveau-nés.
153. Biraben J-N. La diffusion de la vaccination en France au XIXe siècle. Annales de Bretagne et des pays de l'Ouest. 1979;86(2):265-76.
154. Journal des sages-femmes, 16 décembre 1873 - La vaccine au conseil municipal.
155. Journal des sages-femmes, 16 mai 1876 - Nouvelles. - (...) Vaccine.
156. Journal des sages-femmes, 16 décembre 1879 - Renseignements et nouvelles. Mesures de police sanitaire applicables à la prophylaxie de la variole.
157. Journal des sages-femmes, 1er mai 1879 - Renseignements et nouvelles. - Vaccinations gratuites.
158. Journal des sages-femmes, 16 mars 1891 - Renseignements et nouvelles. - Une épidémie de variole sévit en ce moment dans plusieurs villages voisins de Marseille.
159. Journal des sages-femmes, 16 mars 1882 - Académie de médecine. - Le vaccin de la Gironde.
160. Journal des sages-femmes, 16 janvier 1894 - Renseignements et nouvelles. - Déclaration obligatoire des maladies contagieuses.
161. Journal des sages-femmes, 16 septembre 1891 - Vaccination : Budin et Crouzat.
162. Journal des sages-femmes, 1er avril 1903 - Revue clinique. - Un mode nouveau de vaccination.
163. Journal des sages-femmes, 16 septembre 1894 - Au bout de combien de temps la revaccination devient-elle nécessaire ? par le Dr F. Combemale.
164. Journal des sages-femmes, 1er novembre 1897 - Appréciation des caractères de la vaccination et de la revaccination.
165. Journal des sages-femmes, 1er février 1876 - Nouvelles. - La variole.
166. Journal des sages-femmes, 16 août 1879 - Prix et médailles accordés pour le service de la vaccine.
167. Journal des sages-femmes, 16 mars 1885 - Service de la vaccine. - Récompenses. - Exercice 1883.
168. Journal des sages-femmes, 1er décembre 1885 - Service de la vaccine. - Récompenses, exercice 1884.
169. Journal des sages-femmes, 1er février 1894 - Renseignements et nouvelles. - Médaille d'honneur à une sage-femme.

170. Journal des sages-femmes, 1er mai 1897 - Renseignements et nouvelles. - Sage-femme médaillée.
171. Journal des sages-femmes, 1er janvier 1903 - Renseignements et nouvelles. - Sage-femme médaillée.
172. Dr E. Blanche. Rapport sur les travaux de la Commission permanente de vaccine en 1898. Rouen; 1899.
173. Journal des sages-femmes, 16 mars 1876 - Nouvelles. - Société protectrice de l'enfance.
174. Journal des sages-femmes, 16 juillet 1876 - Nouvelles. - Société protectrice de l'enfance.
175. Journal des sages-femmes, 16 décembre 1873 - Société protectrice de l'enfance.
176. Marec Y. De la dame patronnesse à l'institutrice. Annales de Normandie. 1985;35(2):121-50.
177. Journal des sages-femmes, 1er juin 1876 - Nouvelles. - Société protectrice de Marseille (exercice 1876-1877).
178. de Luca V, Rollet C. La pouponnière de Porchefontaine. Editions L'Harmattan; 1999. 232 p.
179. Millet-Robinet C, Allix E. Le livre des jeunes mères. Librairie agricole de la maison rustique. Paris; 1884. 376 p.
180. Luc J-N. de Luca (Virginie), Rollet (Catherine). - La Pouponnière de Porchefontaine. L'expérience d'une institution sanitaire et sociale. Paris: L'Harmattan, 1999. - 213 p. (Logiques sociales). Histoire de l'éducation. 2002;(93):176-7.
181. Journal des sages-femmes, 1er juin 1909 - Renseignements et nouvelles. - Ligue contre la mortalité infantile.
182. Journal des sages-femmes, 16 juin 1912 - Renseignements et nouvelles. - Ligue contre la mortalité infantile.
183. Rollet C. La santé et la protection de l'enfant vues à travers les Congrès internationaux (1880-1920). Annales de démographie historique. 2001;no 101(1):97-116.
184. Liégeard A. Le sixième congrès international d'hygiène et de démographie. 1888;311-6.
185. Journal des sages-femmes, 16 novembre 1873 - Courrier. Protection des enfants du premier âge, en particulier des nourrissons.
186. Journal des sages-femmes, 1er février 1876 - Variétés. - Causes de la dépopulation en France, moyen d'y remédier, par M. J.B. Desplace (fin).
187. Journal des sages-femmes, 16 décembre 1876 - Renseignements et nouvelles - La loi Roussel.
188. Journal des sages-femmes, 16 janvier 1876 - Nouvelles. - Enfants du premier âge.
189. Battagliola F. Histoire du travail des femmes. La Découverte; 2010. 131 p.
190. Journal des sages-femmes, 16 juillet 1912 - Renseignements et nouvelles. - Le repos après l'accouchement : loi protectrice des femmes en couches.

191. Journal des sages-femmes, 1er avril 1903 - Académie de médecine. - Assurance sur le décès d'enfant.
192. Journal des sages-femmes, 1er mars 1909 - Renseignements et nouvelles. - Secours aux familles nombreuses.
193. Rollet C. Le financement de la protection maternelle et infantile avant 1940. Sociétés Contemporaines. 1990;3(1):33-58.
194. Journal des sages-femmes, 16 novembre 1873 - L'éducation du nouveau-né. Hygiène de la mère - allaitement maternel - habillement du nouveau-né.
195. Journal des sages-femmes, 1er juillet 1888 - Clinique d'accouchements et de gynécologie de M. le docteur Budin, professeur agrégé. Allaitement des nouveau-nés (fin).
196. Rollet C. Les nourrices en Bretagne vers 1900. Annales de Bretagne et des pays de l'Ouest. 1991;98(4):407-22.
197. Journal des sages-femmes, 1er janvier 1876 - Variétés. - Causes de la dépopulation en France, moyen d'y remédier, par M. J.B. Desplace (suite).
198. Dubosc G. Les Bureaux de placement. Journal de Rouen. 1900;
199. Journal des sages-femmes, 1er juin 1882 - Revue clinique. - Epreuves faciles du lait des nourrices.
200. Journal des sages-femmes, 16 mars 1912 - La nourrice dans l'allaitement mercenaire, par le Dr Albert Ball.
201. Journal des sages-femmes, 16 janvier 1876 - Variétés. - Causes de la dépopulation en France, moyen d'y remédier, par M. J.B. Desplace (suite).
202. Journal des sages-femmes, 16 novembre 1873 - Pèse-bébés.
203. Journal des sages-femmes, 1er avril 1888 - Clinique d'accouchements et de gynécologie de M. le docteur Budin, professeur agrégé. Allaitement des nouveau-nés (suite).
204. Journal des sages-femmes, 16 avril 1888 - Clinique d'accouchements et de gynécologie de M. le docteur Budin, professeur agrégé. Allaitement des nouveau-nés (suite).
205. Journal des sages-femmes, 16 juillet 1900 - L'abstinence alcoolique des nourrices et la puériculture, par le Dr Paul Farez.
206. Devilliers C, Marjolin R, Roger H, Vallin E, Charpentier A. Rapport annuel de la Commission permanente de l'hygiène de l'enfance / Académie de médecine. Paris: G. Masson; 1873.
207. Journal des sages-femmes, 16 novembre 1903 - L'allaitement au sein par le Dr Louis Dubrisay, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris (suite et fin).
208. Journal des sages-femmes, 16 juin 1888 - Clinique d'accouchements et de gynécologie de M. le docteur Budin, professeur agrégé. Allaitement des nouveau-nés (suite).
209. Journal des sages-femmes, 16 septembre 1903 - L'allaitement au sein par le Dr Louis Dubrisay, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris.
210. Journal des sages-femmes, 16 mars 1888 - Clinique d'accouchements et de gynécologie de M. le docteur Budin, professeur agrégé. Allaitement des nouveau-nés.

211. Journal des sages-femmes, 16 septembre 1906 - Clinique d'accouchements et de gynécologie de M. le professeur Pierre Budin. - L'allaitement au sein.
212. Journal des sages-femmes, 1er octobre 1903 - L'allaitement au sein par le Dr Louis Dubrisay, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris (suite).
213. Journal des sages-femmes, 16 octobre 1891 - Revue clinique. - Influence sur le nourrisson du lait de la mère, lorsque celle-ci est en traitement.
214. Journal des sages-femmes, 16 septembre 1912 - Revue clinique. - Accidents provoqués chez les nourrissons par les laits de femme ayant une composition anormale (excès d'albumine).
215. Journal des sages-femmes, 1er mars 1906 - Revue clinique. - Transmission de la syphilis par l'allaitement.
216. Journal des sages-femmes, 1er juillet 1900 - Ophtalmie, otorrhée et tournoiement chez un même enfant à la suite d'abcès du sein chez sa mère, par Mlle Prost, sage-femme.
217. Journal des sages-femmes, 1er avril 1909 - Revue clinique. - Allaitement pendant les maladies des mères et des nourrices, par G. Guidi.
218. Journal des sages-femmes, 1er juillet 1903 - De l'allaitement dans ses rapports avec les états pathologiques de la nourrice, par le Dr M. Perret.
219. Journal des sages-femmes, 1er juin 1914 - Clinique d'accouchements et de gynécologie de la faculté (clinique Tarnier): comment faut-il comprendre ce terme « athrepsie des nouveau-nés et des prématurés? » par le professeur Paul Bar.
220. Journal des sages-femmes, 1er octobre 1882 - Académie de médecine. - Sur le lait d'ânesse.
221. Journal des sages-femmes, 1er décembre 1873 - Petites recettes.
222. Journal des sages-femmes, 1er janvier 1903 - Hygiène de l'enfance. - Les laits modifiés. Leur préparation. Leur rôle dans l'allaitement artificiel. Leurs avantages et leurs dangers, par le Dr H. de Rothschild.
223. Journal des sages-femmes, 16 janvier 1914 - De l'intolérance idiosyncrasique pour le lait de vache chez le nourrisson.
224. Levert F. L'«élevage» des bébés à Fécamp (1894 - 1928). Ethnologie française. 2009;39(1):141-9.
225. Rollet C. L'allaitement «artificiel» en Normandie et dans le Maine. Annales de Normandie. 1985;107-19.
226. Journal des sages-femmes, 16 juin 1906 - Clinique d'accouchements et de gynécologie de M. le professeur Pierre Budin. - L'allaitement mixte.
227. Journal des sages-femmes, 16 janvier 1903 - Hygiène de l'enfance. - Les laits modifiés. Leur préparation. Leur rôle dans l'allaitement artificiel. Leurs avantages et leurs dangers, par le Dr H de Rothschild (suite et fin).
228. Journal des sages-femmes, 1er janvier 1909 - Société médicale des hôpitaux. - Scorbut infantile dû au lait fixé.

229. Journal des sages-femmes, 16 juin 1914 - Clinique d'accouchements et de gynécologie de la faculté (clinique Tarnier): comment faut-il comprendre ce terme « athrepsie des nouveau-nés et des prématurés? » par le professeur Paul Bar (suite et fin).
230. Journal des sages-femmes, 1er avril 1900 - Hygiène de la première enfance. - Du coupage du lait chez les enfants du premier âge, par le Dr J. Bonifas.
231. Journal des sages-femmes, 1er mai 1900 - Hygiène de la première enfance. - Du coupage du lait chez les enfants du premier âge, par le Dr J. Bonifas (fin).
232. Journal des sages-femmes, 1er février 1891 - Renseignements et nouvelles.
233. Journal des sages-femmes, 16 décembre 1909 - Le sevrage et l'alimentation des enfants dans la deuxième année, par le Dr G. Variot, médecin de l'hôpital des Enfants assistés.
234. Journal des sages-femmes, 16 mai 1909 - Revue clinique. - L'alimentation après le sevrage, par le professeur Maurel (de Toulouse).
235. Journal des sages-femmes, 16 octobre 1909 - A propos du sevrage prématuré. Théorie et pratique, par R. Triboulet, médecin de l'hôpital Trousseau.
236. Journal des sages-femmes, 16 avril 1914 - Hygiène infantile. Le sevrage, sa technique, ses complications, ses accidents.
237. Journal des sages-femmes, 1er février 1885 - Hôpital des enfants malades. M. Bouchut. - De l'alimentation des jeunes enfants par la farine d'avoine.
238. Journal des sages-femmes, 16 novembre 1912 - De l'usage intempestif et de l'abus des farines alimentaires chez l'enfant.
239. Journal des sages-femmes, 1er août 1885 - Alimentation des enfants, par le docteur Blanc-Aillaud médecin-inspecteur des enfants du premier âge.
240. Dubocage Meyer A. La Puériculture Scientifique. Faces de Eva Estudos sobre a Mulher. 2017;(38):115-32.
241. Rollet Catherine et Morel Marie-France, Des bébés et des hommes: Traditions et modernité des soins aux tout-petits. Revue Européenne des Migrations Internationales. 2000;16(3):240-1.
242. Journal des sages-femmes, 1er mars 1879 - Variétés. - Les chaussures imperméables en caoutchouc et l'hygiène.
243. Journal des sages-femmes, 1er juin 1891 - Renseignements et nouvelles. - L'exposition de l'Hygiène de l'Enfance et celle du salon du Palais des Arts libéraux réunies ont ouvert leurs portes vendredi dernier.
244. Journal des sages-femmes, 16 novembre 1873 - Exposition du pavillon de l'enfant.
245. Journal des sages-femmes, 16 mai 1879 - Renseignements et nouvelles. - Une exposition d'enfants à Paris.
246. Journal des sages-femmes, 16 septembre 1900 - Société d'hygiène de l'enfance. - Concours de 1900.
247. Journal des sages-femmes, 1er février 1909 - Revue clinique. - Chambres d'enfants, par E. Lesné, médecin des Hôpitaux de Paris.

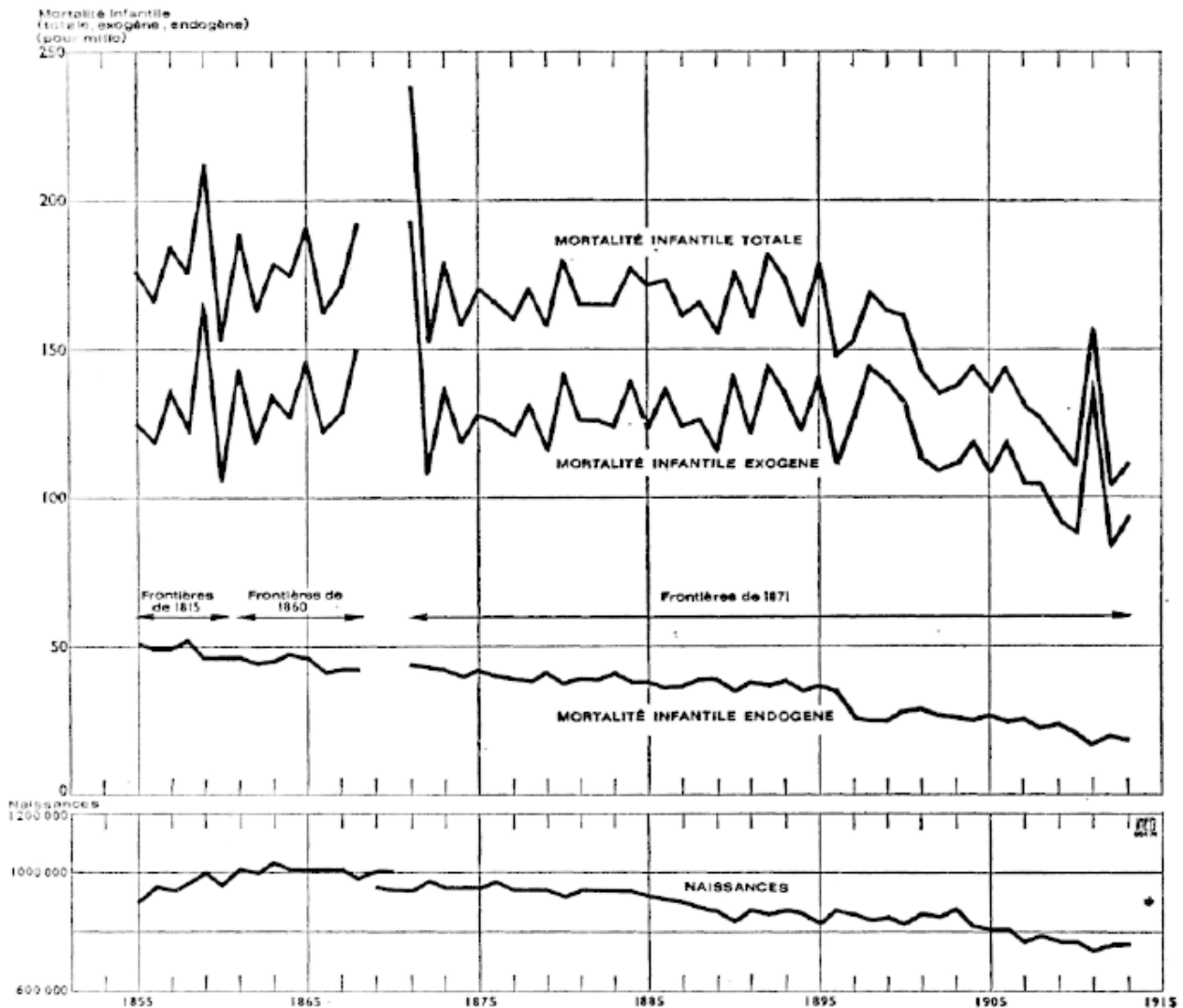
248. Journal des sages-femmes, 1er janvier 1914 - Revue clinique. - Mortalité et taudis (L. Cruveilhier).
249. Chatzis K. Brève histoire des compteurs d'eau à Paris, 1880-1930. Terrains travaux. 2006;n° 11(2):159-78.
250. Journal des sages-femmes, 1er janvier 1912 - Renseignements et nouvelles. - Purification des puits suspects.
251. Fine A. Le nourrisson à la croisée des savoirs. Annales de Démographie Historique. 1994;1994(1):203-14.
252. Journal des sages-femmes, 1er avril 1891 - L'art de soigner les enfants malades, guide hygiénique des mères par le Dr E. Périer.
253. Journal des sages-femmes, 16 août 1912 - Conseils médicaux aux mères de famille pour les soins à donner aux jeunes enfants, par MM. Gillet, Retaud, Bruchet, Mouscourt, Carra, Braine, Mathey.
254. Journal des sages-femmes, 1er février 1914 - Bibliographie. - Hygiène de l'enfance (Apert).
255. Journal des sages-femmes, 16 mai 1914 - Bibliographie. - Manuel d'hygiène et d'enseignement social (Mlle A. Quintin).

Annexes

Annexe 1 : La mortalité infantile totale en France de 1855 à 1913

DANS LA DEUXIÈME MOITIÉ DU XIX^e SIÈCLE

57



Graphique n° 3. — Mortalité infantile totale en France de 1855 à 1913

Nadot R. *Évolution de la mortalité infantile endogène en France dans la deuxième moitié du XIX^e siècle*. Population. 1970. 25(1). 49-58p. Page 57

Annexe 2 : La loi Roussel

146

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

8 Janvier 1875

ÉTAT N° 10.

Dépenses extraordinaires comprises dans le budget de 1873.

Sommes payées pour réparations de dommages causés par l'insurrection de Kabylie, de 1871.....	49.150.000
Frais de l'emprunt de 3 milliards.....	98.000.000
Frais de l'emprunt de 2 milliards.....	19.823.145
Remboursement aux communes et aux contribuables des impositions payées aux Allemands.....	37.799.396
Reconstitution des actes de l'état civil.....	550.000
Secours aux familles de militaires.....	30.943.000
Justice militaire.....	4.000.000
Transportation.....	6.747.000
Dépenses d'exercices clos.....	39.503.000
Total.....	255.915.542

ÉTAT N° 11.

Ressources extraordinaires comprises dans les recettes du budget de 1873.

Solde des contributions de guerre frappées en Algérie.....	12.249.687
Prélèvement sur le supplément de l'emprunt de 3 milliards.....	237.509.621
Total.....	249.759.308

ÉTAT N° 12.

Dépenses extraordinaires comprises dans le budget de 1873.

Frais de l'emprunt de 3 milliards.....	30.483.314
Secours aux Alsaciens-Lorrains.....	3.000.000
Restauration de la colonne Vendôme.....	250.000
Dépenses sur exercices clos.....	53.770.000
Total.....	87.503.314

LOI relative à la protection des enfants du premier âge, et en particulier des nourrissons.

L'Assemblée nationale a adopté la loi dont la teneur suit :

Art. 1^{er}. — Tout enfant âgé de moins de deux ans, qui est placé, moyennant salaire, en nourrice, en sevrage ou en garde hors du domicile de ses parents, devient, par ce fait, l'objet d'une surveillance de l'autorité publique, ayant pour but de protéger sa vie et sa santé.

Art. 2. — La surveillance instituée par la présente loi est confiée, dans le département de la Seine, au préfet de police, et, dans les autres départements, aux préfets.

Ces fonctionnaires sont assistés d'un comité ayant pour mission d'étudier et de proposer les mesures à prendre, et composé comme il suit :

Deux membres du conseil général, désignés par ce conseil ;

Dans le département de la Seine, le directeur de l'assistance publique, et, dans les autres départements, l'inspecteur du service des Enfants assistés ;

Six autres membres, nommés par le préfet, dont un pris parmi les médecins membres du conseil départemental d'hygiène publique, et

trois pris parmi les administrateurs des sociétés légalement reconnues qui s'occupent de l'enfance, notamment des sociétés protectrices de l'enfance, des sociétés de charité maternelle, des crèches ou des sociétés des crèches, ou, à leur défaut, parmi les membres des commissions administratives des hospices et des bureaux de bienfaisance.

Des commissions locales sont instituées par un arrêté du préfet, après avis du comité départemental, dans les parties du département où l'utilité en sera reconnue, pour concourir à l'application des mesures de protection des enfants et de surveillance des nourrices et gardeuses d'enfants.

Deux mères de famille font partie de chaque commission locale.

Les fonctions instituées par le présent article sont gratuites.

Art. 3. — Il est institué, près le ministère de l'intérieur, un comité supérieur de protection des enfants du premier âge, qui a pour mission de réunir et coordonner les documents transmis par les comités départementaux, d'adresser chaque année au ministre un rapport sur les travaux de ces comités, sur la mortalité des enfants et sur les mesures les plus propres à assurer et étendre les bienfaits de la loi, et de proposer, s'il y a lieu, d'accorder des récompenses honorifiques aux personnes qui se sont distinguées par leur dévouement et leurs services.

Un membre de l'académie de médecine, désigné par cette académie, les présidents de la société protectrice de l'enfance de Paris, de la société de charité maternelle et de la société des crèches, font partie de ce comité.

Les autres membres, au nombre de sept, sont nommés par décret du Président de la République.

Les fonctions de membre du comité supérieur sont gratuites.

Art. 4. — Il est publié, chaque année, par les soins du ministre de l'intérieur, une statistique détaillée de la mortalité des enfants du premier âge, et spécialement des enfants placés en nourrice, en sevrage ou en garde.

Le ministre adresse, en outre, chaque année, au Président de la République un rapport officiel sur l'exécution de la présente loi.

Art. 5. — Dans les départements où l'utilité d'établir une inspection médicale des enfants en nourrice, en sevrage ou en garde est reconnue par le ministre de l'intérieur, le comité supérieur consulté, un ou plusieurs médecins sont chargés de cette inspection.

La nomination de ces inspecteurs appartient aux préfets.

Art. 6. — Sont soumis à la surveillance instituée par la présente loi : toute personne ayant un nourrisson ou un ou plusieurs enfants en sevrage ou en garde, placés chez elle, moyennant salaire ; les bureaux de placement et tous les intermédiaires qui s'emploient au placement des enfants en nourrice, en sevrage ou en garde.

Le refus de recevoir la visite du médecin inspecteur, du maire de la commune ou de toutes autres personnes déléguées ou autorisées en vertu de la présente loi, est puni d'une amende de 5 à 15 fr.

Un emprisonnement de un à cinq jours peut être prononcé si le refus dont il s'agit est accompagné d'injures ou de violences.

Art. 7. — Toute personne qui place un enfant en nourrice, en sevrage ou en garde, moyennant salaire, est tenue, sous les peines portées par l'article 346 du code pénal, d'en

faire la déclaration à la mairie de la commune où a été faite la déclaration de naissance de l'enfant, ou à la mairie de la résidence actuelle du déclarant, en indiquant, dans ce cas, le lieu de la naissance de l'enfant, et de remettre à la nourrice ou à la gardeuse un bulletin contenant un extrait de l'acte de naissance de l'enfant qui lui est confié.

Art. 8. — Toute personne qui veut se procurer un nourrisson ou un ou plusieurs enfants en sevrage ou en garde, est tenue de se munir préalablement des certificats exigés par les règlements, pour indiquer son état civil et justifier de son aptitude à nourrir ou à recevoir des enfants en sevrage ou en garde.

Toute personne qui veut se placer comme nourrice sur lieu est tenue de se munir d'un certificat du maire de sa résidence, indiquant si son dernier enfant est vivant, et constatant qu'il est âgé de sept mois révolus, ou, s'il n'a pas atteint cet âge, qu'il est allaité par une autre femme remplissant les conditions qui seront déterminées par le règlement d'administration publique prescrit par l'article 12 de la présente loi.

Toute déclaration ou énonciation reconnue fautive dans lesdits certificats, entraîne l'application au certificateur des peines portées au paragraphe premier de l'article 155 du code pénal.

Art. 9. — Toute personne qui a reçu chez elle, moyennant salaire, un nourrisson ou un enfant en sevrage ou en garde, est tenue, sous les peines portées à l'article 346 du code pénal :

1^o D'en faire la déclaration à la mairie de la commune de son domicile dans les trois jours de l'arrivée de l'enfant, et de remettre le bulletin mentionné en l'article 7 ;

2^o De faire, en cas de changement de résidence, la même déclaration à la mairie de sa nouvelle résidence ;

3^o De déclarer, dans le même délai, le retrait de l'enfant par ses parents ou la remise de cet enfant à une autre personne, pour quelque cause que cette remise ait lieu ;

4^o En cas de décès de l'enfant, de déclarer ce décès dans les vingt-quatre heures.

Après avoir inscrit ces déclarations au registre mentionné à l'article suivant, le maire en donne avis, dans le délai de trois jours, au maire de la commune où a été faite la déclaration prescrite par l'article 7.

Le maire de cette dernière commune donne avis, dans le même délai, des déclarations prescrites par les nos 2, 3, 4 ci-dessus, aux auteurs de la déclaration de mise en nourrice, en sevrage ou en garde.

Art. 10. — Il est ouvert dans les mairies un registre spécial pour les déclarations ci-dessus prescrites.

Ce registre est coté, paraphé et vérifié tous les ans par le juge de paix. Ce magistrat fait un rapport annuel au procureur de la République, qui le transmet au préfet, sur les résultats de cette vérification.

En cas d'absence ou de tenue irrégulière du registre, le maire est passible de la peine édictée à l'article 50 du code civil.

Art. 11. — Nul ne peut ouvrir ou diriger un bureau de nourrices, ni exercer la profession d'intermédiaire pour le placement des enfants en nourrice, en sevrage ou en garde et le louage des nourrices, sans en avoir obtenu l'autorisation préalable du préfet de police dans le département de la Seine, ou du préfet dans les autres départements.

Toute personne qui exerce sans autorisation

l'une ou l'autre de ces professions ou qui néglige de se conformer aux conditions de l'autorisation ou aux prescriptions des règlements, est punie d'une amende de 16 fr. à 100 fr. En cas de récidive, la peine d'emprisonnement prévue par l'article 480 du code pénal peut être prononcée.

Ces mêmes peines sont applicables à toute sage-femme et à tout autre intermédiaire qui entreprend, sans autorisation, de placer des enfants en nourrice, en sevrage ou en garde.

Si, par suite de la contravention, ou par suite d'une négligence de la part d'une nourrice ou d'une gardeuse, il est résulté un dommage pour la santé d'un ou de plusieurs enfants, la peine d'emprisonnement de un à cinq jours peut être prononcée.

En cas de décès d'un enfant, l'application des peines portées à l'article 319 du code pénal peut être prononcée.

Art. 12. — Un règlement d'administration publique déterminera :

1^o Les modes d'organisation du service de surveillance institué par la présente loi ; l'organisation de l'inspection médicale ; les attributions et les devoirs des médecins inspecteurs ; le traitement de ces inspecteurs ; les attributions et devoirs de toutes les personnes chargées des visites ;

2^o Les obligations imposées aux nourrices, aux directeurs des bureaux de placement et à tous les intermédiaires du placement des enfants ;

3^o La forme des déclarations, registres, certificats des maires et des médecins, et autres pièces exigées par les règlements.

Le préfet peut, après avis du comité départemental, prescrire par un règlement particulier des dispositions en rapport avec les circonstances et les besoins locaux.

Art. 13. — En dehors des pénalités spécifiées dans les articles précédents, toute infraction aux dispositions de la présente loi et des règlements d'administration publique qui s'y rattachent, est punie d'une amende de 5 à 15 francs.

Sont applicables à tous les cas prévus par la présente loi le dernier paragraphe de l'article 463 du code pénal et les articles 462, 468 du même code.

Art. 14. — Les mois de nourrice dus par les parents ou par toute autre personne, font partie des créances privilégiées et prennent rang entre les nos 3 et 4 de l'article 2101 du code civil.

Art. 15. — Les dépenses auxquelles l'exécution de la présente loi donnera lieu sont mises, par moitié, à la charge de l'Etat et des départements intéressés.

La portion à la charge des départements est supportée par les départements d'origine des enfants et par ceux où les enfants sont placés en nourrice, en sevrage ou en garde, proportionnellement au nombre desdits enfants.

Les bases de cette répartition sont arrêtées tous les trois ans par le ministre de l'intérieur.

Pour la première fois, la répartition sera faite d'après le nombre des enfants en nourrice, en sevrage ou en garde, existant dans chaque département au moment de la promulgation de la présente loi.

Délibéré en séances publiques, à Versailles, les 9, 11 et 23 décembre 1874.

Le président,
Signé : L. BUFFET.

Les secrétaires,

Signé : FÉLIX VOISIN, LOUIS DE SÉGUR, E. DE CAZENOVE DE PRADINE, DUCHATEL.

Le Président de la République promulgue la présente loi.

M^{re} DE MAC MAHON,
duc DE MAGENTA.

Le ministre de l'intérieur,
G^{ral} DE CHABAUD LA TOUR.

LOI autorisant la ville de Grenoble (Isère) à contracter un emprunt de 600,000 fr.

L'Assemblée nationale a adopté la loi dont la teneur suit :

Article unique. — La ville de Grenoble (Isère) est autorisée à emprunter, à un taux d'intérêt qui n'exécède pas cinq pour cent, une somme de six cent mille francs (600,000 fr.) remboursable en dix-sept années, à partir de 1875, sur ses revenus ordinaires.

Cet emprunt servira, jusqu'à concurrence de cinq cent quarante-sept mille deux cent quatre-vingt-quinze francs (547,295 fr.) à compléter les ressources applicables à la construction d'un édifice destiné à contenir toutes les facultés ; le surplus, soit cinquante-deux mille sept cent cinq francs (52,705 fr.) sera employé à couvrir l'excédant de dépense de construction d'un marché couvert.

L'emprunt pourra être réalisé, soit avec publicité et concurrence, soit par voie de souscription, soit de gré à gré, avec faculté d'émettre des obligations au porteur et transmissibles par voie d'endossement.

Les conditions des souscriptions à ouvrir ou des traités à passer seront préalablement soumises à l'approbation du ministre de l'intérieur.

Délibéré en séance publique, à Versailles, le 24 décembre 1874.

Le président,
Signé : L. BUFFET.

Les secrétaires :

Signé : FÉLIX VOISIN, LOUIS DE SÉGUR, E. DE CAZENOVE DE PRADINE, DUCHATEL.

Le Président de la République promulgue la présente loi.

M^{re} DE MAC MAHON,
duc DE MAGENTA.

Le ministre de l'intérieur,
G^{ral} DE CHABAUD LA TOUR.

LOI autorisant la ville de Paris à emprunter une somme de 220 millions.

L'Assemblée nationale a adopté la loi dont la teneur suit :

Art. 1^{er}. — La ville de Paris est autorisée à emprunter une somme de deux cent vingt millions (220,000,000 fr.), remboursable sur ses revenus, en soixante-quinze ans, à partir de 1875.

Le produit de cet emprunt sera affecté au paiement des dettes et autres dépenses énumérées dans les tableaux annexés à la présente loi. Il sera statué sur le mode de réalisation par décret rendu sur la proposition du ministre de l'intérieur. Toutefois, le chiffre total de l'emprunt à servir ne pourra excéder 5 fr. 60 c. p. 100, le montant annuel des lots applicables

aux obligations sorties à chaque tirage étant fixé à neuf cent mille francs (900,000 fr.).

Art. 2. — L'émission des bons de la caisse municipale, autorisée jusqu'à concurrence de soixante millions de francs (60,000,000 fr.) par la loi de finances du 5 août 1874, devra être ramenée, à la date du 31 décembre 1875, à la somme de vingt millions de francs (20,000,000 fr.).

Art. 3. — Les actes susceptibles d'enregistrement, auxquels donnera lieu l'emprunt autorisé par l'article 1^{er}, seront passibles du droit fixe de 1 franc.

Délibéré en séance publique, à Versailles, le 24 décembre 1874.

Le président,
Signé : L. BUFFET.

Les secrétaires,

Signé : FÉLIX VOISIN, LOUIS DE SÉGUR, E. DE CAZENOVE DE PRADINE, DUCHATEL.

Le Président de la République promulgue la présente loi.

M^{re} DE MAC MAHON,
duc DE MAGENTA.

Le ministre de l'intérieur,
G^{ral} DE CHABAUD LA TOUR.

TABLEAUX annexés à la loi autorisant la ville de Paris à emprunter une somme de 220 millions.

I

TABIEAU d'emploi des fonds, à provenir de l'emprunt de 220 millions, annexé à la loi du 24 décembre 1874.

Remboursement de partie de la dette flottante.....	40.000.000
Remboursement des bons de la caisse des travaux:	
Echéances de 1874..	14.029.700
— 1875..	10.208.200
— 1876..	10.159.800
	34.397.700
Remboursement de la dette immobilisée:	
Echéances de 1875..	5.600.819
— 1876..	3.567.949
— 1877..	2.183.350
	11.372.110
Somme destinée à remplacer au budget de 1874 le produit des nouvelles taxes non-approuvées.....	7.000.000
Remboursement de l'emprunt de la Vane.....	19.500.000
Remboursement de la dépense des travaux de la rue Curial..	4.000.000
Remboursement des sommes dues à l'assistance publique..	12.000.000
Achèvement de travaux d'architecture en cours et réédification de l'Hôtel-de-Ville.....	18.000.000
Construction d'écoles.....	12.000.000
Création de nouveaux cimetières.	12.000.000
Eaux et égouts.....	2.500.000
Travaux d'architecture à entreprendre.....	11.500.000
Pavages dans la zone annexée..	2.000.000
Opération de voirie désignée au tableau ci-joint.....	34.500.000
Frais de l'emprunt.....	7.230.190
Total.....	220.000.000

Annexe 3 : Le régime des nourrices

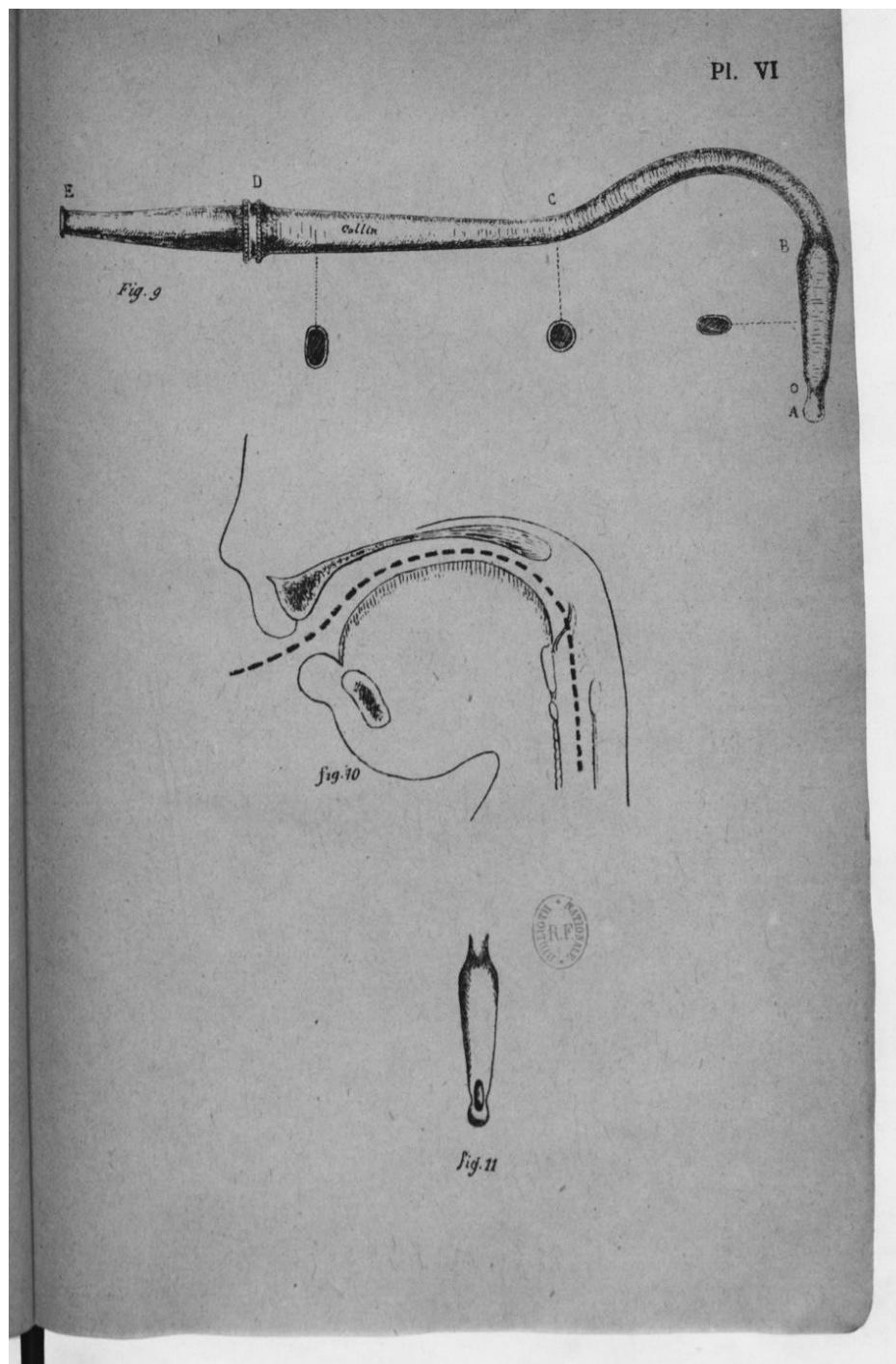
« *Huit heures* : soupe au lait ou aux légumes (cette dernière, gardée de la veille et réchauffée. D'une façon générale, le sel doit être répandu abondamment dans la cuisine des nourrices.) ; *Midi* (un assez grand nombre de nourrices émettent la prétention, absolument injustifiée, de prendre « quelque chose » entre huit heures et midi, c'est-à-dire vers dix heures sous prétexte de fringales quand arrivent onze heures et demie. Une telle pratique doit être désapprouvée formellement.) : a. Thon à l'huile avec beurre (l'huile et toutes les matières grasses étant propres à augmenter le lait des nourrices, on leur en donnera largement) ; b. Morue maître d'hôtel ; c. Veau rôti ; d. Salade cuite ; e. Fromage et fruits de saison crus ; f. Bière légère très peu alcoolisée ; g. Café de chicorée. *Quatre heures* : pain et fromage. *Sept heures* : a. Soupe aux poireaux et pommes de terre ; b. Œufs sur le plat ; c. Purée de lentilles ; d. Riz au lait ; e. Fromage et fruits cuits ; f. Bière légère très peu alcoolisée »

Journal des sages-femmes, 16 février 1909 - Formules, recettes et prescriptions. - Menus pour une nourrice salariée

« *Huit heures* : thé léger avec pain grillé et beurre. *Douze heures* : a. Sardines à l'huile avec beurre ; b. Sole Colbert ; c. Filet de bœuf rôti ; d. Haricots verts au beurre ; e. Fromage à la crème ; f. Fruits de saison crus ; g. Bière de malt ; h. Pain complet ; i. Un petit verre d'anisette. (l'anis étant un galactagogue.) *Quatre heures* : thé léger avec biscotte et beurre. *Sept heures* : a. Tapioca au lait ; b. Omelette fines herbes ; c. Purée de lentilles ; d. Crème au chocolat ; e. Fromage et fruits cuits ; f. Bière de malt ; g. Pain complet ; h. Tilleul.) »

Journal des sages-femmes, 1er mars 1909 - Formules, recettes et prescriptions. - Menu pour mère-nourrice

Annexe 4 : Le tube laryngien de Ribemont



Source gallica.bnf.fr / Bibliothèque nationale de France

Ribemont A. *Recherches sur l'insufflation des nouveau-nés et description d'un nouveau tube laryngien*. Progrès médical. 1878. Planche VI.

Annexe 5 : Le biberon Robert



Marec Y. *Accueillir ou soigner ? L'hôpital et ses alternatives du Moyen Âge à nos jours*. Publications des universités de Rouen et du Havre. 2007. Page 296

Annexe 6 : « Une » du Journal des sages-femmes

1^{re} Année. — N° 1. Bureaux : rue du Pré-aux-Clercs, 4, à Paris. 16 Novembre 1873

JOURNAL DES SAGES-FEMMES

PARAISANT LE 1^{er} ET LE 16 DE CHAQUE MOIS

HECTOR FONTAN

RÉDACTEUR EN CHEF

ABONNEMENTS POUR LA FRANCE

Un an : **HUIT** francs; — Six mois : **CINQ** francs

BELGIQUE et SUISSE, Un an : 9 francs; — Six mois : 5 francs 50 c.

L. DE VEYRAT

ADMINISTRATEUR-GÉRANT

*Tout ce qui concerne la Rédaction et l'Administration doit être adressé aux bureaux du Journal :
rue du Pré-aux-Clercs, 4, à Paris.*

Le prix de l'abonnement doit être adressé en mandats-poste, en traites sur Paris, ou en timbres-poste. — Les abonnements partent du 1^{er} et du 16 de chaque mois. — On s'abonne, hors de Paris, dans les bureaux des Messageries et chez les principaux libraires. — Les lettres et paquets non affranchis sont refusés.

Les annonces sont reçues au bureau du Journal.

SOMMAIRE.

A NOS LECTRICES.
L'ASSISTANCE MÉDICALE DANS LES CAMPAGNES.
AUX SAGES-FEMMES.
CHRONIQUE OBSTÉTRICALE.
L'ÉDUCATION DU NOUVEAU-NÉ.
MEMENTO DE LA SAGE FEMME.
COURRIER.
PETITES RECETTES.

A nos Lectrices.

Qu'on nous permette avant toute chose de remercier nos premiers souscripteurs de l'empressement qu'ils ont mis à répondre à notre appel... En fondant le *Journal des sages-femmes*, nous n'avons eu qu'un but : être utile à cette classe intéressante qui n'était pas représentée dans la presse parisienne. Nous avons vu des intérêts à défendre, des enseignements à donner, des erreurs à combattre; nous n'avons pas hésité à prendre en main une cause qui intéresse l'humanité tout entière.

Il est inutile d'insister sur le rôle que remplit la sage-femme dans la société. C'est au moment du danger qu'elle est appelée; on craint pour la vie de la mère, de l'enfant; elle seule conserve

son sang-froid, donne des ordres, des conseils, indique les premiers soins dont il faut entourer le nouveau-né, soins si importants qu'ils ont une influence immense sur le reste de la vie. Elle a en outre le devoir de réagir avec énergie contre les funestes préjugés répandus dans nos villes et nos campagnes.

On le voit, sa responsabilité est grande, et si la sage-femme veut tenir le rang qu'elle doit occuper dans le monde médical, il faut qu'elle sache tout ce qui a trait à sa profession, qu'elle se tienne au courant des progrès de la science et des découvertes nouvelles, en un mot qu'elle ne néglige rien pour adoucir les souffrances de ceux qui lui ont donné leur confiance.

Nous le disons avec sincérité, le mal que nous voulons combattre, c'est l'ignorance; pour cela, des livres sont nécessaires, mais des livres coûtent cher et il faut encore faire un choix. Un journal nous a semblé plus pratique, il répond mieux aux besoins du moment; c'est un ami qui va chez vous; c'est l'actualité, et, pour la science, c'est énorme.

Voilà, chères lectrices, comment nous avons été amenés à créer le *Journal des sages-femmes*.

Ce journal s'occupera de tout ce qui, de près ou de loin, peut intéresser les sages-femmes. Il donnera :

Une chronique obstétricale;

Digitized by Google

Journal des Sages-Femmes. Volumes 1 à 5. 1873. 820 p.
Université Complutense de Madrid, numérisé le 12 septembre 2018

DROITS DE REPRODUCTION :

Le mémoire des étudiantes de l'école de sages-femmes Baudelocque de l'école de sages-femmes Baudelocque de l'université Paris Descartes sont des travaux réalisés à l'issue de leur formation et dans le but de l'obtention du diplôme d'Etat. Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une reproduction sans l'accord des auteurs et de l'école.